



## Stellungnahme

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Landesvertretung Nordrhein–Westfalen

„Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender  
Vorschriften im Land Nordrhein–Westfalen  
– Entfesselungspaket I –“

Gesetzentwurf der Landesregierung  
Drucksache 17/1046

Öffentliche Anhörung des Ausschusses  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landtags Nordrhein–Westfalen  
am 10. Januar 2018

## **Einleitung:**

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Nordrhein–Westfalen begrüßt grundsätzlich die Gesetzesänderungen, die die Landesregierung im Entfesselungspaket I sowohl in der Krankenhausplanung, der Investitionsförderung der Krankenhäuser als auch beim Alten– und Pflegesetz Nordrhein–Westfalen vorschlägt.

Im Mittelpunkt dieser Stellungnahme steht die Krankenhausplanung. Das Vorhaben der Landesregierung, die Krankenhausplanung in Nordrhein–Westfalen bedarfsgerechter zu gestalten, unterstützen die Ersatzkassen ausdrücklich. Dies gilt insbesondere dafür, dass die Krankenhausplanung stärker qualitätsorientiert erfolgen und sich nicht mehr allein nach der Bettenzahl richten soll. Dies haben die Ersatzkassen in Nordrhein–Westfalen bereits seit Jahren gefordert.

Der vdek in Nordrhein–Westfalen sieht in den geplanten Gesetzesänderungen einen ersten, notwendigen Schritt für eine Reform in der Krankenhausstruktur in Nordrhein. Diese ist derzeit davon geprägt, dass Nordrhein–Westfalen mit 348 Krankenhäusern überversorgt ist, insbesondere in den Ballungsräumen. Gleichzeitig bieten zu viele Krankenhäuser zu viele Fachbereiche an, ohne dass Spezialisierungen bzw. Kooperationen zwischen den Krankenhäusern erfolgen. Deshalb halten nicht allein die Ersatzkassen, sondern alle gesetzlichen Krankenkassen/Verbände der Krankenkassen in Nordrhein–Westfalen langfristig einen Umbau der Krankenhauslandschaft für erforderlich. Dazu haben die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein–Westfalen ein eigenes Konzept entwickelt, das sich an den Krankheitsbildern und damit an der Versorgung der Patienten orientieren soll. Es handelt sich dabei um ein Stufenkonzept, das in der Stellungnahme ausführlicher beschrieben ist.

Diese Stellungnahme stellt die Positionen aller gesetzlichen Krankenkassen/Verbände der Krankenkassen in Nordrhein–Westfalen dar. Sie entspricht im Wesentlichen der Stellungnahme, die die Krankenkassenverbände in NRW im schriftlichen Anhörungsverfahren am 26.09.2017 gemeinsam abgegeben haben. Ergänzungen wurden zu Punkt 7. § 13 und zu Punkt 9. § 16 vorgenommen. Die Stellungnahme beschreibt im ersten Teil die Ausgangslage. Es folgt die Darstellung des Stufenkonzepts, anschließend die konkreten Vorschläge zu den vorgeschlagenen Gesetzesänderungen.

Mit der Pflegepolitik befasst sich der letzte Teil dieser Stellungnahme. In der Pflegepolitik werden die Herausforderungen in den nächsten Jahren durch den demographischen Wandel steigen. Der Anteil der Älteren, insbesondere der Hochbetagten, wird sich weiter erhöhen. Prognosen zufolge werden in Nordrhein–Westfalen bis zum Jahr 2030 rund 740.000 Menschen pflegebedürftig sein und die Zahl der Menschen mit Demenz wird auf 420.000 anwachsen. Nur durch den weiteren Ausbau der ambulanten und stationären Versorgungsangebote ist sichergestellt, dass Pflegebedürftige vor Ort im Bedarfsfall gut versorgt werden. Nach Auffassung der Ersatzkassen sollen pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden. Dies entspricht dem Wunsch der Menschen, solange wie möglich selbstständig und selbstbestimmt in ihrer gewohnten Umgebung zu leben. Durch den verstärkten Ausbau ambulanter Wohn- und Betreuungsangebote sowie der Tagespflege hat sich in den vergangenen Jahren in diesem Bereich auch viel entwickelt.

Gleichwohl darf nach Ansicht der Ersatzkassen der stationäre Pflegebereich nicht vernachlässigt werden. Deshalb begrüßt es der vdek in Nordrhein–Westfalen, dass die Landesregierung die stationären Pflegeeinrichtungen stärker in den Fokus nimmt. Angesichts des oben skizzierten demographischen Wandels halten die Ersatzkassen es auch für erforderlich, die Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in der Kurzzeitpflege auszubauen. Dies sollte bei der Umsetzung der Einzelzimmerquote von 80 Prozent für stationäre Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, deren Existenz durch die Quote gefährdet wird, sollten flexible Ausnahmeregelungen getroffen werden. Die konkreten Vorschläge zu den Gesetzesänderungen im Alten- und Pflegesetz finden sich im zweiten Teil dieser Stellungnahme.

## A. Krankenhausgestaltungsgesetz

### I. Aktuelle Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen

Der aktuelle Krankenhausplan NRW 2015 beschreibt unter „2.2.2.2 Flächendeckende gestufte Versorgung“ u. a. Folgendes:

„Konsequenzen der gestuften Versorgung sind einerseits, dass Krankenhäuser Bedarfe, die wegen ihres seltenen Auftretens wirtschaftlich nicht oder nicht besonders attraktiv sind, keinesfalls vernachlässigen dürfen. Entsprechende Leistungen sind insbesondere im Notfall zu erbringen. Andererseits gehören Leistungen, die finanziell attraktiv, aber nicht der örtlichen Versorgung zuzurechnen sind, nicht zum Versorgungsauftrag, insbesondere dann nicht, wenn Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie betrieben werden und der entsprechende Versorgungsauftrag einem regional benachbarten Krankenhaus zugerechnet werden muss, weil er dort leistungsfähiger und mit höherer Qualität erbracht wird. Das System der Betriebskostenfinanzierung über DRG hat eine solche Tendenz ausgelöst. Die gezielte Auswahl von Leistungen sowohl aus betriebsorganisatorischen als auch insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen ist als attraktiv erkannt worden. Zur ersten Gruppe zählt die Vermeidung von Vorhaltungen für die Notfallversorgung, zur zweiten die Vermeidung medizinisch "unattraktiver" Patientinnen und Patienten und die Konzentration auf tendenziell Gesündere. Es gibt bundesweit Hinweise auf zum Teil wirtschaftlich ausgelöste Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen. Auffällig ist die Leistungsentwicklung bei Endoprothesen von Hüfte oder Knie, bei kardiologischen Eingriffen, Schrittmacherimplantationen und Operationen an der Wirbelsäule.“

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen/Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen sind diese Herausforderungen nach wie vor vorhanden. Hierzu führen wir die folgenden Beispiele an:

- Die unterschiedliche Entwicklung der Krankenhausplanung und des DRG-Vergütungssystems hat in den vergangenen Jahren zu einer nicht abgestimmten und damit nicht bedarfsgerechten Versorgungsstruktur geführt.

Dies verdeutlichen wir am Beispiel der Geriatrie: In Nordrhein–Westfalen werden geriatrische Abteilungen und geriatrische Versorgungsverbände ausgewiesen. Hiervon unabhängig ermöglicht das Vergütungssystem die Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlung (OPS–Code 8–550). Die Ausweisung einer Fachabteilung Geriatrie ist dabei nicht erforderlich. Hierdurch erbringt eine Vielzahl von Krankenhäusern geriatrische Leistungen. Die qualitativen Strukturanforderungen unterscheiden sich dabei deutlich zwischen der ausgewiesenen Fachabteilung für Geriatrie und der geriatrischen Leistungserbringung in der Inneren Medizin oder einer anderen Fachabteilung. So ist der OPS–Code 8–550 nur eine Voraussetzung, die ausgewiesene Geriatrien erfüllen müssen. Eine ähnlich unabgestimmte Situation ist bei der palliativmedizinischen Versorgung zu verzeichnen. Insgesamt führt dies dazu, dass die Wirksamkeit der Krankenhausplanung durch das Vergütungssystem ausgehebelt werden kann.

- Nach dem aktuellen Krankenhausplan sind drei Ärzte/–innen mit fundierten Kenntnissen und Erfahrungen im entsprechenden Gebiet erforderlich, um die Mindestvoraussetzungen zur Leistungserbringung zu erfüllen. Hierbei handelt es sich um Minimalanforderungen, um ein bestimmtes Angebot vor Ort vorzuhalten. Damit kann allerdings die Notfallversorgung 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche nicht sichergestellt werden. Bei den Verhandlungen der regionalen Planungskonzepte haben wir festgestellt, dass viele Krankenhäuser diese Minimalanforderung erfüllen und damit das komplette Leistungsspektrum eines Fachgebietes beanspruchen. Eine konkrete Prüfung, ob Bedarf für die Leistung besteht sowie eine Auswahlentscheidung bei mehreren Anbietern in einer Region findet nicht statt. Dies führt vielfach zu unwirtschaftlichen und ineffizienten Parallelvorhaltungen innerhalb einer Region und verhindert Spezialisierungen sowie echte Schwerpunktbildungen. Eine Auswahlentscheidung bei Schwerpunktkompetenzen mit justiziablem Leistungsausschluss oder die Nennung einzelner Teilgebiete fehlt bislang in der Krankenhausplanung. Es gibt daher aktuell Krankenhäuser, die einzelne Leistungen/Leistungsbereiche anbieten, obwohl benachbarte Krankenhäuser mit einer besseren personellen und technischen Ausstattung die Leistungen übernehmen könnten. Diesen besser ausgestatteten Krankenhäusern fehlen dann häufig die notwendigen Behandlungen, um wirtschaftlicher arbeiten zu können.

- Es gibt Krankenhäuser, die ihren Versorgungsauftrag nicht vollumfassend wahrnehmen. Hierdurch findet keine regionale und bedarfsgerechte Verteilung der Versorgungsangebote statt. Beispielfolgt nennen wir hier Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Neurologie und Neurochirurgie, die nur nach eigenem Ermessen und eigener Entscheidung die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Code 8-552) erbringen. Stattdessen wurde neurologischen Rehabilitationskliniken – die Rahmenvorgaben konterkarierend – unnötigerweise die Möglichkeit gegeben, an der Akutversorgung teilzunehmen.

Der Krankenhausplan NRW 2015 hat erste Akzente zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung gesetzt. Die im Krankenhausplan angegebenen Herausforderungen bestehen allerdings weiterhin. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ausdrücklich den Willen der neuen Landesregierung, das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW sowie den Krankenhausplan NRW zu erneuern. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist zu entscheiden, wie die „Alt-Verfahren“ (laufende regionale Planungskonzepte) einzuordnen sind.

Parallel zu dem vorliegenden Gesetzesentwurf haben die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen ein eigenes Konzept mit Grundzügen der Krankenhausplanung entworfen, das nun dargestellt wird. Es handelt sich dabei um erste Überlegungen.

## **II. Perspektivische Krankenhausplanung**

Gemäß § 12 des Gesetzesentwurfs zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) weist der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG aus. Unsere perspektivische Vorstellung der Krankenhausplanung ist von den bestehenden Strukturen losgelöst und orientiert sich an der Frage, welche Rahmenbedingungen für die Planungsprozesse vorliegen sollten, damit die Versorgungsstrukturen zukunftsfähig gestaltet und die Ziele der Krankenhausplanung erreicht werden können. Die Krankenhausplanung muss dabei berücksichtigen, dass durch die Vergütung durch Fallpauschalen systemische Anreize gesetzt werden, nicht bedarfsgerechte Strukturen zu erhalten oder sogar neu aufzubauen.

Perspektivisch stellen wir uns Folgendes vor:

- **Gestufte Versorgung**

Eine bedarfsgerechte Versorgung beinhaltet, dass Leistungen der Grund-, Regel- und Maximalversorgung in erforderlichem Umfang, Qualität und in einer zumutbaren Entfernung vorhanden sind. Komplexe Krankheitsbilder, die nicht unmittelbar einem (Teil-)Gebiet zuzuordnen sind, bedingen dabei, dass die jeweiligen Krankenhäuser eine umfassende Maximal- bzw. Regelversorgung anbieten. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten reicht es daher in vielen Fällen nicht aus, dass ein Krankenhaus in einem Gebiet Leistungen der Maximal- oder Regelversorgung vorhält, andere (Teil-)Gebiete nicht oder nur als Grundversorgung vorhanden sind. Daher wären Krankenhäuser der Grund-, Regel- und Maximalversorgung im Krankenhausplan als solche auszuweisen und der Umfang des Versorgungsauftrags wäre jeweils im Feststellungsbescheid exakt zu definieren. Für Universitätskliniken sollte es eine gesonderte herausgehobene Versorgungsstufe geben. Der Grundsatz der gestuften Versorgung wäre im KHGG NRW zu verankern.

Für jede Versorgungsstufe bestehen Kriterien, die als Grundlage herangezogen werden können, um die Anzahl der Standorte für jede Versorgungsstufe in einer bestimmten Region zu ermitteln. Die Berechnung erfolgt „top down“, d. h. im ersten Schritt werden Anzahl, Standorte und zwingend erforderliche (Teil-)Gebiete der Maximalversorger festgelegt, anschließend in analoger Weise Anzahl und Standorte der Regelversorger und abschließend die Grundversorger. Hierdurch wird erreicht, dass Patienten direkt vor Ort Grundversorger in Anspruch nehmen können. Die Krankenhäuser der Regel- und Maximalversorgung haben durch ihre Versorgungsaufträge die Möglichkeit und Verpflichtung, sich zu spezialisieren.

- **Diagnosebezogener Versorgungsauftrag**

Ausgehend von der Versorgungsstufe orientiert sich der Versorgungsauftrag an Krankheitsbildern und legt fest, welche Fachabteilungen vorgehalten werden müssen, um das entsprechende Krankheitsbild zu behandeln. Für die Diagnosestellung und anschließende Therapiedurchführung ist es vielfach erforderlich, dass komplementäre Fachrichtungen am Standort vorgehalten werden (siehe auch unsere Ausführungen zur gestuften Versorgung). Hierdurch wird eine schnelle Behandlung aus einer Hand möglich, die dem Patienten mögliche Verlegungen erspart und die Patientensicherheit erhöht. Mit dem Versorgungsauftrag wird beschrieben, wie viele Einwohner von einem Krankenhaus mit dem entsprechenden Versorgungsauftrag zu versorgen sind. Die Planungsregionen werden variabel festgelegt, um sicherzustellen, dass geographische Besonderheiten und versorgungsgebietsüberschreitende Versorgung berücksichtigt werden.

- **Auswahlentscheidungen**

Der Krankenhausplan enthält Kriterien für eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren Standorten. Hierzu gehören:

- **Strukturqualität**

Hier werden aus unserer Sicht zurzeit die minimalen Anforderungen aufgeführt, die ein Krankenhaus zwingend erfüllen muss, um Leistungen erbringen zu können. Als weiter gehende Strukturqualitätskriterien sind u. a. die Zertifizierungsrichtlinien der Fachgesellschaften und S3-Leitlinien geeignet.

- **Erreichbarkeit**

Durch dieses Kriterium wird sichergestellt, dass die Patienten in einer zumutbaren Zeit und Entfernung Krankenhausleistungen der Grund-, Regel- und Maximalversorgung in Anspruch nehmen können.

➤ **Mindestmengen und Fallzahlen**

Für Leistungen der Regel- und Maximalversorgung legt der Krankenhausplan Behandlungsfallzahlen/Mindestmengen fest. Hierdurch werden die spezialisierten Krankenhäuser gestärkt und die Patientensicherheit erhöht.

Ausgehend von unseren Vorstellungen wären daher in den Rahmenvorgaben ergänzend die folgenden Inhalte festzulegen:

1. Verbindliche Definition des Versorgungsauftrages anhand von Krankheitsbildern.
2. Zu versorgende Einwohnerzahl eines Krankenhauses bei konkreten Versorgungsaufträgen.
3. Angabe der Versorgungsregion zum Versorgungsauftrag.
4. Kriterien für Auswahlentscheidungen
  - 4.1 Erreichbarkeit
  - 4.2 Strukturqualitätskriterien (Minimale Anforderung)
  - 4.3 Fallzahlen
  - 4.4 Behandlungsfallzahlen/Mindestmengen (Minimale Anforderung)

In der nachstehenden Tabelle haben wir beispielhaft einen Versorgungsauftrag definiert und exemplarisch erstellt:

Definition des Versorgungsauftrages anhand von Krankheitsbildern	Versorgungsauftrag Endoprothetik
Zu versorgende Einwohnerzahl eines Krankenhauses mit dem Versorgungsauftrag	Ein Krankenhaus mit dem Versorgungsauftrag Endoprothetik pro 200.000 Einwohner
Versorgungsregion zum Versorgungsauftrag angeben	Kreis/kreisfreie Stadt
Erreichbarkeit	Erreichbarkeit innerhalb von 30 km

Für eine kreisfreie Stadt mit 600.000 Einwohnern (z. B. Dortmund oder Essen) würden 3 Standorte die endoprothetische Versorgung übernehmen.

In einem regionalen Planungskonzept würde dann zunächst geprüft, ob in der Planungsregion eine ausreichende Anzahl an Krankenhäuser, die die Leistung Endoprothetik erbringen, vorhanden ist. Handelt es sich um weniger als drei Krankenhäuser, wäre zu prüfen, ob die Versorgung gesichert ist und diese Krankenhäuser alle Patientinnen und Patienten versorgen können.

Sofern mehr als drei Standorte endoprothetische Leistungen erbringen, wäre eine Auswahlentscheidung zu treffen. Als erstes Kriterium spielt die Erreichbarkeit eine Rolle. Hier wäre zu prüfen, welche Standorte erhalten bleiben müssten, um den Einwohnern eine Versorgungsmöglichkeit innerhalb von 30 km zu ermöglichen. Ist das Kriterium erfüllt, dann sind Strukturqualitätskriterien und Behandlungsfallzahlen (Mindestmengen) in die weitere Prüfung einzubeziehen.

Die gestufte Top-Down-Planung der Versorgung legt fest, welche Leistungen/Spezialisierungen an welchen Standorten vorgehalten werden. Im Ergebnis wird dies dazu führen, dass grundversorgende Krankenhausstandorte in der ländlichen Region verbleiben und ein wohnortnahes Angebot sichern. Die Vorhaltung paralleler Strukturen in Regionen mit höheren Einwohnerzahlen wird durch die Auswahl bedarfsgerechter Regel- und Maximalversorger, die dann auch die Aufgaben der Grundversorgung übernehmen, verringert.

Insgesamt führt dies zu einer Stärkung der verbleibenden Krankenhäuser aller Versorgungsstufen. Durch die entstehenden Fallzahlsteigerungen je Krankenhaus ist zu erwarten, dass Behandlungsfallzahlen/Mindestmengen erfüllt und die Qualität verbessert werden. Hierdurch erhalten die Krankenhäuser der Regel- und Maximalversorgung die Möglichkeit, ihr Versorgungsangebot aufeinander abzustimmen und sich zu spezialisieren.

Das „Bett“ hat nach 13 Jahren DRG-System seine Relevanz als „Währung“ für den Umfang des Versorgungsauftrags verloren. Die Planungsprozesse sollten daher diesen Faktor nicht mehr berücksichtigen, um unnötige Konflikte zu vermeiden und die Verfahren zu beschleunigen. Umso wichtiger ist eine detaillierte inhaltliche Planung der Leistungsangebote. Mit der Reduktion auf eine Rahmenplanung für die Innere Medizin und die Chirurgie wurden die Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung aus der Hand gegeben. Dies führt in einem Fallpauschalensystem zwangsläufig zu Überangeboten und Versorgungs-Redundanzen sowie zu einer wirtschaftlichen Gefährdung etablierter Leistungsanbieter.

### **III. Konkrete Vorschläge zum Artikel 14 des Gesetzentwurfs zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspakt I**

#### **3. § 2 wird wie folgt geändert:**

##### **a) Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:**

***„Ausnahmen bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers.“***

Durch die Änderung erhält das zuständige Ministerium die Kompetenz, Ausnahmen von der stationären psychiatrischen Versorgung auf Antrag des Krankenhausträgers zu bestimmen. Die Gesetzesbegründung erläutert, dass hierdurch die notwendige Flexibilität geschaffen werde, um z. B. bei speziellen Angeboten für besonders komplexe psychische und psychosomatische Störungen auf die Ausweisung eines Pflichtversorgungsgebietes verzichten zu können. Gemäß § 14 KHGG NRW erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt regionale Planungskonzepte.

Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach § 14 KHGG NRW werden durch Bescheid nach § 16 KHGG NRW Bestandteil des Krankenhausplans. § 16 Abs. 1 Nr. 5 KHGG NRW sieht vor, dass der Bescheid die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung enthält. Bei den regionalen Planungsverhandlungen werden die Abstimmung von speziellen Angeboten in der psychischen und psychosomatischen Versorgung sowie die Pflichtversorgungsregion berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund sind Ausnahmen der stationären psychiatrischen Versorgung mit den umliegenden Krankenhäusern und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie Ersatzkassen in einem regionalen Planungsverfahren zu verhandeln. Aus diesem Grunde sprechen sich die Verbände der Krankenkassen dafür aus, Satz 4 wie folgt zu fassen:

***„Ausnahmen bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“***

**Ergänzung:**

**§ 2 Absatz 1 Satz 5 sollte wie folgt gefasst werden:**

***„Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen, die aktive Mitwirkung bei der Organspende und die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Nummer 4 KHEntgG.“***

**§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG lautet wie folgt:**

***„Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.“***

Um die Vorgaben des KHEntgG zu übernehmen, schlagen wir die oben angegebene Fassung vor.

6. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „leistungsfähige“ ein Komma und die Wörter „qualitativ hochwertige“ eingefügt.

Wir begrüßen die beabsichtigte Ergänzung, dass der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung sowohl der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und jetzt auch qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG ausweist.

- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

*„(4) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen.“*

*„Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.“*

Die Ergänzung bewirkt, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen Krankenhäuser Vorrang haben,

- die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen (Satz 1),
- die die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten bevorzugt berücksichtigen (Satz 2),

- die mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen kooperieren (Satz 3).

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass durch die Anfügung die Gestaltungsmöglichkeiten des Landes als Plangeber gestärkt werden sollen. Weiter wird erläutert, dass inhaltliche Planungsparameter zu einer Schärfung des planungsrechtlichen Instrumentariums führen und die Abwägungsprozesse der zuständigen Behörde erleichtern. Diese verankerten Zielvorgaben bedürfen auf der nächsten Handlungsebene der weiteren Konkretisierung und Ausgestaltung. Zusammengenommen werde damit auch die Auswahlentscheidung der Planungsbehörden erleichtert.

Die Festlegung von Kriterien für Auswahlentscheidungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan begrüßen wir ausdrücklich. Die aktuell gewählten Formulierungen lassen jedoch Interpretationsspielräume zu, die aus unserer Sicht in eine unbeabsichtigte Richtung führen können. So haben sich in der Vergangenheit einige Kooperationen gebildet, die nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation mit der Bildung von Behandlungsschwerpunkten geführt haben.

Beispielhaft verweisen wir auf kooperative Brustzentren. Hier führte die Kooperation nicht zu einer Spezialisierung in der Form, dass nur ein Krankenhaus die OP-Leistungen erbringt, sondern mehrere Krankenhäuser führen Operationen im kooperativen Brustzentrum durch. Ferner ist zu beobachten, dass Vertragsärzte in Nebentätigkeit als Krankenhausärzte tätig sind. Es ist zu bezweifeln, dass durch eine stundenweise Nebentätigkeit alle strukturellen und qualitativen Anforderungen im Sinne eines für ein Krankenhaus erforderlichen Facharztstandards in ausreichendem Maße erfüllt (z. B. Erreichbarkeit, Notfälle) werden können. Wir schlagen eine Streichung des Satzes 3 vor, weil hier in der Vergangenheit deutliche Fehlentwicklungen zu beobachten sind. Zur Kooperation mit Vertragsärzten verweisen wir auf die beabsichtigte Einrichtung einer Neurochirurgie am Klinikum Arnsberg. Hier sollen Ärzte eines MVZ in Personalunion als Krankenhausärzte der Neurochirurgie tätig werden.

Dieses hat nach unserer Auffassung den „Charakter“ einer Belegabteilung und ist nicht mit den qualitativen Anforderungen an eine hochspezialisierte Fachabteilung wie der Neurochirurgie vereinbar. Bei Kooperationen mit Rehabilitationskliniken ist z. B. bei der neurologischen Frührehabilitation zu beobachten, dass Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Neurologie und Neurochirurgie diesen nicht wahrnehmen, sondern an Rehabilitationskliniken „delegieren“. Für die Sätze 2 und 3 schlagen wir folgende Formulierungen vor:

**Satz 1:**

*„Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen einschließlich der Notfallversorgung sicherstellen.“*

**Satz 2:**

*„Zudem soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen, soweit in den beteiligten Krankenhäusern jeweils mindestens eine Abteilung betroffen ist und das Vorhaben insgesamt zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten führt. (Ergänzung vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 2 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)“*

7. § 13 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

*„(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie berücksichtigen insbesondere die Vorgaben nach § 12 Absatz 4 und sind Grundlage für die Festlegungen nach § 16. Zur Erbringung besonderer Leistungen wird das zuständige Ministerium ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festzulegen.“*

Durch die Gesetzesänderung wird bewirkt, dass das zuständige Ministerium für die Erbringung besonderer Leistungen Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festlegen kann. Wir begrüßen diese Möglichkeit. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden und die beabsichtigte Flexibilität zu erhöhen, sprechen wir uns dafür aus, die Mindestfallzahlen nicht auf die Erbringung besonderer Leistungen einzuschränken. Der Hinweis auf die Festlegung von Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen entspricht der Logik der neuen G-BA-Mindestmengenregelung. Die Festlegung sollte unter Beteiligung des Landesausschusses für Krankenhausplanung erfolgen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir folgende Änderung vor:

***„~~Zur Erbringung besonderer Leistungen wird~~ Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festzulegen.“***

#### **Ergänzung**

**§ 13 Absatz 1 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:**

***„Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl, Versorgungsstufe und Qualität.“***

Durch diese Ergänzung wird der Grundsatz der gestuften Krankenhausversorgung im Gesetzestext verankert.

**8. § 14 wird wie folgt geändert:**

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter ***„und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten“*** durch die Wörter ***„oder vergleichbare quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazitäten“*** ersetzt.

Diese Änderung ermöglicht, Alternativen zur Planungsgröße „Bett“ in den Rahmenvorgaben festzulegen. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass im Rahmen der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung diskutiert werde, eine stärker morbiditätsorientierte Krankenhausplanung zu betreiben. Wir begrüßen den Ansatz einer handhabbaren Alternative zur Planungsgröße „Bett“ zu finden.

Analog zur Änderung in § 14 ist es aus unserer Sicht erforderlich, „§ 16 Feststellungen im Krankenhausplan“ entsprechend anzupassen. Unter Punkt 9. ist dies nochmals aufgegriffen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

*„Die Verhandlungen sind spätestens sechs Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen.“*

bb) Folgender Satz 4 wird angefügt:

*„Ist dies nicht der Fall, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über.“*

Durch die Änderung wird eine Beschleunigung der regionalen Planungsverfahren bewirkt. Nach sechs Monaten sollen sie abgeschlossen sein. Falls dies nicht erfolgt, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über. Grundsätzlich befürworten wir die Beschleunigung der Planungsverfahren und die damit schnellere Umsetzung in den Regionen. Aus der Formulierung ist für uns allerdings nicht erkennbar, was die Verfahrensleitung durch die zuständige Behörde beinhaltet. Aus unserer Sicht ist es unabdingbar, dass die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen nach den sechs Monaten zwingend als Verhandlungspartner weiter beteiligt werden. Zudem sollte das Verfahren (inhaltlich, zeitlich) durch die Behörde transparent gemacht werden.

c) **Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.**

Hier wird beabsichtigt, auf die Gelegenheit zur Stellungnahme von den Vertragspartnern bei Änderungen der regionalen Planungskonzepte zu verzichten. Laut der Begründung handele es sich hierbei um eine überflüssige „Dopplung“, da die Beteiligten nach § 15 KHGG NRW ebenfalls die Möglichkeit haben, Stellung zu nehmen. Bei nicht geeinigten regionalen Planungsverhandlungen kann aus unserer Sicht dieser Verfahrensschritt entfallen. Falls das zuständige Ministerium allerdings Änderungen geeigneter Planungsverfahren vorsieht, sollte den Verhandlungspartnern vor dem Anhörungsverfahren weiterhin die Möglichkeit gegeben werden, Stellung zu nehmen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir die Beibehaltung des Satzes mit einer entsprechenden Ergänzung vor. Gleichzeitig sollte auch das Prüfungsverfahren der Planungsbehörde bei geeinigten Planungskonzepten sachgerecht beschleunigt werden:

*„Soweit es Änderungen geeigneter regionaler Planungskonzepte beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern innerhalb von drei Monaten nach Abgabe eines regionalen Planungskonzeptes an die Bezirksregierung Gelegenheit zur Stellungnahme. Erfolgt dies in diesem Zusammenhang nicht, gilt das Konzept als angenommen.“*

9. **In § 16 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „24“ durch die Angabe „12“ ersetzt.**

Durch die beabsichtigte Anpassung würde die Umsetzungszeit der Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten auf 12 Monate verkürzt werden. Diese Änderung wird begrüßt.

**Ergänzung**

§ 16 wäre entsprechend den Änderungen in § 14 anzupassen, um sicherzustellen, dass die neudefinierte quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazität im Feststellungsbescheid aufgeführt wird.

Analog der Ausführungen im II. Abschnitt, sprechen wir uns dafür aus, dass in den Feststellungsbescheiden je Krankenhaus verbindlich und justiziabel die Versorgungsstufe des Krankenhauses (Grund-, Regel-, oder Maximalversorgung) aufgeführt wird. In § 16 Abs. 1 Nr. 4 und im Feststellungsbescheid sollte die Region genannt werden, auf die sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses vorrangig bezieht. Ebenfalls ist es zwingend erforderlich, dass Leistungsausschlüsse verbindlich und justiziabel im Feststellungsbescheid verankert werden.

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass der Versorgungsauftrag des Krankenhauses hinsichtlich einzelner Schwerpunkte der Gebiete oder einzelner Leistungsbereiche eingeschränkt werden kann.

**10. Nach § 21 wird folgender § 21a eingefügt:**

Durch die Ergänzung würden Einzelmaßnahmen gefördert werden, die – sofern vorhanden – die Förderschwerpunkte erfüllen.

Die Verbände der Kostenträger begrüßen die Einzelförderung von Investitionen. Es ist hier zwingend erforderlich, dass die Förderschwerpunkte und Maßnahmen im Einklang mit der Krankenhausplanung stehen und im Landesausschuss für Krankenhausplanung abgestimmt werden. Sowohl bei der Festlegung der Förderschwerpunkte als auch der Maßnahmen für die Einzelförderung ist Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen anzustreben. In den regionalen Planungskonzepten ist wieder das Kriterium „Mit der Maßnahme verbundene Investitionskosten“ als planungsrelevant aufzunehmen.

Ergänzend nehmen wir zu weiteren Themen Stellung, die Herr Minister Laumann in seinen bisherigen Statements als notwendige planerische Änderungen angekündigt hat:

### **Altersmedizin:**

Richtigerweise gehört hierzu nicht nur geriatrische Akutmedizin, dennoch erfolgte durch die Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW 2015 eine wesentliche Erweiterung der Kapazitäten in diesem Gebiet und im Zusammenhang mit der Bildung von Versorgungsverbänden bereits eine gezielte Verbesserung der Versorgung. Gerade die Verbände sollen die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern (ambulant, stationär, Rehabilitation, Pflege, Heil- und Hilfsmittel usw.) sicherstellen. Dieses Konzept ist noch nicht vollständig umgesetzt und es wird sicherlich noch einige Zeit benötigen, da noch Entscheidungen ausstehen. Hinsichtlich dementieller Erkrankungen haben viele Krankenhäuser auch schon organisatorische und konzeptionelle Änderungen innerhalb der Diagnostik und Therapie vorgenommen. Bevor neue Strukturen geschaffen werden, sollte ein Status quo aus allen Bereichen der Verbände ermittelt werden. Beispielsweise ist die Versorgung über geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V noch nicht ausreichend.

### **Kliniken für seltene Erkrankungen:**

Ob für seltene Erkrankungen spezielle Kliniken oder neue Zentren geschaffen werden müssen, ist nicht nachvollziehbar. Schon heute erfolgt die Behandlung hierfür an Häusern der Maximalversorgung oder an Universitätskliniken. Beispielhaft existieren zertifizierte Mukoviszidose-Einrichtungen in Aachen, Bochum, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster und Wesel, die Kinder und Jugendliche oder Erwachsene ambulant und stationär behandeln.

Ein Großteil der Behandlung von seltenen Erkrankungen erfolgt seit Jahren durch spezialisierte Krankenhäuser (§ 116b SGB V alte Fassung) und mittlerweile auch durch niedergelassene Vertragsärzte (§ 116b SGB V neue Fassung) im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Insoweit sind auch die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) zu berücksichtigen.

Es zeigt sich auch, dass die Behandlung von seltenen Erkrankungen in der Regel durch die Universitätskliniken erfolgt, da hier der Auftrag zur Forschung und Lehre besteht. Zusammenfassend sehen die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen keine Notwendigkeit zur Bildung von speziellen Kliniken und Zentren. Das Ziel sollte eher darin bestehen, für ausreichende Transparenz der Leistungsangebote zu sorgen und eine breite Veröffentlichung erfolgen, welche Erkrankungen wo behandelt werden können.

### **Verringerung der Transplantationszentren:**

Die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen unterstützen das Vorhaben, die Transplantation von Organen an Mindeststrukturen und Mindestfallzahlen zu binden. Die Organtransplantationen erfolgen bisher an Universitätskliniken, Häuser der Maximalversorgung und an speziellen Fachkrankenhäusern (z. B. Herzzentren). Ein Handlungsbedarf gegenüber den bisher ausgewiesenen Zentren oder gar Qualitätsmängel sind den Verbänden bisher nicht bekannt. Von daher wäre zu klären, welche Organe oder Zentren von einer Änderung betroffen sind.

### **Stellung der Universitätskliniken:**

Wie schon oben ersichtlich, würde eine Anzahl der angedachten Veränderungen die Universitätskliniken betreffen. Dies nehmen die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen zum Anlass, die grundsätzliche Stellung der Universitätskliniken in der Versorgung mit Krankenhausleistungen zu überdenken.

Die Universitätskliniken sind einerseits Einrichtungen von Forschung und Lehre, andererseits nehmen sie als Krankenhäuser der Maximalversorgung staatliche Versorgungsaufgaben wahr. Des Weiteren werden die Universitätskliniken in die Krankenhausplanung einbezogen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass verschiedene Universitätskliniken Tochtergesellschaften (oder auch Träger-Beteiligungen) und Betriebsteile gegründet haben, die aus Krankenhäusern anderer Trägerschaften hervorgingen. Insoweit haben die Universitätskliniken, auch ohne regionale Planungskonzepte, auf diesem Wege in die Krankenhausplanung eingegriffen. Ob eine Anzahl der übernommenen Krankenhäuser überhaupt noch bedarfsnotwendig waren oder sind, sei dahingestellt.

Die Planungsbehörde hat letztendlich die Strukturen, die für die Versorgung notwendig sind und von den Universitätskliniken bereitgestellt werden, bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Ein autonomes Bestimmungsrecht kann den Universitätskliniken im Rahmen der Krankenhausplanung nicht zukommen.

## **B. Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen**

### **Artikel 10 Änderung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen**

#### **Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW)**

##### **1. § 2 – Gestaltung der Angebote**

Die geplante Gesetzesänderung, künftig alle Wohn- und Betreuungsangebote gleichrangig zu behandeln, wird grundsätzlich begrüßt. Die bisherige Benachteiligung des stationären Sektors widerspricht dem Wahlrecht pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörigen frei zu entscheiden, in welcher Wohn- und Betreuungsform eine Versorgung erfolgt. Bedingt durch die demographische Entwicklung ist dieses Wahlrecht jedoch nur umsetzbar, wenn gleichzeitig ein weiterer Ausbau mit zusätzlichen Plätzen in der stationären Pflege und Kurzzeitpflege erfolgt.

Die geforderte Einzelzimmerquote von 80 Prozent zum 01.08.2018 steht jedoch im Widerspruch zu dieser Entwicklung. Aktuell erfüllen etwa 450 der 2.200 stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen noch nicht diese landesgesetzliche Vorgabe. Die Umsetzung dieser Regelung führt zu einem Verlust von stationären Pflegeplätzen, obwohl gleichzeitig ein weiterer Ausbau dringend erforderlich ist. Die grundsätzliche Entscheidung zu dieser Einzelzimmerquote wird ausdrücklich begrüßt. Dies ist ein notwendiger Standard in der Versorgung, der von vielen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ausdrücklich erwartet wird. Die Pflegeeinrichtungen hatten für die Umsetzung der Einzelzimmerquote eine Übergangsfrist von 15 Jahren. Eine mögliche Verlängerung sollte allenfalls den Einrichtungen gewährt werden, die bereits nachweislich entsprechende Schritte (Bauantrag etc.) eingeleitet haben.

Hinzu kommt die mögliche Schließung von kleinen, zumeist privatgewerblichen Pflegeeinrichtungen. Nordrhein–Westfalen verfügt aktuell über 235 Einrichtungen mit maximal 30 Plätzen. Viele dieser Einrichtungen mit insgesamt 4.548 Plätzen sind in ihrer Existenz gefährdet, wenn zur Erfüllung der Einzelzimmerquote die Gesamtplatzzahl reduziert werden muss. Hier sollten flexible Ausnahmeregelungen möglich sein.

Das Wahlrecht, frei zu entscheiden, in welcher Wohn– und Betreuungsform eine Versorgung erfolgt, gilt grundsätzlich auch für Einrichtungen der Tagespflege. Aktuell verfügt Nordrhein–Westfalen über etwa 800 Einrichtungen in der Tagespflege mit rund 11.800 Plätzen. Die durchschnittliche Inanspruchnahme der Pflegebedürftigen beträgt etwa zwei Tage pro Woche. Bei rund 450.000 Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung ist damit nur für ca. fünf Prozent der Pflegebedürftigen eine Versorgung in Einrichtungen der Tagespflege sichergestellt. Im Widerspruch zu diesen alarmierenden Zahlen haben einzelne Kommunen bereits entschieden, dass im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung keine Investitionskostenförderung von neuen Einrichtungen der Tagespflege erfolgt. Im Ergebnis ein Zulassungsstopp in den betreffenden Kommunen, weil ohne Investitionskostenförderung neue Einrichtungen nicht konkurrenzfähig zu den bereits bestehenden Einrichtungen sind. Für diese Entscheidung der Kommune sind zumeist finanzielle Gründe maßgebend. Im Kontext der geplanten Änderung zu § 2 APG – Gestaltung der Angebote – ist zu prüfen, in welchem Umfang auch eine Anpassung der Regelungen zur örtlichen Pflegeplanung nach § 7 APG notwendig ist.

## **2. § 5 – Zusammenwirken von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**

Vertragsverhandlungen auf Landesebene werden häufig dadurch belastet, dass einzelne Kommunen die geschlossenen Rahmenvereinbarungen ganz oder teilweise nicht gegen sich gelten lassen. Gleichzeitig wird bei diesen Verhandlungen seitens der kommunalen Spitzenverbände auf das fehlende Mandat der Kreise und kreisfreien Städte verwiesen. Dies führt regelmäßig zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit bei diesen Verhandlungen.

Die nunmehr in Absatz 2, Satz 3, vorgesehene Regelung einer entsprechenden Bevollmächtigung der kommunalen Spitzenverbände ist lediglich eine Handlungsoption ohne die hier notwendige Verbindlichkeit für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte. Während des Gesetzgebungsverfahrens haben die Landesverbände der Pflegekassen bereits mit Schreiben vom 11.10.2017 den Vorschlag unterbreitet, durch die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger der Sozialhilfe im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB XI die hier notwendige Verbindlichkeit und Rechtssicherheit herzustellen.

### 3. § 22 – Übergangsregelungen

Seit Inkrafttreten des APG NRW am 16.10.2014 mussten die Umsetzungsfristen für die Neuberechnung der Investitionskostenforderung in der stationären Pflege bereits zweimal verschoben werden. Es ist absehbar, dass die für die Neuberechnung zuständigen Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe alle noch ausstehenden Bescheide in 2017 nicht bewältigen können. Dies führt zu einer erheblichen Verunsicherung der Einrichtungen sowie der dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner, die sich mit möglichen Nachforderungen konfrontiert sehen. Die nunmehr vorgesehene Regelung, dass die Mieteinrichtungen bis zum 31.12.2018 weiterhin auf der Basis ihrer in 2016 geltenden Bescheide abrechnen können, wird grundsätzlich begrüßt. Dadurch entfällt für diese Einrichtungen die Notwendigkeit der Erteilung rückwirkender Bescheide mit den daraus resultierenden Nachberechnungen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern.