



DER MINISTER
FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES
DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN



Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Postfach 1134, 4000 Düsseldorf 1

Horionplatz 1, 4000 Düsseldorf 1

An den
Präsidenten des Landtags
Haus des Landtags

4000 Düsseldorf

Telefon (0211) 83703
Telex 8582192 asnw
Telefax (0211) 837-3683

ARCHIV
des Landtags Nordrhein-Westfalen

Durchwahl Datum
837-3624 21. Mai 1987

LEIHEXEMPLAR

Aktenzeichen (Bei Antwort bitte angeben)
V D 3 - 5700.062

Betr.: 28. Sitzung des Landtagsausschusses für Arbeit, Gesundheit
Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flücht-
linge am 27.05.1987;

hier: Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
- KHG NW -

Anlage

Zu der o.a. Sitzung übersende ich in 100facher Ausfertigung eine
Synopsis über die Zuschriften der Verbände, Organisationen, Kammern,
Vereinigungen und Institutionen zum Gesetzentwurf der Landesregie-
rung - Drucksache 10/1799 - mit der Bitte um Weiterleitung an
den Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten
der Vertriebenen und Flüchtlinge.

In Vertretung

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge am 29. April 1987 zum Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen

- | | <u>Zuschrift</u> |
|--|------------------|
| 1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen Tersteegenstr. 9 4000 Düsseldorf 30 | 10/990 |
| 2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen Schulstr. 11 4000 Düsseldorf 1 | 10/1016 |
| 3. Evangelisches Büro Nordrhein-Westfalen Rochusstr. 44 4000 Düsseldorf 30 | 10/943 |
| 4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen Lenaustr. 41 4000 Düsseldorf 30 | 10/1008 |
| 5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Lindenallee 13 - 17 Postfach 51 06 20 5000 Köln 51 | 10/936 10/950 |
| 6. Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland Postfach 21 07 20 5000 Köln 21 | 10/1011 |

7. Direktor des Landschaftsverbandes
Westfalen-Lippe
Postfach 61 25

10/941

4400 Münster

8. Verband der Ortskrankenkassen
Rheinland
Kasernenstr. 61

10/948

4000 Düsseldorf 1

Landesverband der Ortskrankenkassen
Westfalen-Lippe
Nortkirchenstr. 103

4600 Dortmund 30

Landesverband der
Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen
Kronprinzenstr. 6

4300 Essen

Landesverband der
Innungskrankenkassen
Nordrhein und Rheinland-Pfalz
St. Josef-Str. 20

5060 Bergisch-Gladbach 2

Landesverband der
Innungskrankenkassen
Westfalen-Lippe
Salzmannstr. 154

4400 Münster

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.
Karl-Rudolf-Str. 172

4000 Düsseldorf

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.
Kampstr. 42

4600 Dortmund 1

Krankenkasse
der Rheinischen Landwirtschaft
Merowingerstr. 103

4000 Düsseldorf 1

Westfälische landwirtschaftliche
Krankenkasse
Postfach 88 68

4400 Münster

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14 - 28

4630 Bochum

9. Verband der privaten 10/935
Krankenversicherung e.V.
Landesausschuß Nordrhein-Westfalen
Aachener Str. 300
5000 Köln 41
10. Ärztekammer Nordrhein 10/931
Tersteegenstr. 31
4000 Düsseldorf 30
11. Ärztekammer Westfalen-Lippe 10/937
Kaiser-Wilhelm-Ring 4 - 6
4400 Münster

- | | |
|---|------------------|
| 12. Apothekerkammer Nordrhein Poststr. 4 4000 Düsseldorf 1 | 10/918 |
| 13. Deutscher Gewerkschaftsbund Landesbezirk Nordrhein-Westfalen Friedrich-Ebert-Str. 34 - 38 4000 Düsseldorf 1 | 10/939 |
| 14. Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr Bezirksverwaltung NRW 1 Friedrich-Ebert-Str. 34 4000 Düsseldorf 1 | 10/944 |
| 15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft Landesverband Nordrhein-Westfalen Bastionstr. 18 4000 Düsseldorf 1 | 10/947 |
| 16. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 4000 Düsseldorf 11 | keine |
| 17. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Westfalendamm 45 4600 Dortmund | 10/932 |
| 18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. Kölner Str. 40/42 5300 Bonn-Bad Godesberg | 10/933 10/934 |

19. Marburger Bund 10/938
Landesverband Nordrhein-Westfalen/
Rheinland-Pfalz e.V.
Riehler Str. 6

5000 Köln 1
20. Verband der Leitenden 10/940
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Tersteegenstr. 9

4000 Düsseldorf 30
21. Landesvereinigung der Arbeitgeber- 10/949
verbände Nordrhein-Westfalen e.V.
Uerdinger Str. 58 - 62
Postfach 50 06

4000 Düsseldorf 30
22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter 10/942
Deutscher Krankenanstalten e.V.
Landesgruppe Nordrhein-Westfalen
Krankenhaus der Missionsschwestern Hiltrup
Westfalendamm 109

4400 Münster
23. Deutscher Berufsverband 10/945
für Krankenpflege (DBfK)
Arndtstr. 15

6000 Frankfurt 1
24. Arbeitsgemeinschaft 10/946
leitender Krankenpflegekräfte
von Nordrhein-Westfalen e.V.
Schönleinstr. 28

4300 Essen 1

25. Allgemeiner Krankenpflegeverband
Wiesenstr. 55

4370 Marl

26. Deutsche Vereinigung für den
Sozialdienst im Krankenhaus e.V.
Langenbeckstr. 1

10/993

6500 Mainz

27. Bund Deutscher Hebammen e.V.
Geschäftsstelle
Reinhold-Frank-Str. 18

7500 Karlsruhe

Inhaltsverzeichnis der Synopse

| | |
|------------------------------------|--------------|
| I. Allgemeine Bemerkungen | S. 8 - 47 |
| II. Zu den einzelnen Vorschriften | |
| 1. Zu Abschnitt I § 1 - § 12 | S. 48 - 110 |
| 2. Zu Abschnitt II § 13 - § 15 | S. 111 - 146 |
| 3. Zu Abschnitt III § 16 - § 31 | S. 147 - 204 |
| 4. Zu Abschnitt IV § 32 - § 37 | S. 205 - 224 |
| 5. Zu Abschnitt V § 38 - § 41 | S. 225 - 226 |
| III. Weitere Bemerkungen | S. 227 - 238 |

I. Allgemeine Bemerkungen

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigt das Land Nordrhein-Westfalen, die durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984 dem Land zugewiesenen legislativen Freiräume auszufüllen.

Nach Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) hat der Landesgesetzgeber folgende Grenzen und Vorgaben für landesrechtliche Regelungen zu beachten:

1. Das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen, über Struktur und Organisation kirchlicher Krankenhäuser zu bestimmen, darf nicht beeinträchtigt werden (Artikel 140 GG in Verbindung mit Artikel 137 III WRV sowie Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 25.03.1980).

Für die in kommunaler Trägerschaft befindlichen Krankenhäuser muß die verfassungsrechtlich garantierte kommunale Selbstverwaltung beachtet werden (Artikel 28 Abs. 2 GG).

2. Die bundesgesetzlichen Vorgaben und deren erklärte Zielsetzungen sind zu wahren. Dazu gehören insbesondere:

- Mehr Freiräume vor Ort,
- Entfaltung der ausdrücklich gewollten Eigenverantwortung des Krankenhauses; dadurch sollen mehr Kräfte

te zu mehr Wirtschaftlichkeit, zu der ausdrücklich motiviert werden soll, freigesetzt werden,

- Ausgestaltung von Freiräumen durch Selbstverwaltungsregelungen der Verbandsebenen,
- Zurückhaltung - teilweise sogar Rückzug - des Staates aus Normensetzung und Vollzug.

An diesen bundesrechtlichen tendenziellen Vorgaben müssen sich die komplementären landesrechtlichen Regelungen, die "das Nähere" regeln, orientieren. Damit sind krankenhauspoltisch für den Landesgesetzgeber zugleich Grenzen gezogen.

Der vorliegende Regierungsentwurf findet vor diesem Hintergrund in einzelnen Regelungen nicht die Zustimmung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Auf eine Reihe von Vorschriften kann verzichtet werden, weil sie in die Organisationshoheit der Krankenhausträger eingreifen oder Selbstverständliches enthalten, z.B. §§ 3 und 4. Die Umsetzung der in vielen Vorschriften enthaltenen Pflichten als allgemeine Krankenhausleistung nach § 2 Abs. 2 BPflV hat erhebliche Mehrkosten, insbesondere laufende Betriebskosten, aber auch Investitionskosten, zur Folge. Dies gilt beispielsweise für die Forderungen, die sich aus den §§ 7, 8, 9 und 10 des Entwurfs ergeben. Sofern die Refinanzierung dieser Mehrkosten über die Pflegesätze nicht gewährleistet ist, müssen die Krankenhausträger auf der Sicherstellung der Finanzierung dieser Kosten durch das Land bestehen.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfordert, daß das Landesrecht den in §§ 1, 4 und 9 KHG festgeschriebenen konkreten Rechtsansprüchen auf Förderung entspricht. Die Haushaltsansätze müssen sich daher nach dem konkreten Bedarf der Krankenhäuser richten; es darf nicht so sein - wie es die Formulierung in § 18 Abs. 1 bezweckt - daß die verfügbaren Haushaltsmittel das Fördervolumen bestimmen.

Was den Charakter der Förderung anbetrifft, muß die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen mit aller Deutlichkeit darauf hinweisen, daß es sich bei den vom Land zur Verfügung zu stellenden Fördermitteln nicht um freiwillige Leistungen handelt, die im Ermessen des Landes liegen und nach der jeweiligen Haushaltslage bemessen werden können. Es handelt sich vielmehr um Ausgleichszahlungen mit Entschädigungscharakter für die vom Gesetzgeber ausgeschlossene Refinanzierung der Investitionen über die Pflegesätze.

Entgegen dem Referentenentwurf ist im vorliegenden Regierungsentwurf keine Bestimmung mehr über die Förderung der Ausbildungskosten (theoretischer Teil) enthalten. Für den Fall, daß die derzeitige Regelung nach § 17 Abs. 4 a KHG am 31.12.1988 ausläuft, ist eine landesrechtliche Regelung unverzichtbar.

Die Feststellungsbescheide enthalten auch die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 22. Im Gegensatz zur verbindlichen Standortfestlegung für den Krankenhausbereich fehlt bisher eine vergleichbare Regelung für den ambulanten Bereich. Für eine sachgerechte Standortplanung der medizinisch-technischen Großgeräte

ist es jedoch erforderlich, künftig beide Versorgungsbereiche mit gleichem Verbindlichkeitsgrad planerisch festzulegen.

Gleichwohl begrüßt die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, daß ein Teil ihrer Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf vom Dezember 1985 aufgegriffen wurde.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/10.16

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meiner Dankbarkeit dafür Ausdruck zu verleihen, daß die Landesregierung bei der Erstellung dieses Entwurfs einer Reihe von Bedenken, die wir zu den vorgängigen Entwürfen vorgetragen haben, Rechnung getragen hat. Ich bitte jedoch um Ihr Verständnis, wenn sich um Ihre kostbare Zeit nicht über Gebühr in Anspruch zu nehmen, diese Stellungnahme mit jenen Punkten befaßt, gegen die wir Bedenken haben.

Einige unserer Bedenken haben durchaus verfassungsrechtliche Gründe. Dies gilt insbesondere für jene Vorschriften des Gesetzes, die unseres Erachtens dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 25.3.1980 zum Krankenhausgesetz NW a.F. nicht hinreichend Rechnung tragen.

Ein weiterer Teil unserer Bedenken richtet sich darauf, daß das Gesetz eine Reihe von Fragen klären will, die unseres Erachtens einer gesetzlichen Regelung nicht bedürfen, andererseits aber in der Frage der Finanzierung des Krankenhauswesens Regelungen vorsieht, die es dem Krankenhausträger vorhersehbar sehr erschweren werden, eine solide langfristige Planung für seine Häuser zu erstellen.

len. Auch wenn wir sehen, daß der Rahmen für die Bereitstellung der notwendigen Mittel aufgrund anderer Ursachen eng ist und eng bleiben wird, halten wir dennoch dafür, daß der Bedarf an gesetzlicher Bindung hier größer ist als in manchen anderen Fragen, die das Gesetz bis ins Detail zu regeln beabsichtigt. Insofern erscheint der Gesetzentwurf ungleichgewichtig zu sein.

Schließlich sieht das Gesetz in Detailfragen der täglichen Praxis Regelungen vor, von denen zu befürchten steht, daß sie den Betrieb eher komplizieren als vereinfachen und damit die Kosten eher erhöhen als senken werden.

Wenn wir auch insgesamt begrüßen, daß im Vergleich zu früheren Entwürfen Verbesserungen vorgenommen sind, ist der Entwurf dennoch dringend verbesserungsbedürftig.

Der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft treten wir in jenen Punkten, die über diese Stellungnahme hinausgehen, inhaltlich bei. Insbesondere tragen wir die dort geforderte Anerkennung der gesetzlichen Pflicht des Landes zur Bereitstellung der notwendigen Mittel vollinhaltlich mit.

3. Evangelisches Büro, 10/943

1. Die Kirchen haben schon immer die Diakonie, verstanden als tätige Nächstenliebe, als eine ihrer wesentlichen Aufgaben angesehen. Deswegen haben sie sich, lange bevor der Staat dafür seine Zuständigkeit entdeckte, auch auf dem Gebiet des Krankenhauswesens betätigt. Notwendig entstehen dadurch immer wieder Regelungskon-

flikte, weil den Kirchen auf der einen Seite die Berechtigung zu karitativer Tätigkeit als legitime Aufgabe durch die Verfassung und die Kirchenverträge ausdrücklich anerkannt und gewährleistet ist, auf der anderen Seite staatliches Handeln unter der Maßgabe politischer Prioritäten meint, Vorgaben machen zu sollen. Die Klage der Kirchen gegen das derzeit geltende Krankenhausgesetz ist am 25.03.1980 durch das BVerfG entschieden worden - der Ausdruck aus der Neuen Juristischen Wochenschrift 1980, S. 895 ff. wird als Anlage beigelegt.

Die Kenntnis der wesentlichen Entscheidungsgründe ist für die Beurteilung des vorliegenden Entwurfes von erheblicher Bedeutung. Denn das BVerfG hat bei der Abwägung zwischen kirchlichem Autonomieanspruch und notwendigem staatlichen Schutz von für das Gemeinwesen bedeutsamen Rechtsgütern einschränkende staatliche Regelungen nur dann für vertretbar gehalten, wenn sie zur Erfüllung der öffentlichen Aufgaben unumgänglich sind, d.h. wenn ohne eine solche Regelung das angestrebte Ziel nicht erreichbar wäre. Für die staatliche Rechtsetzungsbefugnis ergeben sich daraus bestimmte materielle Grenzen, die zu beachten sind. Der Staat hat es zu respektieren, wenn die Kirchen nach eigenen Maßstäben in Erfüllung des kirchlichen Auftrages ihre Organisationsformen und Verfahrensregeln fortentwickeln, "um einerseits ihrem religiösen Grundauftrag und dem kirchlichen Selbstverständnis treu zu bleiben und andererseits den Anforderungen der heutigen Zeit an ihre medizinische, soziale und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gerecht zu werden". Dem Staat obliegt - so ausdrücklich - "größtmögliche Zurückhaltung".

Diese Zurückhaltung kann der Gesetzgeber eigentlich nur dann aufgeben, so wird aus kurzen Einblendungen am Schluß des Urteils deutlich, wenn gravierende Mißstände auf dem Gebiet des Gesundheitswesens abgestellt und Unzulänglichkeiten im Bereich der Krankenhäuser behoben werden müssen, die für die Volksgesundheit nachteilige Folgen haben oder doch zumindest dahingehende konkrete Befürchtungen begründen könnten.

2. Unterzieht man den vorgelegten Gesetzentwurf unter der Maßgabe dieser Rechtsprechung einer kritischen Würdigung, wird man sehr schnell zu der Feststellung gelangen müssen, daß bei einer ganzen Reihe von Bestimmungen des Gesetzes diese Vorgaben nicht beachtet wurden. Ohne ersichtlichen Grund und auch ohne ausreichende Begründung werden hinsichtlich der Struktur und einzelner Organisationsformen Vorgaben gemacht, die sich bei näherer Betrachtung als nicht unbedingt notwendig, teilweise sogar als überflüssig erweisen und deren Normierung einen erheblichen Eingriff in das kirchliche Selbstbestimmungsrecht bedeuten könnte. Dabei schließen wir nicht aus, daß die Einführung dieser Bestimmungen für andere als kirchliche Häuser ebenfalls für unnötig gehalten werden könnte. Wir wollen dieses jedoch nicht bewerten.
3. Für gravierend erachten wir, daß der Gesetzentwurf keine Rücksicht darauf nimmt, daß die Kirchen aufgrund althergebrachter Rechte im Krankenhauswesen tätig sind. Wenn das BVerfG anerkennt, daß "Caritas, Diakonie, zum Wesen des christlichen Bekenntnisses gehören", daß "diakonische Betätigung in der Krankenpflege...Verwirklichung einer kirchlichen Aufgabe inner-

halb des kirchlichen Gesamtauftrages (bedeutet)" und daß hier mit einem "spezifisch-religiösen Inhalt" zu rechnen ist, "der sich notwendigerweise auch in der Struktur und Organisation des Krankenhauses niederschlägt", dann sollte man durchaus erwarten können, daß ein Landesgesetzgeber dieser Situation entsprechen könnte. Eine Beteiligung der Kirchen ist jedoch an keiner Stelle des Gesetzes vorgesehen. Dieses bedauern wir.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Wir haben mit Befriedigung festgestellt, daß die Landesregierung einen Teil der Anregungen unserer Stellungnahme vom 14.3.1986 zum Referentenentwurf aufgegriffen hat. Wir begrüßen es auch, daß die verfassungsrechtlich gezogenen Grenzen bezüglich der Strukturbestimmungen für alle Krankenhäuser gelten sollen. Sofern auch in dem Regierungsentwurf noch Strukturbestimmungen enthalten sind, so ist sicher das Bemühen der Entwurfsverfasser erkennbar, die vom Bundesverfassungsgericht gezogenen Grenzen einzuhalten. Das ist jedoch nach unserer Auffassung nicht in jedem Einzelfall gelungen.

In Bezug auf diese Vorschriften scheint uns auch der erste Leitsatz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 25.3.1980 noch nicht hinreichend beachtet worden zu sein, wonach der Gesetzgeber auch im sog. Jedermann-Gesetz-Bereich gehalten ist, Zurückhaltung zu üben, auch wenn er mit seinen gesetzgeberischen Vorstellungen den unantastbaren Kern des Selbstbestimmungs- bzw. Selbstverwaltungsrechts nicht berührt.

Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß sich eine Unerträglichkeit auch aus der Häufung von Einzelbestimmungen ergeben kann, über die sich dann auch noch eine umfassende Staatsaufsicht spannen soll. Wir meinen, daß hierin eine besondere Problematik des vorliegenden Gesetzentwurfes liegt. Das Übermaß an Bestimmungen steht in Widerspruch zur bundesgesetzlichen Vorgabe des KHG: Förderung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Krankenhäuser (vgl. § 1 Absatz 2 Satz 3 KHG), um deren Eigenverantwortlichkeit und Wirtschaftlichkeit zu stärken. Eigenverantwortung, Selbstverwaltung und Bürgernähe können schon vom Begriff her nur von "unten nach oben" wachsen, nicht aber durch weit gefächerte gesetzliche Bestimmungen von "oben nach unten" verordnet werden.

Auf eine Reihe von Vorschriften kann verzichtet werden, weil sie Selbstverständliches enthalten, z.B. §§ 3 und 4. Unbehagen löst bei der Freien Wohlfahrtspflege insbesondere die Absicht aus, Humanität im Krankenhaus mit Gesetzeszwang festschreiben zu wollen. Wenn es in der Begründung zum Gesetzentwurf heißt, "daß der Humanität im Krankenhaus heute ein weit größerer Stellenwert zugemessen wird als noch vor wenigen Jahren" (Landtags-Drucksache, Seite 26, A, Nr. 3), dann ist das eine unzutreffende Behauptung. Es besteht keinerlei Zweifel, daß der Humanität im Krankenhaus im Blick auf die Entwicklung der Medizintechnik auch künftig eine besondere Bedeutung zukommen wird. Sie hat aber seit Bestehen freigemeinnütziger Krankenhäuser stets ihre Bedeutung gehabt. Aus welcher sonstigen Motivation haben denn die Träger freigemeinnütziger Krankenhäuser sich dieser schwierigen und verantwortungsvollen Aufgabe seit mehr als einem Jahrhundert angenommen und trotz vieler Schwierigkeiten dabei durchgehal-

ten? Glaubt denn der Gesetzgeber, ethische Vorstellung, die in dem Bewußtsein der Menschen liegen, normativ bestimmen zu können?

Solche Gesetzesbestimmungen (z.B. § 3 Absatz 1) sind überdies nicht justitiabel, will man nicht Gesinnungsfragen mit Hilfe obrigkeitlichen Zwanges durchsetzen wollen. Wir bitten, zur Kenntnis zu nehmen, daß die freigeinnützigen Krankenhausträger solche Bestimmungen, wie wohlmeinend sie auch gedacht sein mögen, als Bevormundung empfinden. Um Mißverständnissen vorzubeugen, stellen wir klar, daß in inhaltlicher Sicht keine grundsätzlichen Meinungsunterschiede bestehen. Wir wenden uns jedoch gegen die Methode, Sachverhalte, die ethisch begründet sind oder die auf der freien Willensentscheidung mündiger Bürger beruhen, mit Gesetzeszwang belegen zu wollen. Wir fühlen uns hier vom Land nicht als Partner behandelt; denn wir wären seitens der Freien Wohlfahrtspflege durchaus bereit, in diesen und ähnlichen anderen Fragen uns mit dem Land auf dem Wege der Vereinbarung oder der rechtsverbindlichen Erklärung zusammenzufinden.

Zu diesen Fragen gehört nach unserer Auffassung auch eine einvernehmliche Regelung über die Gewährleistung der äußeren sächlichen Voraussetzungen für die Ausübung ungestörter Krankenhauseelsorge auf Wunsch des Patienten, die wohl mindestens ebenso wichtig ist wie die Sicherstellung des Sozialen Dienstes. Beides gehört zur ganzheitlichen Versorgung der Patienten im Krankenhaus, die für die Freie Wohlfahrtspflege selbstverständlich ist.

5. Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände,
10/936

Wir nehmen nachstehend zunächst zu den aus unserer Sicht am dringendsten Änderungsbedürftigen Vorschriften Stellung. Da eine abschließende Beratung unserer ausführlichen Stellungnahme zu den einzelnen Paragraphen in unseren Gremien innerhalb der knapp bemessenen Frist und angesichts der Ferien noch nicht möglich war, werden wir Ihnen diese bei der Anhörung nachreichen.

Wir haben bereits zum Referentenentwurf eines neuen KHG NW mit Schreiben vom 18.3.1986 Stellung genommen. Wir erkennen an, daß ein Teil unserer Änderungsvorschläge in dem Entwurf der Landesregierung berücksichtigt worden ist. Dies gilt insbesondere für die Abschnitte II "Planung" und IV "Krankenhausstruktur" sowie für einzelne Bestimmungen aus dem allgemeinen Teil in Abschnitt I. Dagegen müssen wir mit Bedauern feststellen, daß unsere Vorstellungen zur Krankenhausförderung (Abschnitt III) in wesentlichen Punkten nicht aufgegriffen worden sind. Wir können dem Gesetzentwurf nur zustimmen, wenn in diesem für die Krankenhäuser existentiellen Bereich Änderungen vorgenommen werden, die der Zielsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes gerecht werden, eine zügige und umfassende Finanzierung der notwendigen Investitionen durch die Bundesländer zu gewährleisten und mehr Freiräume für die Krankenhausträger zu schaffen, indem ihre Eigenverantwortung für wirtschaftliches Handeln gestärkt wird.

1. Nach den detaillierten Vorschriften zur Krankenhausförderung werden die Vergabe und Verwendung der För-

dermittel durch restriktive Vorgaben unerträglich reglementiert und bürokratisiert. Der Rechtsanspruch der Krankenhausträger auf ausreichende Förderung der notwendigen Krankenhausinvestitionen wird in unzulässiger Weise eingeschränkt, so daß die Krankenhausträger erheblichen Unsicherheiten ausgesetzt sind, ob und wann sie mit einer Förderung rechnen können oder sogar eine Rückforderung befürchten müssen. Darüber hinaus wird der Entscheidungsspielraum dadurch immer stärker eingeengt, daß die Verwendung der Förderpauschalen zu weitgehend geregelt wird.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser - Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - ist im Falle der Beibehaltung der Vorschriften des Abschnitts III nicht gewährleistet. Die ausschließliche Bindung der Fördermittel an die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel sowie die Nachweispflicht der Dringlichkeit und Notwendigkeit selbst bei der Wiederbeschaffung von Anlagegütern in den §§ 17 - 19, um eine Einzelförderung zu erhalten, belasten den Krankenhausträger mit dem vollen Risiko, ob, wann und in welcher Höhe eine Investitionsmaßnahme anerkannt und finanziert wird. Der Krankenhausträger befindet sich somit bei den Planungsentscheidungen in voller Abhängigkeit vom Land.

Die Einschränkungen bei den Nachbewilligungen von Fördermitteln bei unabweisbaren Mehrkosten auf nachträglich unabweisbare behördliche Anordnungen sowie die Möglichkeit, bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen die Bewilligung nachträglich einzuschränken (§ 20 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3), be-

deuten eine unerträgliche Erhöhung des Trägerrisikos.

2. Die pauschale Förderung mit dem neu vorgesehenen Punktwertsystem birgt insbesondere für die großen Krankenhäuser die Gefahr von Kostenunterdeckungen in sich, zumal die bisherige vierte Anforderungsstufe fallen gelassen worden ist. Da seit 1984 die Pauschalen nicht mehr der Kostenentwicklung angepaßt worden sind, reicht die Anhebung der Pauschalbeträge von 8,93 % im Durchschnitt aller Krankenhäuser nicht aus. Für die großen Krankenhäuser sind die Pauschalbeträge nur knapp um 2 % angehoben worden. Gerade bei diesen Krankenhäusern fällt der Ergänzungs- und Erneuerungsbedarf im Rahmen der Fortentwicklung der Medizintechnik besonders stark an. Der Städtetag und der Landkreistag Nordrhein-Westfalen halten es daher für notwendig, eine vierte Anforderungsstufe mit einer entsprechenden finanziellen Ausstattung beizubehalten. Entsprechend wird in den meisten anderen Bundesländern verfahren.

Das neue System der Pauschalförderung ist zudem noch nicht ausgewogen und kann in seinen Auswirkungen noch nicht voll überblickt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zur Investitionsförderung durch Pauschalen ein Gutachten vergeben und beabsichtigt, auf dieser Grundlage einen eigenen Vorschlag vorzulegen, der die Förderung weniger an der Bettenzahl, als vielmehr an der Struktur der Krankenhäuser ausrichtet. Die besonders schwierige Materie erfordert einen höheren Zeitaufwand, so daß mit Ergebnissen nicht kurzfristig gerechnet werden kann. Es wird daher vorgeschlagen, zunächst mit einer Übergangsregelung zu arbeiten und nach Abschluß der Untersuchungen eine end-

gültige Regelung im Rahmen einer dafür vorzusehenden Rechtsverordnung zu treffen.

3. Die in § 22 vorgesehene Vorschrift über medizinisch-technische Großgeräte widerspricht dem Prinzip der dualen Finanzierung und schafft damit einen Präzedenzfall, der leicht auf weitere Förderbereiche ausgedehnt werden könnte. Hier wird der Versuch unternommen, das Land bei der Beschaffung und Wiederbeschaffung der medizinisch-technischen Großgeräte finanziell zu entlasten. Der vorgeschlagene Weg ist ungeeignet. Die bisherigen Pauschalen nach § 10 KHG a.F. reichen nicht aus, um daraus die Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte zu finanzieren. Hierfür sind eine Anhebung der Pauschale oder eine besondere Pauschale vorzusehen.

4. Nach § 32 sind Zusammenschlüsse mehrerer planungsrechtlich selbständiger Krankenhäuser zu einer leistungsfähigen organisatorischen Einheit gesetzlich nicht mehr möglich. Die Begründung, ein effektiver Einsatz der Mittel lasse sich nur dadurch gewährleisten, daß jedes planungsrechtlich selbständige Krankenhaus eine eigene organisatorisch und wirtschaftlich selbständige Einheit sein müsse, vermag nicht zu überzeugen. Beispiele aus der Praxis beweisen, daß die Zusammenfassung ansonsten an jedem Krankenhaus notwendiger Infrastruktur zu leistungsfähigen zentralen Einrichtungen nicht nur auf der Kostenseite, sondern auch in der Leistungsfähigkeit erhebliche Verbesserungen mit sich bringt. Dies gilt z.B. für die zentrale Verwaltung, Zentralwäscherei, zentrale Lagerhaltung, zentrale Fahrbereitschaft, zentrale Apotheke und ganz

allgemein für die größere Flexibilität im Personaleinsatz. Es ist eine bisher nicht bewiesene Behauptung, die mehrfache parallele Vorhaltung all dieser Einrichtungen mit selbständigen Betriebsleitungen, die Bildung eines jeweils separaten Sondervermögens etc. seien effektiver und kostengünstiger.

Die jetzt vorgesehene Fassung wäre ein unzulässiger Eingriff in das gemeindliche Selbstverwaltungsrecht. Es ist zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten nicht erforderlich und auch nicht zulässig, der Gemeinde im einzelnen vorzuschreiben, welche Organisationsform bei der Erfüllung dieser ihr übertragenen Aufgaben sie wählt. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern innerhalb eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt müssen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit weiterhin zulässig bleiben.

5. Wir gehen davon aus, daß auch ohne die neuen Regelungen in dem Gesetzentwurf der Humanität im Krankenhaus ein hoher Stellenwert zugeordnet wird. Bei den neu aufgenommenen Regelungen gehen wir davon aus, daß dadurch verursachte Kosten zu der allgemeinen Krankenhausleistung gehören und in die Pflegesätze eingehen (z.B. §§ 3, 4, 6, 7, 8). Dies ergibt sich aus der Begründung. Es gilt auch für die aus den §§ 6, 7 und 8 entstehenden Mehrkosten.

8. Verband der Ortskrankenkassen, 10/948

zugleich im Namen

- des AOK-Landesverbandes Westfalen-Lippe,

- des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Bezirksausschuß Westfalen-Lippe,
- der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Krankenkasse,
- der Bundesknappschaft.

Zum jetzt vorliegenden Regierungsentwurf nehmen wir nur zu einzelnen, die Kostenträger besonders tangierenden Problemen Stellung. Dies bedeutet nicht, daß ansonsten aus Sicht der Krankenkassen keine bessere gesetzliche Regelung vorstellbar wäre. Um so nachdrücklicher möchte wir betonen, daß die im folgenden auf wenige Punkte konzentrierten Anregungen für die Krankenkassen von allergrößter Bedeutung sind, vor allem im Hinblick auf eine ausreichende, leistungsfähige und dennoch bezahlbare Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, daß die Ausgaben für Krankenhauspflege bei allen Krankenkassen den größten

Posten bei den Leistungsausgaben darstellen. Wegen der Höhe dieses Ausgabenteils bestehen bei Kostensteigerungen im Krankenhausbereich direkte Bezüge zur Beitragshöhe der Krankenkassen. Unsere Vorschläge sind geeignet, zu einer Begrenzung des überproportionalen Anstiegs der Krankenhauskosten beizutragen.

Wir möchten aber auch deutlich machen, daß wir den vorliegenden Regierungsentwurf für ein neues Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen im Grundsatz begrüßen, weil er uns als eine geeignete gesetzliche Regelung erscheint, auf deren Grundlage die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen unter Beachtung der vorerwähnten Ziele erreicht werden könnte. Ebenso begrüßen wir die Bemühungen, dieses Gesetz zum 01.01.1988 in Kraft treten zu lassen, damit auch in unserem Bundesland die bundesgesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden können.

9. Verband der privaten Krankenversicherung, 10/935

Nach der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dem damit verbundenen Rückzug des Bundes aus der Investitionsförderung der Krankenhäuser ist die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Reformierung des Landeskrankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen gegeben.

Der Verband hätte es jedoch begrüßt, wenn der nunmehr vorgelegte Gesetzentwurf sich weitestgehend auf Regelungen der Krankenhaus- und Investitionsplanung sowie die Normierung der Fördertatbestände beschränkt hätte. § 1 KHG stellt nämlich heraus, daß das Landesrecht in erster Linie die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu gewährleisten hat, ohne ihre Wirtschaftlichkeit und Unab-

hängigkeit über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus zu beeinträchtigen. Anstelle dessen enthält der Gesetzentwurf eine Vielzahl von Regelungen, die wir im Rahmen einer Landeskrankenhausgesetzgebung für verzichtbar halten. Überflüssig erscheinen z.B. Bestimmungen in § 19 Abs. 2 und Abs. 3 über die Art der Verwendung und Abwicklung der Fördermittel sowie die in § 33 Satz 2 enthaltene Regelung über die für eine Abschlußprüfung notwendigen Unterlagen.

10. Ärztekammer Nordrhein, 10/931

Die Ärztekammer Nordrhein begrüßt die Grundtendenz des Gesetzentwurfs, eine leistungsfähige Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen sicherstellen zu wollen.

1. Verpflichtungen des Landes im Investitionssektor

Die Ärztekammer Nordrhein erwartet, daß dem Gesetzeswortlaut auch Taten in finanzpolitischer Hinsicht folgen, soweit es sich um die aus Landesmitteln zu tragenden Kosten für die erforderliche Substanzerhaltung, für Neubauten und medizinisch-technische Innovationen handelt. Auf die seit Jahren unzureichenden alljährlichen Investitionsprogramme und den entstandenen Investitionsstau wird noch einmal ausdrücklich aufmerksam gemacht.

2. Stellung des Krankenhauses im Gesundheitswesen, kooperatives Belegarztwesen

Das Krankenhaus ist nur einer der Träger der gesundheitlichen Versorgung in unserem Lande. Auf eine enge

Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist daher ebenso hinzuwirken wie auf die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie allen weiteren Stellen, mit deren Arbeit ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder ganz entbehrlich gemacht werden kann, insbesondere also mit Sozialstationen.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten kann durch den Ausbau des Belegartzwesens gefördert werden, bei dem in der Regel eine durchgehende ärztliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich durch denselben vom Patienten frei gewählten Arzt erreicht wird. In Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und darüber hinaus in allen Organfachabteilungen sollten - ausländischen Vorbildern entsprechend - jeweils mehrere Ärzte gleicher Fachrichtung die Versorgung der stationären Patienten in einer strukturierten Zusammenarbeit verantwortlich übernehmen (kooperatives Belegarztwesen).

3. Gesetzesregeln für die innere Struktur der Krankenhäuser

Die Ärztekammer Nordrhein lehnt gesetzliche Regeln für die innere Struktur nicht ab, soweit hierfür ein ordnungspolitisches Bedürfnis besteht. Verzichten sollte der Gesetzgeber jedoch auf Selbstverständlichkeiten oder auf Programmsätze, deren Durchsetzung mit staatlichen Mitteln kaum möglich ist. Verzichtet werden muß auf staatliche Gesetzgebung in denjenigen Bereichen, in denen die Beteiligten selbst schon adäquate Lösungen in eigener Verantwortung getroffen haben. Selbst-

verwaltung und Selbstverantwortung sollten nicht durch staatliche Gesetzgebung unterlaufen werden.

4. Zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts,
Ärztlicher Vorstand und Mitarbeiterbeteiligung

Die Ärztekammer Nordrhein bedauert, daß die Vorschriften des geltenden KHG NW über den Ärztlichen Vorstand und die Mitarbeiterbeteiligung gestrichen werden sollen. Wir sind uns klar darüber, daß die Einrichtung des Ärztlichen Vorstandes und die Mitarbeiterbeteiligung auf Grund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht gegenüber Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft durchgesetzt werden können, wohl aber gegenüber anderen Krankenhäusern. Deshalb sollten beide Komplexe weiterhin im neuen Gesetz in der bisherigen Form geregelt werden. Selbst wenn damit dann nicht mehr alle Trägerarbeiten verbindlich erfaßt werden, sollte doch zum Ausdruck kommen, welche Regelungen der Gesetzgeber politisch wünscht; er kann damit auch für den formal nicht gebundenen Teil der Krankenhausträger Impulse für inhaltlich gleiche oder angenäherte Lösungen setzen. Der Staat hat auch in anderen wichtigen Lebensbereichen, z.B. bezüglich der Betriebsverfassung oder des Tarifvertragsrechts, nicht auf gesetzliche Regelungen verzichtet, obwohl von dem Geltungsbereich der einschlägigen staatlichen Gesetze kirchliche Einrichtungen ausgenommen sind.

Der Ärztliche Vorstand hat nach den Strukturvorschlägen der Deutschen Ärzteschaft, wie sie insbesondere die Deutschen Ärztetage seit Jahren wiederholt gegenüber Politik und Öffentlichkeit vorgetragen haben,

eine besondere Bedeutung im Krankenhaus. Bei zunehmender Spezialisierung der Medizin stellt er ein Instrument der Reintegration zwischen auseinanderstrebenden Spezialbelangen her. Das hat sich in vielen Bereichen inzwischen bewährt. In seiner paritätischen Zusammensetzung mit leitenden Abteilungsärzten und nachgeordneten Ärzten ist er geeignet, aus der Spezialisierung entstehende Spannungen abzubauen und einen breiten Konsens der Meinungen im Krankenhausbetrieb zu medizinischen und wirtschaftlichen Fragen herzustellen. Der Ärztliche Vorstand ist also kein Instrument der Betriebsverfassung - und insofern nicht mit dem Betriebsrat oder Personalrat zu vergleichen -, er dient vielmehr der Koordination und Kooperation im ärztlichen und wirtschaftlichen Ablauf. Seine Arbeit kommt in erster Linie der Patientenversorgung zugute; er sollte daher in dem der staatlichen Gesetzgebung zugänglichen Rahmen erhalten werden.

Die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Nebeneinnahmen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte ist Ausfluß entsprechender Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts. Die von den Deutschen Ärztetagen empfohlene und von den einzelnen Ärztekammern mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörden erlassene Berufsordnung schreibt in § 15 Abs. 2 ausdrücklich vor, daß "Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, verpflichtet sind, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren".

Die Mitarbeiterbeteiligung ist ein Instrument der Befriedung der Arbeitsverhältnisse der Ärzte und dient zugleich der Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit.

5. Krankenhausplanung und Mitwirkung der Ärzteschaft

Die Vorgaben des Gesetzentwurfs für die Krankenhausplanung erscheinen der Ärztekammer Nordrhein zu eng.

Die Bedarfsermittlung sollte soweit irgend möglich dezentralisiert werden. Zentrale Vorgaben haben sich gerade hier in der Vergangenheit nicht selten als lebensfremd erwiesen. Die Inanspruchnahme und damit Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses hängt entscheidend auch von Faktoren ab, die nicht zentral "planbar" sind, wie etwa der Ruf des Hauses in der Bevölkerung, die Qualität der verantwortlichen Ärzte und des Pflegepersonals und ähnliches. Diese Faktoren aber sind regional besser einzuschätzen.

Außerdem sollte die Krankenhausplanung nur vorschreiben, welche Krankenhäuser mit welcher Gesamtbettenzahl und mit welcher Abteilungsgliederung vorgehalten werden und welche Aufgaben das Haus im Gesamtsystem zu erfüllen hat. Es verletzt das Recht auf Selbstverwaltung und tangiert die Eigenverantwortung,

- wenn Bettenzahlen für jede Abteilung und Subspezialisierung im Krankenhausplan starr festgelegt werden. Damit werden eine flexible, dem jeweiligen Bedarf angemessene Betriebsführung sowie Anpassungen an die demographische und medizinische Entwicklung sehr er-

schwert; gegebenenfalls wird sogar künstlicher Bedarf zur Bettenbelegung erzeugt.

- wenn im Krankenhausplan sogar festgelegt werden soll, ob die Patientenversorgung durch fest angestellte oder Belegärzte erfolgen soll. Eine solche Entscheidung hat nichts mit dem Bettenbedarf zu tun und sollte daher nicht vom Staat, sondern von den hier unmittelbar Beteiligten (Träger, Ärzteschaft, Krankenkassen) getroffen werden.

Die Ärztekammer fordert darüber hinaus, für die Erarbeitung zentraler Vorgaben im Krankenhausplan (§ 15 Abs. 1 des Gesetzentwurfs) nicht auf die Mitwirkung der verfaßten Ärzteschaft zu verzichten, sondern sie verantwortlich in den Kreis der "unmittelbar Beteiligten" im Sinne des § 7 Abs. 1 KHG (Bund) einzubeziehen. Die Ärztekammern tragen nicht berufspolitische Aspekte in die Krankenhaus- und Investitionsplanung vor - dies mag Aufgabe der in § 14 Abs. 4 des Entwurfs genannten Gewerkschaften sein -, sondern verstehen sich als öffentlich-rechtliche Berufsorganisation entsprechend § 5 Abs. 1 a und b sowie § 5 Abs. 2 Heilberufsgesetz, als Sachverständigenstelle, die - wie in der Vergangenheit - ärztliche-medizinische Aspekte in die Krankenhausplanung einbringen kann.

11. Ärztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Aus der Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe wird dieser Gesetzentwurf im Grundsatz begrüßt. Im Gegensatz zu dem Referentenentwurf vom Dezember 1985 ist dieser Regierungsentwurf von einer ganzen Anzahl von aus unserer

Sicht gesehenen überflüssigen Verwaltungsvorschriften bereinigt; zahlreiche Einwände der Ärztekammern wurden berücksichtigt.

Dieses Gesetz soll das Land verpflichten, leistungsfähige Krankenhäuser durch finanzielle Zuwendungen zu erhalten. Wir betrachten es insofern als Fortschritt, daß schon im Jahre 1987 das Investitionsprogramm für Krankenhäuser merklich erhöht wurde und hoffen auf eine positive Entwicklung für die Zukunft.

Das Krankenhaus ist nur einer der Träger der gesundheitlichen Versorgung in unserem Lande. Auf eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitswesen ist daher ebenso hinzuwirken wie auf die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie allen weiteren Stellen, mit deren Arbeit ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder ganz entbehrlich gemacht werden kann, insbesondere mit Sozialstationen.

Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten kann durch den Ausbau des Belegartzwesens gefördert werden, bei dem in der Regel eine durchgehende ärztliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich durch denselben vom Patienten frei gewählten Arzt erreicht wird. In Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und darüber hinaus in allen Organfachabteilungen sollten - ausländischen Vorbildern entsprechen - jeweils mehrere Ärzte gleicher Fachrichtung die Versorgung der stationären Patienten in einer strukturierten Zusammenarbeit verantwortlich übernehmen (kooperatives Belegartzwesen).

Im Grundsatz lehnt die Ärztekammer Westfalen-Lippe gesetzliche Regelungen für die innere Struktur von Krankenhäusern nicht ab, soweit hierfür ein ordnungspolitisches Bedürfnis besteht. Der Gesetzgeber sollte aber auf Selbstverständlichkeiten oder auf Programme verzichten, deren Durchsetzung mit staatlichen Mitteln kaum möglich ist. Verzichtet werden muß auf staatliche Gesetzgebung in denjenigen Bereichen, in denen die Beteiligten selbst schon adäquate Lösungen in eigener Verantwortung getroffen haben. Selbstverwaltung und Selbstverantwortung sollten nicht durch staatliche Gesetzgebung unterlaufen werden.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bedauert nach wie vor, daß die Vorschriften des derzeitigen Krankenhausgesetzes über den ärztlichen Vorstand und die Mitarbeiterbeteiligung entfallen sollen. Es besteht aus der Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe Einigkeit darüber, daß die Einrichtung des ärztlichen Vorstandes und die Mitarbeiterbeteiligung auf Grund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes nicht gegenüber Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft durchgesetzt werden können, wohl aber gegenüber den anderen Krankenhäusern. Aus diesem Grund sollten beide Komplexe auch weiterhin in einem neuen Krankenhausgesetz in der bisherigen Form geregelt werden, selbst wenn damit nicht mehr alle Trägerarten erfaßt, aber doch Impulse in Richtung des staatlichen Willens gesetzt werden.

Der Staat hat auch in anderen Lebensbereichen, zum Beispiel bezüglich der Betriebsverfassung oder des Tarifvertragsrechts, nicht auf gesetzliche Regelungen verzichtet, obwohl von dem Geltungsbereich der einschlägigen staatlichen Gesetze kirchliche Einrichtungen ausgenommen sind.

Der ärztliche Vorstand hat auch nach den Strukturvorschlägen der deutschen Ärzteschaft, wie sie insbesondere die Deutschen Ärztetage wiederholt gegenüber Politik und Öffentlichkeit vorgetragen haben, eine besondere Bedeutung im Krankenhaus. Bei zunehmender Spezialisierung der Medizin stellt er ein Instrument der Reintegration zwischen auseinanderstrebenden Spezialbelangen dar. Das hat sich in vielen Bereichen inzwischen bewährt. In seiner paritätischen Zusammensetzung mit leitenden Abteilungsärzten und nachgeordneten Ärzten ist er geeignet, aus der Spezialisierung entstehende Spannungen abzubauen und einen breiten Konsens der Meinungen im Krankenhausbetrieb zu medizinischen und wirtschaftlichen Fragen herzustellen. Der ärztliche Vorstand ist also kein Instrument der Betriebsverfassung - und insofern nicht mit dem Betriebsrat oder Personalrat zu vergleichen - er dient vielmehr der Koordination und Kooperation im ärztlichen und wirtschaftlichen Ablauf. Seine Arbeit kommt in erster Linie der Patientenversorgung zugute; er sollte daher in dem der staatlichen Gesetzgebung zugängigen Rahmen erhalten werden.

Die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Nebeneinnahmen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte ist Ausfluß entsprechender Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts. Die von den Deutschen Ärztetagen empfohlene und mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörde erlassene Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe schreibt in § 15 Abs. 2 vor:

"Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren."

Die Mitarbeiterbeteiligung ist ein Instrument der Befriedigung der Arbeitsverhältnisse der Ärzte und dient zugleich der Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit.

Die Bedarfsermittlung bei der Krankenhausplanung sollte möglichst dezentral durchgeführt werden. Zentrale Vorgaben haben sich gerade hier in der Vergangenheit nicht selten als lebensfremd erwiesen. Die Inanspruchnahme und damit Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses hängt entscheidend auch von den Faktoren ab, die nicht "zentral" planbar sind, wie etwa der Ruf des Hauses in der Bevölkerung, die Qualität der verantwortlichen Ärzte und des Pflegepersonals etc.. Diese Faktoren aber sind regional besser einzuschätzen.

Außerdem sollte die Krankenhausplanung nur vorschreiben, welche Krankenhäuser mit welcher Gesamtbettenzahl und mit welcher Abteilungsgliederung vorgehalten werden und welche Aufgaben das Haus im Gesamtsystem zu erfüllen hat.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Der DGB Landesbezirk Nordrhein-Westfalen begrüßt die Initiativen, die der Gesetzentwurf aus gesundheitspolitischer Sicht enthält und gewerkschaftspolitische Forderungen berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für die Vorschriften über Qualitätskontrolle und Hygiene im Krankenhaus, über die Bildung von Arzneimittel-Kommissionen, die Einrichtung eines Patientenfürsprechers und die Sicherstellung des sozialen Dienstes, die Verpflichtung zur gemeinsamen Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte sowie die gemeinsame Nutzung medizinischer und wirtschaftlicher Einrichtungen.

Eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kann nur erreicht werden, wenn die damit zusammenhängenden Aufgaben vom öffentlichen Gesundheitsdienst, von den Krankenhäusern, von den niedergelassenen Ärzten und von den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens gemeinsam wahrgenommen werden. Dies erfordert, daß sowohl die Zusammenarbeit dieser Gremien verstärkt werden als auch die Aufhebung der starren Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung erfolgen muß. Die stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ärztliche Versorgung durch Einführung der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung muß als Krankenhausleistung festgeschrieben werden. Das führt ebenfalls zur Kostendämpfung durch Senkung der Verweildauer. Eine entsprechende Ergänzung des Gesetzes ist deshalb erforderlich.

Die Fördermittel zur Investitionsförderung müssen im Landeshaushalt so angelegt sein, daß diese Kosten nicht als Aufwendungen für Instandhaltung über den Pflegesatz auf den Benutzer zurückfallen.

Der Datenschutz im Krankenhaus muß sichergestellt sein. Deshalb sollte das angekündigte Gesetz zum breitenspezifischen Datenschutz zeitgleich mit dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen in Kraft treten.

14. Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

1. Die Gewerkschaft ÖTV stellt fest, daß vorliegender Entwurf des KHG-NW aus gewerkschaftlicher Sicht einige Verbesserungen gegenüber dem geltenden Recht enthält, wobei teilweise langjährige gewerkschaftliche Forderungen berücksichtigt wurden.

Wir bedauern allerdings, daß im jetzigen Entwurf im Vergleich zum Referentenentwurf vom Dezember 1985 bereits wieder Positionen zurückgenommen wurden.

2. Die ÖTV verweist auf die bereits zum Referentenentwurf - Stand Dezember 1985 - abgegebene Stellungnahme, die überall dort, wo die Entwürfe noch identisch sind und in dieser Stellungnahme keine Position bezogen wird, voll inhaltlich aufrechterhalten wird.
3. Die ÖTV begrüßt die Schaffung eines einheitlichen Rechts für alle Krankenhäuser.

Sie erwartet allerdings, daß dort, wo verfassungsrechtlich die Möglichkeit gegeben ist, zukünftig Strukturen zur Mitbestimmung der Beschäftigten im Krankenhaus (öffentliche Träger) durch entsprechende Änderung des Mitbestimmungsartikelgesetzes geschaffen werden.

4. Die Gewerkschaft ÖTV unterstützt die Absicht der Landesregierung, einen besonderen Gesetzentwurf zum bereichsspezifischen Datenschutz im Krankenhaus zu erarbeiten und hält eine solche Regelung für unerlässlich.
5. Die ÖTV kritisiert den Verzicht auf die Verpflichtung zur Bildung von Krankenhausbeiräten.

Es ist zwar zutreffend, daß die Arbeit der Krankenhausbeiräte in der bisherigen Praxis häufig ineffektiv war, dies lag aber wohl begründet in der fehlenden Entscheidungsbefugnis dieses Gremiums. Durch Gesetz oder Verordnung festgelegte Aufgaben und Entschei-

dungskompetenz der Beiräte wird diese zu einem sinnvollen Gremium aufwerten.

6. Die Gewerkschaft ÖTV fordert die Landesregierung auf, keine einschneidenden Veränderungen am derzeitigen Krankenhaus-(bedarfs)plan vorzunehmen und zuzulassen (Bettenabbau, Stations-/Abteilungsschließungen und ähnliches), bevor nicht sinnvolle Kriterien/Bedarfsdeterminanten für die neue Krankenhausplanung nach Verabschiedung des KHG NW festgelegt werden.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft ist der Auffassung, daß der vorgelegte Entwurf eines Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen auf der Grundlage des geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetzes im großen und ganzen den Forderungen, die die DAG an eine leistungsfähige Krankenversorgung der Bevölkerung stellt, Rechnung trägt. Unbeschadet dessen ist die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft weiterhin der Auffassung, daß im Interesse einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern der Bundesgesetzgeber die ihm aus Artikel 74 Nr. 19 a GG zukommende Kompetenz im größeren Umfang hätte ausschöpfen müssen.

Hierbei geht es der DAG nicht nur um die Wahrnehmung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse nach Artikel 72 des Grundgesetzes, sondern auch um den Tatbestand, daß sich die länderübergreifenden Probleme der Krankenhausfinanzierung einer wirksamen Gesetzgebung durch die einzelnen Bundesländern entziehen.

Wir weisen in diesem Zusammenhang auf die beigelegte Stellungnahme der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft zu den Gesetzentwürfen der Bundesregierung und des Bundesrates zu dem "Entwurf" eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung" (Bundestagsdrucksache 10/2095 und 10/2096 vom 31.10.1984).

17. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 10/932

Zunächst stellen wir mit Genugtuung fest, daß erstmalig eine gesetzliche Grundlage geschaffen wurde, die KV'en als "Beteiligte" an der Planung der Krankenhausversorgung mit einzubeziehen.

Wir halten es allerdings für nicht ausreichend, daß diese Einbeziehung sich ausschließlich auf Fragen bzw. Planungen im Hinblick auf medizinisch-technische Großgeräte beziehen soll, denn diese Einbeziehung ist ohnehin durch die entsprechende gesetzliche Grundlage der RVO, die ihren Niederschlag in den Großgeräte-Richtlinien-Ärzte findet, erforderlich.

Der Krankenhausversorgung dienen Krankenhäuser in drei Versorgungsstufen. Aus Kostengesichtspunkten stellt sich die Frage, ob in allen Hauptabteilungen innerhalb dieser drei Versorgungsstufen die volle Einrichtung mit medizinisch-technischen Geräten vorgehalten werden muß, oder ob nicht eine Abstufung nach Versorgungsstufen bzw. eine Abstimmung der zumindest benachbarten Krankenhäuser erfolgen sollte. Diese Maßnahme könnte zu einer Kostenreduzierung führen, ohne das grundsätzliche Angebot an Leistungen bei entsprechender Aufteilung zu schmälern.

Ebenfalls aus Kostengründen wäre denkbar, daß Patienten, die in einem Krankenhaus der Spitzenversorgung mit relativ hohen Pflegesatz behandelt werden nach Beendigung der Akutphase der Erkrankung in ein Krankenhaus mit niedrigerem Pflegesatz z.B. der ersten Versorgungsstufe bzw. Belegkrankenhaus zwecks weiterer abschließender Behandlung überstellt werden können.

Uns ist natürlich klar, daß es dazu größerer organisatorischer und verwaltungstechnischer Umstellung bedarf.

Weiterhin vertreten wir die Auffassung, daß sehr viel konsequenter als bisher Betten, die zur stationären Versorgung nicht mehr erforderlich sind, auch tatsächlich abgebaut werden sollten und nicht einem anderen Bestimmungszweck zugeführt werden, nur um den Bettenbestand am Krankenhaus zu halten.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Die Notwendigkeit der Novellierung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 25.2.1975 ist durch die Neuregelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung jedoch nur zum Teil durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 25.03.1980 - 2 BvR 208/79 - (NRW 1980, S. 1895 ff.) gegeben.

Mit aller Entschiedenheit lehnt der Marburger Bund ab, daß im Rahmen dieser Novellierung auch beabsichtigt ist, die bisherigen Bestimmungen über die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter und den ärztlichen Vorstand er-

satzlos zu streichen. Entgegen der Darstellung der Landesregierung kann dies nicht mit der vorgenannten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes begründet werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat zwar einzelne Vorschriften des bisherigen Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen vom 25.2.1975 diese jedoch nur hinsichtlich deren Aufwendbarkeit auf Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft für verfassungswidrig und damit für unabwendbar erklärt:

"...Diese Feststellung betrifft das Gesetz jedoch nur insoweit, als es in seine Regelung Krankenhäuser einbezieht, die von den Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zugeordneten Einrichtungen betrieben werden. ..." BVerfG, aaO. S. 1898

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes ergibt damit keinen rechtlichen oder sachlichen Grund, die Vorschriften über die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter und den ärztlichen Vorstand insgesamt ersatzlos zu streichen.

Die von der Landesregierung für die Streichung dieser Vorschriften angeführte Begründung ist zudem auch deshalb nicht überzeugend, weil der vorliegende Gesetzentwurf in einer Reihe von Bestimmungen Regelungen vorsieht, die den verfassungsrechtlich garantierten Freiraum der Kirchen tangieren. Damit erhebt sich die Frage, ob insbesondere die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter nur politisch nicht mehr gewollt ist.

Für die Beibehaltung der bisherigen Vorschriften über die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter, den ärztlichen Vorstand und die Struktur des ärztlichen Dienstes sprechen jedoch eine Vielzahl politischer und rechtlicher Gründe.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., 10/940

Nachdrücklich begrüßt der Verband, daß die in den bisherigen Gesetzentwürfen enthaltenen Strukturvorschriften entfallen oder zumindest soweit geändert wurden, daß damit dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 25. März 1980 zum Selbstbestimmungsrecht der freigemeinnützigen Krankenhäuser weitgehend Rechnung getragen wird. Mit dieser Änderung im Gesetzentwurf gegenüber den Vorwürfen wurde wesentlichen Bedenken des Verbandes Rechnung getragen.

Zusammenfassend läßt sich also feststellen, daß der vorliegende Gesetzentwurf gegenüber den früheren Novellierungsentwürfen wesentliche Verbesserungen enthält und gravierenden Bedenken des Verbandes Rechnung trägt. Alle Bedenken sind jedoch noch nicht ausgeräumt. Der Verband möchte mit seiner Stellungnahme einen konstruktiven Beitrag zur Verbesserung des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen leisten.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Die von Bund und Ländern gemeinsam zu verwirklichende Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, innerhalb derer das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG

NW) wesentlicher Bestandteil sein wird, soll einen Beitrag zur Kostendämpfung unseres Gesundheitswesens leisten. Wie unerlässlich ein derartiger Beitrag ist, zeigt die Kostenentwicklung in der Vergangenheit.

1986 betragen die gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 113,8 Milliarden DM gegenüber 29,6 Milliarden DM im Jahre 1971. Damit haben sich die Ausgaben innerhalb von 15 Jahren nahezu vervierfacht. Im gleichen Zeitraum stieg der durchschnittliche Beitragsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 8,2 v.H. auf über 12 v.H.. Dabei ist eine weiterhin steigende Tendenz zu verzeichnen; in den vergangenen Monaten sind die Beitragssätze vielfach kräftig angehoben worden. Die Lohnzusatzkosten sind für die Arbeitgeber insbesondere auch wegen der ständig erhöhten Beitragsbelastung gegenüber den Krankenversicherungsträgern stark gestiegen.

Das besondere Augenmerk muß dabei den überproportional gewachsenen Ausgaben für den Krankenhausbereich gelten: Etwa 1/3 der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen auf die stationäre Behandlung; dies waren 1986 37,5 Milliarden DM. Im Krankenhausbereich lagen die Ausgabenzuwächse in der Vergangenheit stets beträchtlich über der Grundlohnentwicklung; so betrug die Steigerung gegenüber dem Vorjahr bei der stationären Versorgung 1986 6,2 v.H. gegenüber einer Grundlohnentwicklung von 3,1 v.H.. Im Durchschnitt der letzten 10 Jahre sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Mitglied um 6,0 v.H. jährlich gewachsen, während die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur um 4,5 v.H. jährlich gestiegen sind. Dies macht deutlich, daß die ständig erhöhte Beitragsbelastung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer

vor allem auch auf die Ausgabenzuwächse bei der stationären Behandlung zurückzuführen ist.

Durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, die der Bundesgesetzgeber mit dem Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz - KHNG) zum 01. Januar 1985 eingeleitet hat, sollte und soll dem Ansteigen der Beitragssätze wirksam gegengesteuert werden. Dieses Gesetz steckt zugleich den Rahmen für die einzelnen Landesgesetze ab. Deshalb wird nachfolgend sein wesentlicher Regelungsinhalt umrissen:

1. Die Mischfinanzierung von Bund und Ländern bei der Krankenhausfinanzierung entfällt. Die Länder werden allein zuständig. Für den Wegfall des Bundesanteils erhalten sie in anderen Bereichen einen Ausgleich.
2. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen zwischen den Landesbehörden und den an der Krankenhausversorgung unmittelbar Beteiligten anzustreben; dabei wird das Nähere durch Landesrecht bestimmt.
3. Das Finanzierungsprinzip zur Deckung der Selbstkosten der Krankenhäuser wird modifiziert. Es erfolgt keine nachträgliche Feststellung dieser Kosten mehr; vielmehr werden den Kostenträgern die vorkalkulierten Kosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses in Ansatz gebracht. Der automatische Gewinn- und Verlustausgleich in diesem Zusammenhang entfällt.

Die Krankenhäuser können Überschüsse erwirtschaften. Andererseits haben sie Verluste selbst zu tragen. Sie sollen so zu wirtschaftlicherem Verhalten angeregt werden.

4. Auf der Basis der vorauskalkulierten Kostendeckung der Krankenhäuser werden mit den Krankenversicherungsträgern die Pflegesätze vereinbart. Bei deren Bemessung sind auch die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser, d.h. die Ergebnisse externer Betriebsvergleiche, ebenso zu berücksichtigen wie die Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen.
5. Kommt es bei den Pflegesatzverhandlungen nicht zu einer Einigung, so wird eine von den beteiligten Krankenhaus- und Krankenversicherungsträgern paritätisch gebildete Schiedsstelle unter einem neutralen Vorsitzenden tätig.

Durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz hat der Bundesgesetzgeber seinerzeit einen Schritt in die richtige Richtung getan, wenn auch in verschiedenen Punkten nicht in dem Umfang, wie es aus der Sicht der Arbeitgeber notwendig gewesen wäre.

Bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist den Ländern insbesondere bei der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung ein weiter Gestaltungsspielraum eröffnet worden. Dem Landesgesetzgeber ist damit die Möglichkeit gegeben, einen erheblichen Beitrag zur Kostendämpfung im stationären Bereich zu leisten, um seinen Anteil im Rahmen der Gesamtkonzeption der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung zu erbringen. Dies gilt es zu nutzen.

Auch im Krankenhausbereich muß die Nachfrage das Angebot bestimmen. Es besteht weitgehend Übereinstimmung, daß dies derzeit allzu häufig nicht der Fall ist, sondern daß das vorhandene Angebot entsprechende Nachfrage auslöst. Dieses hat zu Überkapazitäten im Krankenhausbereich geführt. Sie sind abzubauen.

Der Entwurf des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen muß sich daher vor allem auch daran messen lassen, inwieweit er der durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung verstärkten Verantwortung des Landesgesetzgebers hinsichtlich des weiteren Abbaus nicht bedarfsnotwendiger Bettenkapazität gerecht wird.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Abschnitt I enthält allgemeine Vorschriften. Einige dieser Vorschriften bedürfen einer Klarstellung; andere halten wir für sachlich nicht erforderlich, wiederum andere für bedenklich und lehnen die in ihnen enthaltenen Regelungen ab.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Als Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - hat das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen den vorgegebenen Rahmen zu beachten. Dies gilt auch für den in § 1 Absatz 1 KHG normierten Grundsatz, daß Krankenhäuser eigenverantwortlich wirtschaften sollen. Obwohl der vorliegende Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf Verbesserungen bringt, wird diese

Eigenverantwortlichkeit weiterhin in mehreren zum Teil neuen Bestimmungen erheblich eingeschränkt. Darüber hinaus werden Handlungsanweisungen zur Pflege und Betreuung der Patienten, die aus dem Selbstverständnis der Krankenhausträger und der in den Krankenhäusern Beschäftigten praktiziert werden, in Gesetzesbestimmungen gefaßt, obwohl kein Regelungsbedarf existiert.

23. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), 10/945

Der DBfK begrüßt es ausdrücklich, daß der Gesetzentwurf 'Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -' die Leitende Pflegekraft als Mitglied der Betriebsleitung benannt wird.

Leider muß festgestellt werden, daß das auch die einzige Stelle ist, in der der Pflegedienst Erwähnung findet, Der § 3 ist zwar "Pflege und Betreuung der Patienten" benannt, doch geht es dabei um Humanität im Krankenhaus. Alle Maßnahmen zu einer menschenwürdigen Gestaltung des Krankenhausalltages werden vom DBfK unterstützt. Der Pflegedienst steht in einer langen Tradition der Hospitalpflege. Stellung der Pflegedienstleitung und Kompetenz der Pflege müssen in einem Krankenhausgesetz definiert werden.

24. Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegekräfte von Nordrhein-Westfalen e.V., 10/946

Allgemein ist nach Auffassung der ALK NRW zu bemerken:

1. Der Gesetzentwurf greift in bedenklicher Weise in die innerbetriebliche Organisation der Krankenhäuser ein.

2. Viele organisatorische Regelungen können die Krankenhäuser in eigener Verantwortung treffen.
3. Der Gesetzentwurf enthält viele kostentreibende Regelungen, ohne daß die Finanzierung geregelt ist.
4. Das Krankenhausgesetz sollte mehr entbürokratisieren und weniger reglementieren.

II. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu Abschnitt I

3. Evangelisches Büro, 10/943

Eine Reihe von Vorschriften des I. Abschnittes ist nach unserer Auffassung überflüssig. Die Betreuung von Kindern im Krankenhaus, wie sie § 4 vorsieht, geschieht bereits aufgrund anderer Vorschriften. Der soziale Dienst ist selbstverständlicher Teil der Krankenhausleistung. Die Beachtung der Fragen der Qualitätssicherung (§ 7), der Krankenhaushygiene (§8) und schließlich auch das, was mit der Einrichtung der Arzneimittelkommission gem. § 9 erreicht werden soll, ist für kirchliche Häuser selbstverständlich. Es bedarf nach unserer Auffassung hierzu keiner besonderen gesetzlichen Vorgaben.

Die Einführung des Patientenfürsprechers, wie sie durch § 5 vorgeschrieben wird, stellt sich auch nach der Entschärfung dieser Bestimmung als ein Eingriff in die Organisationshoheit dar. Das mit der Einführung dieser Vorschrift verfolgte sinnvolle Anliegen kann auch in anderen organisatorischen Strukturen verwirklicht werden, ohne daß es einer solch unmittelbaren gesetzlichen Vorgabe bedarf.

Schließlich bestehen erhebliche Bedenken gegen die Einrichtung einer uneingeschränkten Staatsaufsicht, wie sie durch § 12 vorgesehen ist. Nach dem Wortlaut der Bestimmung ist eine umfassende Staatsaufsicht über die Krankenhäuser möglich. Die Berechtigung zur unbeschränkten Aus-

kunft und Nachschau unter Einbeziehung der Einschränkung des Art. 13 Abs. 1 GG läßt die Möglichkeit zu einer schrankenlosen Fachaufsicht offen. Das bisher geltende Recht enthält lediglich eine eingeschränkte Rechtsaufsicht, bei der es auch bleiben muß.

Nach unserer Auffassung müssen die engen Grenzen, die der staatlichen Aufsicht in diesem Bereich gezogen sind, deutlich im Gesetz zum Ausdruck kommen. Schlechte Erfahrungen aus anderen Bereichen staatlicher Aufsicht lassen uns mit Nachdruck auf diesen Punkt verweisen. Hinzu kommt, daß aufgrund der Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion Konkurrenzen möglich sind, die besser vermieden wären. Kommunen, die zugleich Aufsichtsbehörde und Träger eigener Krankenhäuser sind, könnten bei der Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion in eine schwierige Lage gebracht werden.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Abschnitt I enthält allgemeine Vorschriften. Einige dieser Vorschriften bedürfen einer Klarstellung; andere halten wir für sachlich nicht erforderlich, wiederum andere für bedenklich und lehnen die in ihnen enthaltenen Regelungen ab.

Zu § 1 Grundsatz

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Ziel des Gesetzes ist es, entsprechend den §§ 1 und 4 KHG die Krankenhausversorgung der Bevölkerung mit einem bedarfsgerechten System einander ergänzender, miteinander kooperierender, leistungs- und entwicklungsfähiger Krankenhäuser sicherzustellen und die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere den niedergelassenen Ärzten, zu fördern, sowie zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen."

Begündung:

Das Gesetz muß dem Grundsatz von § 1 KHG sowie der Vorgabe der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 4 KHG entsprechen. Vorrangiges Ziel von § 1 KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Im übrigen haben nicht nur die Krankenhäuser mit den sonstigen Einrichtungen zusammenzuarbeiten, sondern auch umgekehrt.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Zu den einzelnen Bestimmungen nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu Abs. 1

In Satz 2 wird in Ausführung des Bundesrechts als tragender Grundsatz erwähnt, daß das Gesetz "zu sozial tragbaren Pflegesätzen" beitragen soll. Das ist jedoch nur eine einseitige Wiederholung der Zielsetzung des § 1 Absatz 1 KHG. Denn dort wird an erster Stelle als Gesetzeszweck "die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser", genannt. Wenn im Sinne der Kostenträger der Beitrag zu sozial tragbaren Pflegesätzen aufgeführt wird, dann muß aus

Gründen der Ausgewogenheit auch der Grundsatz der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in das Landeskrankenhausgesetz übernommen werden. Wird Bundesrecht in Landesgesetzen zitiert, dann darf es nicht einseitig geschehen. Wir empfehlen deshalb, § 1 Absatz 1 Satz 2 zu streichen.

Anderererenfalls bleibt nur übrig, anstelle von Satz 1 und Satz 2 den § 1 Absatz 1 KHG des Bundes vollständig wie folgt zu zitieren:

"Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen."

Zu Abs. 4 (neu)

Wir schlagen an dieser Stelle die Einfügung eines neuen Absatzes vor, und zwar im Anschluß an Absatz 3, der die Träger entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip aufführt. Unser Neuvorschlag lautet:

"§ 1 Abs. 4:

Die Krankenhäuser sind ohne Rücksicht auf ihre Trägerschaft nach Maßgabe des KHG und dieses Gesetzes nach gleichen Grundsätzen zu fördern."

Wenn der Staat Krankenhausplanung und -förderung als seine Aufgaben nach Bundes- und Landesrecht an sich genommen hat und wahrnimmt, dann ist eine besondere krankenhaushilfsrechtliche Konkretisierung des allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes erforderlich. Das Wahlrecht

des Patienten und die Pluralität der Angebote sowie die Begrenztheit der öffentlichen Mittel erlegen dem Staat hierzu die besondere Verpflichtung auf.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936

Abs. 2

des geltenden KHG NW sollte in der im Referentenentwurf vorgesehenen Fassung beibehalten werden:

"Das Gesetz regelt ferner die Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - vom 29.6.1972 (BGBI. I, S. 1009, zuletzt geändert durch Gesetz vom 20.12.1984 (BGBI. I, S. 1716))":

Abs. 3

Der Halbsatz "kreisangehörige Gemeinden jedoch nur wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen" solle gestrichen werden.

Begründung:

Die Einschränkung, daß kreisangehörige Gemeinden zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenhäusern nur verpflichtet sind, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen, wird für entbehrlich gehalten, zumal die Investitions- und Betriebskosten vom Land bzw. den Krankenkassen voll übernommen werden müssen und bei der in Betracht kommenden Übernahme eines Krankenhauses Grunderwerbs- und Erschließungskosten nicht anfallen. Diese Einschränkung widerspricht auch der klaren Systematik von Pflichtaufgaben einerseits und freiwilligen Aufgaben andererseits. Im übrigen konkurriert die Verpflichtung

einer kreisangehörigen Stadt oder Gemeinde stets mit der Verpflichtung des Kreises zur Errichtung und zum Betrieb eines Krankenhauses. Innerhalb dieser Pflichtenkonkurrenz könne sinnvolle Lösungen gefunden werden.

Der Landkreistag NW sieht demgegenüber in der Bestimmung einen Schutz für die kreisangehörigen Gemeinden, wenn sie nicht über die erforderliche Finanzkraft verfügen, ein Krankenhaus zu betreiben. Er spricht sich deshalb für die Beibehaltung der Vorschrift aus.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Da in unserem Land bereits mehr als 35 v.H. der Gesamtausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege aufgebracht werden müssen, begrüßen wir den Grundsatz, daß das Gesetz zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen soll.

In den Absätzen 2 und 3 wird die Sicherstellung der Krankenhausversorgung und die Errichtung leistungsfähiger Krankenhäuser sowie das Betreiben leistungsfähiger Krankenhäuser als eine öffentliche Aufgabe herausgestellt. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung soll dem Land obliegen und die Gemeinden und Gemeindeverbände werden verpflichtet, daran mitzuwirken.

Der Absatz 3 bestimmt dazu, daß "die Aufgabe, leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, in der Regel von freien gemeinnützigen Trägern, von kommunalen Trägern und dem Land wahrgenommen" wird. Die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen wird zur Zeit vorrangig (fast zwei Drittel aller Krankenhausplanbetten)

durch freie gemeinnützige Träger wahrgenommen, sollte aber für die zukünftige Krankenhausplanung nicht in dieser Reihenfolge festgeschrieben werden.

Das Ziel des Gesetzes, die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Systems einander ergänzender, miteinander kooperierender, leistungsfähiger Krankenhäuser ist u.E. nur zu erreichen über die Vorrangigkeit der öffentlichen Träger.

Satz 1 des Absatzes 3 gibt dagegen vor der Verpflichtung zur Krankenhausversorgung durch öffentliche Träger auch noch privaten Krankenhausträger die Möglichkeit, gewinnorientierte Krankenhausversorgung zu betreiben.

Eine Änderung des Absatzes 3 im Sinne der Bestimmungen des Absatzes 2 ist dringend erforderlich.

14. Gewerkschaft öffentliche Dienst, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Der Vorrang öffentlicher Träger sollte festgeschrieben, d.h. die Aufzählung verändert werden, um nicht der Gefahr einer weiteren Privatisierung der Krankenhausversorgung Vorschub zu leisten.

18. Verband der Ärzte Deutschland (Hartmannbund) e.V., 10/934

Das Belegarztsystem, als unmittelbares Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sollte ausdrücklich erwähnt werden. Bereits in der Stellungnahme vom 28.2.1986 des Hartmannbundes wurde darauf hingewiesen. Die Belegärzte sind nach Meinung des Hartmannbundes

in Abs. 1 direkt mit aufzuführen (vergleiche auch § 35 des Gesetzentwurfs).

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands
e.V., 10/940

Der Verband begrüßt es, daß die Bedeutung der freigemeinnützigen Krankenhausträger, insbesondere in Nordrhein-Westfalen, im Rahmen dieser Bestimmung anerkannt und auch für die Zukunft gesichert wird. Weiterhin begrüßt es der Verband, daß die öffentliche Hand ihre grundsätzliche Verpflichtung zur Sicherstellung der Krankenversorgung und zur Erhaltung einer leistungsfähigen Krankenhausversorgung anerkennt. Dies ist nicht zuletzt eine Konsequenz aus der dualistischen Finanzierung und aus der Zuständigkeit des Landes für die Bedarfsplanung. Diese Aufgabe ist zugleich aber auch mit der Verpflichtung verbunden, auch in der Zukunft für eine Finanzierung der notwendigen Investitionskosten Sorge zu tragen. Der Verband erwartet vom Gesetzgeber hierzu ein klares Bekenntnis und einen Auftrag an die Landesregierung, die notwendigen Finanzierungsmittel auch in der Zukunft zur Verfügung zu stellen. Es muß durch eine klare Aussage allen Gerüchten der Boden entzogen werden, wonach das Land Nordrhein-Westfalen in der Zukunft nicht mehr die erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung stellen werde.

Der Verband richtet also die ausdrückliche Bitte an den Landtag Nordrhein-Westfalen, somit an alle im Landtag vertretenen Parteien, durch eine EntschlieÙung anläÙlich der Verabschiedung dieses Gesetzes die Landesregierung zur Gewährleistung der Investitionskostenfinanzierung in der Zukunft zu verpflichten.

22. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Hand-Dieter
Richardt Nordrhein-Westfalen e.V., 10/942

Das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen muß auch die Rahmenbestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - vom 29. Juni 1972, zuletzt geändert durch das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz - KHNG) vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) im einzelnen ausführen. Dieser Gesetzeszweck ist in Absatz 1 mit aufzunehmen.

Zu § 2 Krankenhausleistungen

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 2

Eine gesonderte Regelung der Wahlleistungen ist entbehrlich, da sie bereits in § 7 BpflV enthalten ist. Ansonsten sollte es im Satz 2 heißen: "Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und die Vereinbarung von wahlärztlichen Leistungen, dürfen ..."

Da in bestehende Altverträge mit Chefärzten nicht eingegriffen werden darf, sollte der letzte Satz heißen: "Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet."

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936

In Abs. 1 sollte Satz 3 des geltenden § 3 KHG NW angefügt werden: "Die für die Akutversorgung von Notfallpatienten erforderlichen Einrichtungen sind vorzuhalten."

Begründung:

Die Anfügung dient der Klarstellung, daß die für die Akutversorgung von Notfallpatienten erforderlichen Einrichtungen zu den förderungsfähigen und pflegesatzwirksamen Kosten gehören und von allen Krankenhäusern entsprechend ihrer Aufgabenstellung vorgehalten werden müssen.

8. Verband der Ortskrankenkassen, 10/948

zugleich im Namen

- des AOK-Landesverbandes Westfalen-Lippe,
- des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Bezirksausschuß Westfalen-Lippe,
- der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Krankenkasse,

- der Bundesknappschaft.

Für Fälle, bei denen die Abgrenzung zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen auf Schwierigkeiten stößt, müßten vom geplanten Landesausschuß (§ 14) ggf. Rahmenempfehlungen erarbeitet werden (§ 14 Abs. 2).

Zur Umsetzung dieser Überlegungen müßte in § 2 Abs. 1 des Gesetzes ein neuer Satz 2 eingefügt werden: "Hierbei ist das Leistungsangebot der Krankenhäuser in den einzelnen Fachabteilungen begrenzt auf die Inhalte der Gebiete und Teilgebiete der Weiterbildungsordnung für Ärzte."

9. Verband der privaten Krankenversicherung, 10/935

Privatstationen

Erhebliche Bedenken bestehen unseres Erachtens nach wie vor gegen die Bestimmung in § 2 Abs. 2 Satz 3 des Entwurfs, nach der Privatstationen nicht mehr eingerichtet und betrieben werden sollen. Während nach der zur Zeit noch gültigen Fassung des KHG NW vom 25.2.1975 Privatstationen wenigstens dann noch bestehen bleiben können, wenn die baulichen Verhältnisse des Krankenhauses einer Eingliederung in die allgemeinen Krankenstationen entgegenstehen, enthält die beabsichtigte Neuregelung ein Verbot ohne Ausnahmen.

Bedenken gegen die Vorschrift des § 2 des Gesetzentwurfs ergeben sich auch im Hinblick auf das Gebot der Verhältnismäßigkeit von Wahlleistungen und Entgelt nach § 10 BPflV. Hohe Unterkunftszuschläge, wie sie gerade in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet zu verzeichnen sind, haben eine Rechtfertigung nur dann,

wenn der Standard des Zimmers entsprechend hoch ist. Dieser Standard wird wesentlich auch durch die Atmosphäre bestimmt, die der Patient auf der Station vorfindet. Bei Auflösung der Privatstationen verringert sich die Attraktivität des Wahlleistungsangebotes.

Nicht zuletzt ergeben sich im Hinblick auf die unternehmerische bzw. wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Krankenhäuser auch verfassungsrechtliche Bedenken aus Art. 2 Satz 1, Art. 12 und Art. 14 des Grundgesetzes.

Dem Krankenhausträger muß es freistehen, Ein- und Zweibettzimmer ohne Einstreuung von Mehrbettzimmern in einer Zimmerflucht zusammenzufassen und hierfür den alteingeführten Begriff "Privatstation" zu verwenden.

Die Einrichtung in sich geschlossener Privatstationen widerspricht auch nicht dem Grundsatz einer "chancengleichen Versorgung", da hierdurch in keiner Weise die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung der Bevölkerung des Landes beeinträchtigt wird. Ob Ein- bzw. Zweibettzimmer gesondert oder zwischen Mehrbettzimmern liegen, hat jedenfalls mit Chancengleichheit nichts zu tun. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung stehen hier wie dort Zimmer Privat- und Kassenpatienten gleichermaßen zur Verfügung. Das Verbot ist also auch sachlich nicht notwendig.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Der Absatz 1 Satz 1 sollte ergänzt werden um den Halbsatz: "einschließlich der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung".

Durch die Aufnahme dieser Bestimmung wird dem Anliegen der Patienten auf Verkürzung der stationären Behandlung, der Verhinderung von Mehrfachuntersuchungen und somit der Kostendämpfung Rechnung getragen.

15. Deutsche Angestelltengewerkschaft Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Im Abs. 2 wird festgeschrieben, daß Privatstationen nicht mehr eingerichtet und betrieben werden sollen. Diese Maßnahmen sollten nach unserer Auffassung der Entscheidung des einzelnen Krankenhausträgers vorbehalten bleiben.

Alle Einnahmen durch die Behandlung von Privatpatienten in öffentlich geförderten Krankenhäusern, insbesondere die Einnahmen der Chefärzte, sind dem Krankenhaus zuzuführen.

Durch dieses Verfahren könnten die Krankenhäuser über zusätzliche Einnahmen verfügen, die zur Stabilisierung der Pflegesätze und zur Verbesserung der personellen Ausstattung genutzt werden könnten.

18. Verband der Ärzte Deutschland (Hartmannbund) e.V., 10/934

Der Hartmannbund weist auf seine Stellungnahme vom 28.2.1986 hin bzgl. der Privatstationen. Ergänzend fordert der Hartmannbund, daß, wie in der Begründung zum Gesetzentwurf besonders betont, im Gesetz ausdrücklich die Nichtbeeinträchtigung der Inanspruchnahme von ärztlichen Wahlleistungen und der bestehenden Verträge in Abs. 2 verankert werden sollte.

Stellungnahme vom 28.2.1986

Wenn zukünftig Privatstationen nicht mehr eingerichtet und betrieben werden, muß eine Übergangsvorschrift mit aufgenommen werden, um einen Bestandsschutz alter Verträge zu gewährleisten. Der Hartmannbund fordert daher eine entsprechende Ergänzung des Paragraphen 34. Im übrigen sollte die Regelung auf öffentlich geförderte Krankenhäuser begrenzt werden.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
10/934

Abs. 2 bestimmt, daß gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistung) erbracht werden können, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Diese Bestimmung entspricht der Bundespflegesatzverordnung und der bisherigen landesgesetzlichen Regelung. Darüber hinaus ist in Satz 2 bestimmt, daß die besondere Verpflegung, die besondere Unterbringung und der Abschluß eines wahlärztlichen Behandlungsvertrages nicht voneinander abhängig gemacht werden dürfen. Allerdings zielt hier im Gegensatz zum bisherigen § 3 Abs. 2 KHGNW der ausdrückliche Hinweis darauf, daß Verträge, die dieser Regelung entgegenstehen, nicht mehr abgeschlossen werden dürfen. Der Verband hält es für erforderlich, daß auch diese bisherige Bestimmung im neuen Gesetz enthalten ist.

Zu § 3 Pflege und Betreuung der Patienten

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Dieser Paragraph sollte gestrichen werden, da er in den Krankenhäusern tagtäglich praktizierte Selbstverständlichkeiten regelt.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Diese Vorschrift ist entbehrlich, da sie Regelungen enthält, deren Umsetzung die Krankenhäuser auch ohne gesetzliche Vorschrift vornehmen.

9. Verband der privaten Krankenversicherung, 10/935

Besuchszeiten

Die in § 3 Abs. 3 des Entwurfs vorgeschlagene einheitliche Besuchszeitenregelung widerspricht unseres Erachtens der durch den Bundesgesetzgeber beabsichtigten Stärkung der Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Krankenhausträger. Es muß der Entscheidung der Krankenhausverwaltung obliegen, ob sie eine - aus betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten durchaus sinnvolle - am Wohl und an den Wünschen des Patienten orientierte, individuelle Gestaltung der Besuchszeiten vornehmen.

10. Ärzttekammer Nordrhein, 10/931

Wir bitten, § 3 Abs. 1 wie folgt zu formulieren:

"Es sind die personellen und sächlichen Voraussetzungen zu schaffen, um eine menschenwürdige Behandlung der Patienten zu gewährleisten."

Das im Entwurf formulierte Postulat bleibt unverbindlich.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen sich den natürlichen Lebensabläufen der Patienten soweit wie möglich angleichen. Vor allen Dingen darf das Wecken der Patienten nicht um 5.00 Uhr erfolgen. Eine angemessene Personalausstattung ist hierfür selbstverständlich erforderlich.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., 10/940

Der Verband begrüßt nachdrücklich das hier enthaltene Bekenntnis zur menschenwürdigen Behandlung, auch des Sterbenden. Es kann sicherlich zu Recht gesagt werden, daß die medizinische Versorgung der Patienten in den Krankenhäusern des Landes Nordrhein-Westfalen vorbildlich ist. Angesichts der Personalsituation, nicht zuletzt im pflegerischen Bereich, muß jedoch oft die menschliche Hinwendung zum Patienten zu kurz kommen. Diesem allgemeinen Bedürfnis nach verstärkter menschlicher Zuwendung könnte durch eine offensivere Personalpolitik im Krankenhaus zu einem wesentlichen Teil Rechnung getragen werden.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Bestimmungen sind zu streichen. Eine menschenwürdige Behandlung der Patienten wird aus dem Selbstverständnis der Krankenhäuser und der in den Krankenhäusern Beschäftigten praktiziert. Die Bestimmungen über die Besuchszeiten und die Gestaltung der Betriebsabläufe zur Schonung der Patienten sind Selbstverständlichkeiten in den Krankenhäusern, die keiner gesetzlichen Regelung mehr bedürfen.

23. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), 10/945

Änderung: Humanität im Krankenhaus

Begründung:

Zu humanem Verhalten sind alle Mitarbeiter im Krankenhaus verpflichtet. Humanität ist selbstverständlicher, integrierter Bestandteil der Pflege. Darüber hinaus ist Krankenpflege eine erlernbare Profession mit speziellem Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Zu § 4 Kind im Krankenhaus

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Diese Bestimmung ist bereits mit § 2 Abs. 2 Punkt 3 der Bundespflegesatzverordnung abgedeckt und daher entbehrlich.

Zu Abs. 2

Die Begründung zu diesem Paragraphen enthält eine weitergehende Verpflichtung für das Krankenhaus als der Gesetzestext. Sie sollte insoweit angepaßt werden.

Zu Abs. 3

Auch dieser Hinweis beschreibt nur die geübte Praxis und ist daher entbehrlich.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Wir begrüßen diese Vorschriften, die die psychische Belastung kranker Kinder mindern und zur schnelleren Genesung beitragen.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Wir begrüßen, daß unsere Anregung zum Referentenentwurf - KHG NW - aufgenommen wurde und die Aufnahme einer Begleitperson für ein erkranktes Kind enthalten ist.

Durch den Kontakt zu einer Bezugsperson wird die Genesung des Kindes gefördert und die Gefahr des Hospitalismus reduziert.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., 10/940

Der Verband begrüßt nachdrücklich das Bekenntnis der Landesregierung, die Belange kranker Kinder verstärkt im Krankenhaus zu berücksichtigen und zu fördern. Schon

jetzt ist die Fürsorge und Zuwendung zum kranken Kind in den meisten Krankenhäusern vorbildlich. Wenn nicht überall optimale Verhältnisse bestehen, so ist dies nicht zuletzt eine Folge der knappen Geldmittel. Auch insoweit erhofft sich der Verband durch dieses Bekenntnis des Gesetzgebers einen innovativen Schub.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Die in § 4 angesprochene schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden, ist in der Sache selbst zu begrüßen. Nicht angesprochen ist jedoch die Frage, wer für diese Betreuungskosten aufzukommen hat. Die schulische Betreuung gehört nicht zu den Leistungen der stationären Versorgung. Daher können die Kosten nicht den Krankenkassen über die Pflegesätze in Rechnung gestellt werden. Es bedarf deshalb der Klarstellung, daß das Land für die schulische Betreuung langzeiterkrankter Kinder und Jugendlicher aufzukommen hat.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Vorschriften sind entbehrlich, da sie geübte Praxis sind.

24. Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegekräfte von Nordrhein-Westfalen e.V., 10/946

Hier sehen wir keinen Regelungsbedarf im Landeskrankenhausesgesetz. Der § 4 klingt zwar sehr werbewirksam, sollte aber eine Angelegenheit des Trägers bleiben und innerbetrieblich organisiert werden.

Außerdem wird nichts über die Finanzierung ausgesagt.

Zu § 5 Patientenfürsprecher

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Für jedes Krankenhaus kann vom Krankenhausträger ein Patientenfürsprecher bestellt werden, der an Weisungen nicht gebunden ist. Die Tätigkeit des Patientenfürsprechers ist ein Ehrenamt."

Begründung:

Die Vorschrift sollte als Kann-Bestimmung ausgelegt sein, falls der Gesetzgeber an einer Institutionalisierung des Patientenfürsprechers festhält. Es sollte klargestellt werden, daß die Tätigkeit des Patientenfürsprechers ein Ehrenamt ist.

Zu Abs. 2

Die KGNW schlägt folgende Neufassung des Satzes 2 vor:

"Er kann sich mit Einverständnis des betroffenen Patienten an die Betriebsleitung und den Krankenhausträger wenden."

Begründung:

Der Patientenfürsprecher kann lediglich eine krankenhauserne interne Funktion ausüben; Beziehungen zu den zuständigen Behörden sollten nur zwischen Krankenhausträger und die-

sen, nicht jedoch auch zwischen Patientenfürsprecher und zuständigen Behörden bestehen.

Im Anschluß an § 5 sollte eingefügt werden:

"§ 5 a Krankenhausseelsorge

Das Krankenhaus hat die erforderlichen Voraussetzungen für eine patientengerechte Krankenhausseelsorge sicherzustellen."

Begründung:

Zu einer ganzheitlichen und patientengerechten Krankenversorgung gehört unverzichtbar auch eine seelsorgerische Betreuung.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

In der jetzt vorliegenden Fassung ist die Organisationsfreiheit des kirchlichen Krankenhausträgers weniger eingeschränkt als in den vorgängigen Entwürfen. Dennoch ist es nach wie vor unsere Überzeugung, daß die Bestellung eines Patientenfürsprechers von Gesetzes wegen einen unzulässigen Eingriff in diese Organisationsfreiheit darstellt. Wenn man den Patientenfürsprecher aber schon will, sollte man seine Arbeit und seine Stellung nicht dadurch belasten, daß er sich an Betriebsleitung und Träger vorbei an die Behörde wenden kann. Damit wird sofort deutlich, daß das Konzept, das hinter der Regelung steht, weniger von dem Willen getragen ist, Patienten zu helfen, als vom Mißtrauen gegen Krankenhaus und Träger. Wir lehnen diesen zu vermutenden Ansatz der Regelung als verfehlt ab.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Zu Abs. 1

Wenn auch die Vorschrift über den Patientenfürsprecher im Hinblick auf die Bestellung durch den Krankenhausträger im Sinne unserer Stellungnahme geändert worden ist, so bleiben gewichtige Bedenken:

Die Bestellung eines Patientenfürsprechers ist eine von mehreren sinnvollen Möglichkeiten, Anregungen und Beschwerden von Patienten entgegenzunehmen und ihnen zur Geltung zu verhelfen. Die Vorschrift sollte daher im Hinblick auf den eingangs zitierten ersten Leitsatz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts als Kann-Bestimmung angelegt werden.

Zu Abs. 2 Satz 2

Unter den tragenden Gesichtspunkten der Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstverwaltung scheint es systemwidrig, im Gesetz festzulegen, daß sich der Patientenfürsprecher an die zuständige Behörde wenden kann, auch wenn dies nur in schwerwiegenden Fällen und mit Einverständnis des Patienten geschehen soll. Damit wird der Patientenfürsprecher doch wieder zum Teil zum Erfüllungsgehilfen der Staatsaufsicht.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Die Einführung eines Patientenfürsprechers sollte nicht zwingend vorgeschrieben werden. Es sollte vielmehr in das Ermessen eines jeden Krankenhausträgers gestellt werden,

ob und wie er diese Institution schaffen will. Der Patientenführsprecher sollte ggf. ehrenamtlich tätig werden.

Die Patienten können auch heute durchaus ohne eine solche Institution ihre Rechte geltend machen (Bürgerantrag nach § 6 c GO, über den Verwaltungsdirektor, die Ärzte, die Sozialdienste, das Gesundheitsamt etc.). Die Krankenhauspraxis beweist, daß Beschwerden und Anregungen der Patienten sowohl die Krankenhausleitung als auch den Krankenhaussträger erreichen und ihnen die gebotene Beachtung geschenkt wird. Insofern wird die Versorgung der Patienten durch die Tätigkeit des Patientenführsprechers nicht verbessert. Vielmehr kann die offizielle Einführung dieser Institution je nach der Ausübung des Amtes und einem Übermaß an Nutzung den Krankenhausfrieden stören.

7. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 10/941

Die vorgesehenen Regelungen für den Patientenführsprecher überschneiden sich im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, aber auch im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland, mit den Aufgaben der Beschwerdekommision. Die Beschwerdekommision als gewählte Kommission des Gesundheits- und Krankenhausausschusses der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe gibt es seit März 1979. Alle Patienten in den Westf. Landeskrankenhäusern und Kliniken, aber auch alle ehemaligen Patienten und die Angehörigen der (ehemaligen) Patienten sowie die Vormünder und Pfleger haben das Recht, sich unmittelbar mit Bitten und Beschwerden an diese Kommission zu wenden. Schon dieser Adressatenkreis zeigt, daß die Beschwerdekommision gegenüber den für den Patientenführsprecher vorgesehenen Regelungen eine erheblich ausgeweitete Kompetenz besitzt.

Die Beschwerdekommision ist gegründet worden mit dem Ziel, die jeweils in diese Kommission gewählten Mitglieder der Landschaftsversammlung stärker mit den Problemen in den psychiatrischen Krankenhäusern des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zu konfrontieren. Sie sollen einbezogen werden in die Arbeit vor Ort; die Verwaltung will den Mitgliedern der Kommission die Probleme in den Krankenhäusern offen zeigen. Die Beschwerdekommisionsmitglieder sollen notwendige Verbesserungen mitinitiiieren und ihren Einfluß auf Maßnahmen der Verwaltung sichern können. Den Patienten soll durch die Arbeit der Beschwerdekommision auch verdeutlicht werden, daß die Krankenhäuser und die Verwaltung sich in Frage stellen lassen und bereit sind, Verbesserungsnotwendigkeiten zu erkennen.

Seit der 8. Wahlperiode der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe (30.09.1984) besteht die Beschwerdekommision aus 7 Mitgliedern, davon gehören 3 der SPD, 3 der CDU und 1 Mitglied der Partei Die Grünen an.

Die Kommission hat folgende Aufgaben:

1. Sie nimmt die an sie, die Landschaftsversammlung oder eines ihrer Mitglieder gerichteten Beschwerden entgegen und leitet sie an die Verwaltung des Landschaftsverbandes zur Überprüfung weiter. Die Verwaltung berichtet der Kommission über das Ergebnis der Überprüfung sowie über die von ihr vorgesehenen Maßnahmen und berät diese mit der Kommission. Die Vorschläge der Kommission sind bislang immer bei der letztlich durch den Landesdirektor zu treffenden Entscheidung berücksichtigt worden.

2. Die Verwaltung berichtet der Kommission in regelmäßigen Abständen über die unmittelbar bei der Verwaltung eingehenden Beschwerden, über das Ergebnis ihrer Überprüfung und über die von ihr getroffenen Maßnahmen und berät diese ebenfalls mit der Kommission. Auch hier werden die Vorschläge der Kommissionsmitglieder berücksichtigt.
3. Ebenso berichtet die Verwaltung der Kommission über die vom Petitionsausschuß des Landtages zur Stellungnahme übersandten Petitionen, das Ergebnis der Überprüfung sowie die von ihr getroffenen Maßnahmen und berät auch diese mit der Kommission mit dem Ziel, die verallgemeinerbaren Konsequenzen aus solchen Petitionen innerhalb der Verwaltung und der Krankenhäuser des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe umzusetzen.
4. Die Kommission hat das Recht, im Rahmen der rechtlichen Grenzen - insbesondere unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht - Einsicht in die Akten zu nehmen.

Die Beschwerdekommision tritt in der Regel einmal im Monat zusammen. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

In ihrer Arbeit hat sich die Kommission bislang insbesondere mit folgenden Fragen befaßt:

- der Rechtsgrundlage der Unterbringung (PsychKG, strafgerichtliche Unterbringung)
- medikamentöse Therapie, Zwangsmedikation, Fixierung

- Arbeitseinsatz und Arbeitsentlohnung
- Gewaltanwendung, insbesondere durch das Pflegepersonal
- Verlegung von Patienten, Erhalt sozialer Kontakte
- Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche (wie z.B. Eigengeld, Ausstattung mit Bekleidung und ähnliche Fragestellungen)

All die genannten Themen weisen darauf hin, daß an die Beschwerdekommision vor allem psychiatrie-spezifische Fragestellungen herangetragen werden, deren Aufarbeitung von weitreichender, genereller Bedeutung für alle 21 psychiatrischen Krankenhäuser in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe sein können. Die Arbeit der Beschwerdekommision hat insofern ganz erheblich dazu beigetragen, gerade bei den Patienten, deren Unterbringung nicht freiwillig erfolgt ist, einheitliche Regelungen auf gesicherter rechtlicher Grundlage im Interesse aller Patienten zu finden und durchzusetzen. Das gleiche gilt für die Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche. Auch insofern geht die Arbeit der Beschwerdekommision über die für den Patientenfürsprecher vorgesehene Aufgabe hinaus.

Die im Entwurf vorgesehenen Regelungen sind zugeschnitten auf ein Allgemeinkrankenhaus an einem Ort mit einem Träger. Würden diese Regelungen auf die Krankenhäuser des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zur Anwendung kommen, so müßten neben der Beschwerdekommision insgesamt 21 Patientenfürsprecher bestellt werden. Der Vorteil der Herstellung einheitlicher Regelungen und Verfahrensweisen bei Respektierung der notwendigen individuellen Spielräu-

me würde durch eine solche Regelung augenscheinlich zu-
nichte gemacht.

Weiter hat sich gezeigt, daß aufgrund der Erkrankungen die Aufklärung der beanstandeten Sachverhalte in vielen Fällen äußerst schwierig sein kann und im Einzelfall nur mit viel Sachverstand, langer Erfahrung und behutsamem Vorgehen ein Ergebnis zu erreichen ist. Für einen Patientenfürsprecher, wie er nach dem Gesetzentwurf vorgesehen ist, dürfte es deshalb äußerst schwierig sein, den psychiatrie-spezifischen Anforderungen gerecht zu werden. Die Arbeit der Beschwerdekommision für die psychiatrischen Krankenhäuser hat sich insgesamt vor allem dadurch bewährt, daß aus der Bearbeitung von Einzelbeschwerden generelle Strukturängel erkennbar geworden sind und diese zugleich durch die Entscheidungsgremien beim Krankenhausträger ausgeräumt werden konnten. Einem doch eher isoliert arbeitenden Patientenfürsprecher an jedem der 21 Krankenhäuser wäre dies nicht möglich. Der vorgesehene Patientenfürsprecher ist lediglich Ansprechpartner, Entscheidungskompetenzen stehen ihm nicht zur Verfügung. Gerade in der Psychiatrie aber ist eine Vielzahl von Patienten bei berechtigten Beschwerden darauf angewiesen, durch ein Gremium mit Entscheidungskompetenz Hilfe zu erhalten. Diese Voraussetzung ist bei der Beschwerdekommision erfüllt.

Aus dem vorstehend Geschilderten wird auch deutlich, daß es nicht möglich ist, die Aufgaben der Beschwerdekommision gegenüber denjenigen des Patientenfürsprechers klar und eindeutig abzugrenzen. Bei einem Nebeneinander von Beschwerdekommision und Patientenfürsprecher würden sich deren Aufgaben inhaltlich vielmehr so breit überlagern,

daß auch keine vernünftigen Kriterien erkennbar sind, anhand derer eine durchsichtige Aufgabenverteilung zu gewährleisten ist. Ein derartiges Nebeneinander würde vielmehr

- Verwirrung bei den Patienten und ihren Angehörigen, Vormündern und Pflégern zu der Frage herbeiführen, wer in welcher Angelegenheit der jeweils zuständige Ansprechpartner ist
- bei der Durchsetzung von Rechtsansprüchen die notwendige Einheitlichkeit der Handhabung in allen Krankenhäusern gefährden
- den bislang gegebenen zügigen Entscheidungsprozeß unnötig verzögern.

Nach Auffassung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe ist daher dem § 5 ein Absatz 4 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

"An den psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Landschaftsverbände werden die Aufgaben des Patientenführers durch eine Beschwerdekommision wahrgenommen."

Den in psychiatrischen Krankenhäusern versorgten Patienten stehen damit neben dem Petitionsausschuß des Landtages folgende Gremien als Ansprechpartner zur Verfügung:

- die Staatliche Besuchskommission, die sich vorrangig auf die Überprüfung der rechtlichen Vorgaben des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) konzentriert

- die Beschwerdekommision des Gesundheits- und Krankenhausausschusses des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
- für die Krankenhäuser der forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzug) hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe darüber hinaus Beiträge gebildet, die sich aus Vertretern der verschiedensten gesellschaftlichen Gruppen zusammensetzen, die Verständnis für die Aufgaben und Ziele des Maßregelvollzugs haben und bereit sind, bei der Rehabilitation psychisch kranker Rechtsbrecher mitzuwirken. Damit soll durch bürgerschaftliches Engagement eine breitere Öffentlichkeit für Probleme des Maßregelvollzugs hergestellt und die Integrations- und Rehabilitationsbemühungen für psychisch kranke Rechtsbrecher nachhaltig unterstützt werden. Diese Beiräte tagen ca. vierteljährlich.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe kommt damit seiner Fürsorgepflicht für diejenigen, die ihre Anliegen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt selbst vortragen und durchsetzen können, im denkbar größtmöglichem Umfange nach.

10. Ärztekammer Nordrhein, 10/931

Es empfiehlt sich, zur Wahrung der Unabhängigkeit des Patientenfürsprechers eine Bestellung "für die Dauer von jeweils vier Jahren" vorzusehen.

Außerdem sollte bestimmt werden, daß er nicht dem Mitarbeiterstab des Krankenhauses oder dessen Trägervertretung angehören sollte.

11. Arztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Zur Wahrung der Unabhängigkeit des Patientenfürsprechers sollte seine Bestellung für einen befristeten Zeitraum vorgesehen werden. Dieser Patientenfürsprecher sollte nach unserer Auffassung nicht zu den Mitarbeitern des Krankenhauses bzw. dessen Träger gehören. Die Frage, wie dieser Patientenfürsprecher bezahlt werden soll, müßte unseres Erachtens ebenfalls im Gesetz geregelt werden.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Die Wahl von Patientenfürsprechern wird besonders begrüßt. Die Behandlung im Krankenhaus bedeutet für den Patienten in der Regel eine Unterbrechung der Lebensgewohnheiten und damit Unsicherheit und Angst. Durch die Tätigkeit von Patientenfürsprechern und die entsprechende Kommunikation kann das Heilgeschehen günstig beeinflusst werden.

14. Gewerkschaft Öffentliche Dienst, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW, 10/944

Die Institutionalisierung des Patientenfürsprechers wird grundsätzlich begrüßt. Die ÖTV bleibt allerdings bei ihrer Position, daß bei der Bestellung des Patientenfürsprechers ein Vorschlagsrecht der örtlich jeweils zuständigen selbstverwalteten Sozialversicherungsträger vorgesehen werden sollte. Die im Entwurf vorgesehene Bestellung durch den Krankenhausträger ist eine erhebliche Verschlechterung gegenüber dem Regierungsentwurf und wird kritisiert. Bei der Arbeit des Patientenfürsprechers sind

die Beteiligungsrechte der gesetzlichen Interessenvertretungen zu berücksichtigen. Sinnvoll wäre es, den Aufgabenbereich des Patientenfürsprechers durch Verordnung abzugrenzen, um einem Mißbrauch vorzubeugen.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Gegen die Einrichtung eines "Patientenfürsprechers" erhebt die DAG keine Bedenken. Sie geht dabei davon aus, daß die Kompetenzen der Krankenkassen im Rahmen von Vorträgen nach § 372 RVO nicht eingeengt werden.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Die Einrichtung eines Patientenfürsprechers wird vom Marburger Bund begrüßt.

Damit ihm von seiten der Patienten das notwendige Vertrauen entgegengebracht wird, sollte die Verpflichtung zur Verschwiegenheit vom Gesetz stärker herausgestellt werden. Für Abs. 2 S. 2 und 3 schlagen wir daher eine Änderung dahingehend vor, daß zunächst der Grundsatz der Verschwiegenheit aufgestellt wird, wovon als einzige Ausnahme die Weitergabe von Anregungen und Beschwerden von Patienten mit deren Einverständnis zu regeln wäre:

"Der Patientenfürsprecher ist zum Stillschweigen verpflichtet. Nur mit ausdrücklichem Einverständnis des betroffenen Patienten kann er sich an die Betriebsleitung, den Krankenhausträger und in schwerwiegende Fällen an die zuständige Behörde wenden."

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
10/940

Der Verband hat von Anfang an die Idee des Patientenfürsprechers begrüßt, allerdings den mit den bisherigen Entwürfen verbundenen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Krankenhausträger abgelehnt. Die jetzt vorgelegte Regelung trägt diesen Bedenken Rechnung.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-West-
falen e.V., 10/949

Es erscheint fraglich, ob der mit der Institutionalisierung eines Patientenfürsprechers verbundene Aufwand in einem rechten Verhältnis zum angestrebten Ziel steht; es ist zu befürchten, daß eine Vielzahl von Verwaltungsvorgängen entsteht, die bei unmittelbarer Behandlung von Anregungen und Beschwerden im Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten bzw. sonstigem Krankenhauspersonal vermieden würden.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Kranken-
anstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Vorschriften sind entbehrlich. Die Institutionalisierung eines Patientenfürsprechers ist nicht erforderlich, da es bisher schon genügend sachbezogene Beschwerdemöglichkeiten im Krankenhaus gibt und bei Anlässen zu Beschwerden von Patienten oder deren Angehörigen genutzt wird.

24. Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegekräfte von
Nordrhein-Westfalen e.V., 10/946

Für die gesetzliche Institutionalisierung eines Patientenfürsprechers besteht unseres Erachtens keine Notwendigkeit.

Die Aufgabe, die nach dem Gesetzentwurf der Patientenfürsprecher wahrnehmen soll, ist eine selbstverständliche Qualitätsforderung an eine patientenorientierte Organisation und der danach ausgerichteten Versorgung der Patienten.

Patientenfürsprecher sind nach unserer Berufsauffassung alle im pflegerischen und ärztlichen Bereich tätigen Mitarbeiter.

Die hier im Paragraphen angeführten Gründe für einen gesetzlich institutionalisierten Patientenfürsprecher sind selbstverständliche Maßgaben an alle Beschäftigten des Krankenhauses und insbesondere des Pflegedienstes. Daraus folgt, daß den Interessen des Patienten (ob verbal artikuliert oder nicht) unter Beachtung der Erkrankung, des Pflegebedarfs und der organisatorischen Möglichkeiten gefolgt wird.

Ziel eines Krankenhausbetriebes ist es somit, die hier aufgeführten Sachverhalte organisiert und objektiv im Sinne einer Qualitätssicherung zu verfolgen.

Somit sollte § 7 dahingehend ausgeweitet werden, daß zur medizinischen Qualitätssicherung auch die pflegerische Qualitätssicherung gehört. Der § 5 wäre damit hinfällig.

Sollte sich der Gesetzgeber dennoch für einen Patienten-
fürsprecher entschließen, ist die ALK der Auffassung, daß
im Rahmen des 'Vorschlagsrechtes eine Absprache des Kran-
kenhaussträgers mit der Betriebsleitung erforderlich ist.

Begründung:

Die Tätigkeit des Patientenfürsprechers tangiert alle Be-
reiche und Berufsgruppen des Krankenhauses. Damit ist für
die Lösung von Problemen eine vertrauensvolle Zusammenar-
beit zwischen Patientenfürsprecher und Betriebsleitung
Vorbedingung.

Zu § 6 Sozialer Dienst

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustel-
len; er ist Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen
nach § 2 Abs. 2 BpflV."

Begründung:

Die Finanzierung des sozialen Dienstes über die Pflege-
sätze ist zu sichern.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-West-
falen, 10/939

Die Betreuung durch den sozialen Dienst sollte innerhalb
des Krankenhauses in Zusammenarbeit mit den behandelnden

Ärzten und betreuenden Pflegekräften erfolgen. Leistungen von Einrichtungen des Sozialamtes sind nicht Aufgabe des sozialen Dienstes.

Das Krankenhaus hat die enge Zusammenarbeit des sozialen Dienstes mit bestehenden Einrichtungen der Sozialversicherungsträger sicherzustellen, insbesondere im Hinblick auf die Betreuung durch Sozialarbeiter bei der Nachsorge (z.B. bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen).

14. Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Die Einrichtung eines sozialen Dienstes als Pflichtaufgabe der Krankenhäuser wird ausdrücklich begrüßt. Es sollte jedoch festgelegt sein, daß das Krankenhaus einen betriebsstätteneigenen sozialen Dienst sicherzustellen hat; auch sollten für die im sozialen Dienst zum Einsatz gelangenden Qualifikationen festgelegt werden.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Die Einrichtung eines "sozialen Dienstes" hält die DAG für sachgerecht. Dieser soziale Dienst sollte sich insbesondere auch dem Problem der Pflege annehmen.

Der Tatbestand, daß Akutkrankenhäuser zu einem nicht unbeträchtlichen Teil von Pflegefällen belegt werden, ist jedoch von einem sozialen Dienst nur dann aus der Welt zu schaffen, wenn entsprechende Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege, in die der soziale Dienst vermitteln kann, zur Verfügung gestellt werden. Unter diesem

Aspekt plädiert die DAG insbesondere für einen Ausbau der ambulanten Pflege.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Nach Meinung des Hartmannbundes sollten die ambulanten Pflegedienste (sie bestehen seit rund 1 1/2 Jahrzehnten und haben sich bewährt) ausdrücklich in Abs. 2 genannt werden, um die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und ambulanten Pflegediensten stärker als bisher zu fördern.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rhein-
land-Pfalz e.V., 10/938

Die Einrichtung eines sozialen Dienstes ist sicherlich sinnvoll. Er hat sich, da wo er besteht, bewährt. Der Marburger Bund begrüßt, daß insoweit seine zum Gesetzentwurf vom Dezember 1985 erarbeiteten Vorschläge in den vorliegenden Entwurf Eingang gefunden haben.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
10/940

In vielen Krankenhäusern existieren bereits soziale Dienste. Diese Dienste haben sich bewährt und stellen eine wertvolle Ergänzung zu der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Krankenhaus dar. Nachdem der vorliegende Entwurf die Bedenken des Verbandes gegenüber früheren Entwürfen berücksichtigt, kann der Verband dieser Bestimmung nunmehr uneingeschränkt zustimmen.

26. Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V., 10/993

(1) Das Krankenhaus richtet einen sozialen Dienst ein.

(2) Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus durch fachliche Hilfen zu ergänzen insbesondere für Patienten mit persönlichen und sozialen Problemen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen mit dem Ziel, zu einer angemessenen Lösung der Probleme beizutragen.

Er leistet dies durch persönliche Hilfe, insbesondere durch methodische Gesprächsführung, durch Beratung in sozialen Angelegenheiten sowie durch Vermittlung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und anderen Hilfen der Nachsorge und der Pflege.

Begründung:

Über die Untersuchung, Behandlung und Pflege hinaus soll das Krankenhaus einen sozialen Dienst einrichten als notwendige Ergänzung zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung insbesondere für Patienten mit persönlichen und sozialen Problemen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen.

Die soziale Betreuung soll in enger Verzahnung mit dem Behandlungsplan durchgeführt werden und zu einer angemessenen Lösung der Probleme beitragen.

Dies geschieht insbesondere durch

- persönliche Hilfe mit den Methoden der Sozialarbeit, insbesondere durch methodische Gesprächsführung;
- Beratung, Auskunft und Rat in sozialen Angelegenheiten;
- durch Einleitung und Vermittlung verschiedener Maßnahmen der Rehabilitation;
- durch Hilfen der Nachsorge und Pflege durch Sozialstationen und Pflegeheime.

Indem der soziale Dienst des Krankenhauses in geeigneten Fällen wichtige Voraussetzungen zur Entlassung von Patienten schafft oder diese verbessert, kann er dem Patienten wirkungsvoll helfen und darüber hinaus zur Verminderung von Fehlbelegungen und zur Leistungssteigerung im Krankenhaus beitragen.

Als Personalanzahl ist im Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung ein Schlüssel von 1 Sozialarbeiter auf 200 Planbetten (1:200) anzusetzen. Bei Schwerpunktkrankenhäusern und Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie in Sondereinrichtungen ist je nach Fachrichtung und je nach Aufgabenstellung ein höherer Personalbedarf erforderlich.

Zu § 7 Qualitätssicherung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Die KGNW schlägt folgende Untergliederung und Neuformulierung vor:

"(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, auf ärztlich-medizinischem Gebiet interne qualitätssichernde Maßnahmen als Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 BPflV durchzuführen.

(2) Sofern es sich um externe qualitätssichernde Maßnahmen auf ärztlich-medizinischem Gebiet handelt, ist das Krankenhaus von der Ärztekammer, den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu unterstützen. Darüber sind zwischen den Beteiligten Vereinbarungen zu treffen, die auch die Finanzierung der entstehenden Kosten einschließen."

Begründung:

Klarstellung. Die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen erfordern Vereinbarungen zwischen den Beteiligten, die auch die Finanzierung der entstehenden Kosten einschließen.

10. Ärztekammer Nordrhein, 10/931

Wir bitten, § 7 ersatzlos zu streichen.

Die Ärztekammer führt bereits Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß dem Heilberufsgesetz NRW in zahlreichen Bereichen für Krankenhausärzte, aber auch für niedergelassene Ärzte durch. Externe Maßnahmen gibt es hier zum Beispiel schon im Bereich der Perinatalogie (seit 1982), der Neonatologie (seit Anfang 1987) und demnächst auch auf dem Gebiet der Chirurgie (in Fühlungnahme, teilweise in vertraglicher Absprache mit der Landeskrankengesellschaft und den Kostenträgern). Auf Grund bundesgesetzli-

cher Vorgaben haben die Ärztekammern ab 1988 weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Beurteilung von Röntgenaufnahmen und Laboruntersuchungen durchzuführen. Über die Ausdehnung auf andere Gebiete der Medizin werden wir mit den Betroffenen verhandeln, erste Fühlungen haben schon stattgefunden.

Gesetzliche Regelungen können den hierfür notwendigen Gestaltungsspielraum nur einschränken. Sie sollten unterbleiben, weil hier kein Regelungsbedürfnis besteht.

Alternativ beantragen wir, in § 7 Satz 2 das Wort "durchzuführen" durch das Wort "gewährleisten" zu ersetzen. Damit würden keine - vom Heilberufsgesetz abweichenden - Vorentscheidungen über die Zuständigkeit und den organisatorischen Ablauf getroffen.

11. Ärztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Die Ärztekammer führt bereits Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß dem Heilberufsgesetz in vielen Bereichen durch. So hat sie bereits seit 1983 auf Grund ihrer perinatologischen Erhebung und seit Beginn dieses Jahres der Erhebung der Neonatologie praktische Erfahrungen mit der Qualitätssicherung machen können. An diesen Erhebungen nehmen zwischenzeitlich alle leitenden Ärzte der geburts-hilflich-gynäkologischen Abteilungen sowie der pädiatrischen Abteilungen im Kammerbereich teil. Auf Grund bundesgesetzlicher Vorgaben werden mit Beginn des nächsten Jahres weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Beurteilung von Röntgenaufnahmen und Laboruntersuchungen durch die Ärztekammer durchzuführen sein.

Die Ärztekammer kann für die Durchführung der Qualitätssicherung am ehesten medizinischen Sachverstand vorhalten und zugleich die Weisungsfreiheit in wissenschaftlicher Hinsicht gewährleisten. Gesetzliche Regelungen können den hierfür notwendigen Gestaltungsspielraum nur einschränken. Sie sollten unterbleiben, weil hier kein Regelungsbedürfnis besteht.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bittet dringend darum, den § 7 ersatzlos zu streichen.

Alternativ wird beantragt, in § 7 Satz 2 das Wort "durchzuführen" durch das Wort "gewährleisten" zu ersetzen. Damit würden keine - vom Heilberufsgesetz abweichende - Vorentscheidungen über die Zuständigkeit und den organisatorischen Ablauf getroffen.

12. Apothekerkammer Nordrhein, 10/918

Wir halten es für erforderlich, § 7 etwa wie folgt zu erweitern:

"Im Rahmen der Qualitätssicherung eines Krankenhauses trägt der Apotheker, der für die Sicherung der Arzneimittelversorgung eines Krankenhauses verantwortlich ist, die entscheidende Verantwortung für Arzneimittelqualität und Arzneimittelsicherheit sowie für die Wirtschaftlichkeit des Arzneimitteleinsatzes."

Begründung:

Die Qualität der arzneimitteltherapeutischen Leistungen der Krankenhausärzteschaft ist in einem zwingenden Zusammenhang mit der Qualität der eingesetzten Arzneimittel zu

sehen. Insbesondere die Krankenhausapotheker sowie die nach § 14 Apothekengesetz krankenhausversorgenden Apotheker sollten deshalb in § 7 gesondert erwähnt werden, als durch die von dieser Berufsgruppe bereitgestellten Arzneimittel ein wesentlicher Beitrag zum Heilungsprozeß der Krankenhausinsassen geleistet wird. Hierdurch wird auch sichergestellt, daß außer der durch den Gesetzgeber hierzu ermächtigten Berufsgruppe - Apothekerschaft - keine Arzneimittel in einem Krankenhaus eingesetzt werden, deren Beschaffung an der Apotheke vorbei erfolgt ist und deren qualitative Beurteilung an den eindeutigen Rechtsbestimmungen des Arzneimittelrechts vorbei erfolgt.

Darüber hinaus kann auf diesem Weg ein Beitrag zur Kostensenkung erzielt werden, wenn der Begriff der Verantwortung einschließt, daß die Arzneimittelbeschaffung ausschließlich durch den Apotheker erfolgen darf bzw. dazu seine Zustimmung erforderlich ist.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Die Verpflichtung zu qualitätssichernden Maßnahmen im Krankenhaus entspricht der Forderung unseres Verbandes. Die damit zusammenhängenden Probleme sind aber nicht durch Pflichtvereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern einerseits und den Ärztekammern und den Krankenkassen andererseits zu lösen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammern haben zu diesem Komplex bereits Vereinbarungen getroffen, die eine befriedigende Lösung aber erwarten lassen. Von einer gesetzlichen Regelung sollte deshalb Abstand genommen werden.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
10/940

Der Verband hat schon vor 15 Jahren Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorgeschlagen und gefordert. Er hat sich an mehreren Pilotprojekten beteiligt. Der Verband begrüßt daher grundsätzlich die in § 7 enthaltene Regelung, zumal den Bedenken des Verbandes gegen frühere Entwürfe weitgehend Rechnung getragen wurde. Die Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung sind jedoch in der Regel mit zusätzlichen Kosten verbunden. Es muß sichergestellt werden, daß solche Kosten pflegesatzfähig sind.

23. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), 10/945

Ergänzung:

Die Krankenpflege ist in die Qualitätssicherung einzubeziehen.

Begründung:

Die Qualität der Krankenversorgung sollte vom Krankenhaussträger im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Ziele konkret beschrieben und regelmäßig überarbeitet werden. Pflegerische Qualität ist nicht kostenlos. Qualifikation des Pflegepersonals, Zeit und pflegerische Hilfsmittel bestimmen die Leistung.

24. Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegekräfte von
Nordrhein-Westfalen e.V., 10/946

Neben den gestiegenen Anforderungen im medizinischen Bereich sind auch die Anforderungen an die ganzheitliche pflegerische Versorgung des Patienten weiter fortge-

schritten und genauer definiert. Als elementarer Bestandteil der ganzheitlichen Pflege und Versorgung wird das Eingehen auf die Gefühle und Interessen des Patienten gesehen, soweit dieses mit der Erkrankung, dem pflegerischen Zustand und den zur Verfügung stehenden Ressourcen möglich ist.

Da auch für die Erhebung von Pflegequalität geeignete Instrumente zur Verfügung stehen, sollte dies unter Hinweis auf den Inhalt zu § 5 und die hier gemachten Ausführungen aufgeführt werden.

Pflegequalitätssicherung ist immer nur als eine krankenhauserne Maßnahme zu betreiben.

§ 8 Krankenhaushygiene

=====

1. Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Hinsichtlich der Krankenhaushygiene bedarf es keiner gesonderten Regelung im Landeskrankenhausgesetz. Die BGA-Hygiene-Richtlinien (Bundesgesundheitsblatt 19., Nr. 1/76, S. 1 bis 7) sind im Zusammenhang mit den entsprechenden Erläuterungen der Deutschen Krankenhausesellschaft vom 18.3.1981 (Bundesgesundheitsblatt 24., Nr. 13/81, S. 209 bis 214) als ausreichend anzusehen.

Wenn überhaupt eine Regelung im Krankenhausgesetz für erforderlich gehalten wird, reicht die Regelung in § 8 Abs. 1 zur Sicherstellung der Krankenhaushygiene aus.

Falls die Regelung in Absatz 2 bestehen bleiben sollte, ist es erforderlich, die Pflegesatzfähigkeit der entstehenden Mehrkosten auch in den Gesetzestext aufzunehmen. Darüber hinaus sind die entstehenden Investitionskosten vom Land zu fördern.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Diese Vorschrift sollte gestrichen werden.

Sollte sich das Land dennoch entschließen, eine entsprechende Vorschrift aufzunehmen, sind in Absatz 2 die Ziffern 2 und 3 zu streichen.

Begründung:

Für eine gesetzliche Vorschrift besteht keine Notwendigkeit, da die Sicherung der Hygiene in einem Krankenhaus als selbstverständlich anzusehen ist. Die Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen mit den Erläuterungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 8.3.1981 sind ausreichend und werden in den Krankenhäusern sorgfältig beachtet. Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung sollte sich nur auf Absatz 2 Ziffer 1 beschränken, "Maßnahmen zur Erfassung von Krankenhausinfektionen" im einzelnen zu regeln.

In jedem Fall ist es zu weitgehend, durch Rechtsverordnung Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission und zu Beschäftigung und Tätigkeitsfeld von Hygienefachkräften vorzuschreiben. Damit wird in unzulässiger Weise in die Eigenverantwortung des Krankenhausträ-

gers eingegriffen. Der Krankenhausträger muß selbst die organisatorischen und personellen Voraussetzungen zur Sicherung der Krankenhaushygiene treffen können.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Verpflichtende Vorschriften zur Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen sind schnellstens erforderlich im Interesse der Patienten und zur Verkürzung der Verweildauer.

14. Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Die Aufnahme dieses Paragraphen wird ausdrücklich begrüßt, insbesondere die detaillierte Konkretisierung durch entsprechende Verordnung.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Diesen Bestimmungen wird seitens der DAG ausdrücklich zugestimmt.

Hier ist zu ergänzen, daß sich die qualitätssichernden Maßnahmen sowohl auf den medizinischen wie auch pflegerischen Bereich beziehen müssen. Auch die notwendige Fortbildung bzw. Umschulung muß gewährleistet sein.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Der Hartmannbund weist auf seine Stellungnahme vom
28.2.1986 hin.

Stellungnahme vom 28.2.1986:

Wenn schon das Krankenhaus verpflichtet wird, alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen, dann muß nach Meinung des Hartmannbundes auch gewährleistet sein, daß die entsprechenden Kosten im Pflegesatz berechenbar sind. Eine entsprechende Ergänzung der gesetzlichen Vorschriften ist nach Auffassung des Hartmannbundes vorzunehmen.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rhein-
land-Pfalz e.V., 10/938

Die hier vorgesehene Verpflichtung für die Krankenhäuser, alle erforderlichen Hygienemaßnahmen zu treffen, wird begrüßt.

Allerdings halten wir es nicht für sinnvoll und auch nicht für notwendig, die Durchführung dieser Maßnahmen durch eine Rechtsverordnung zu regeln. Die vom Bundesgesundheitsamt erlassenen Hygiene-Richtlinien, die laufend überarbeitet werden, können und sollten Maßstab für die von den Krankenhausträgern zu treffenden Maßnahmen sein und deren Einhaltung für verbindlich erklärt werden. Die Festlegung der Voraussetzungen für die Erfüllung der Maßnahme in einer gesonderten Verordnung könnte den gewünschten Erfolg nicht effektiver sichern.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
10/940

Der Verband hat bereits 1975 auf dem Deutschen Krankenhausstag in Hannover Vorschläge und Forderungen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene vorgelegt. Diesen Forderungen wurde in der Zwischenzeit weitgehend Rechnung getragen, nicht zuletzt durch die Erstellung und Umsetzung der Richtlinien des Bundesgesundheitsamts. Da § 8 des Gesetzentwurfes nur eine allgemeine Verpflichtung zur Krankenhaushygiene enthält, alle entscheidenden Maßnahmen und Regelungen jedoch einer Rechtsverordnung vorbehält, deren Konsequenzen und Auswirkungen alle noch nicht zu übersehen sind, kann der Verband zu diesem Komplex noch keine Stellungnahme abgeben.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenan-
stalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Vorschriften sind entbehrlich. Auch wenn die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen für die Krankenhäuser nicht verpflichtend ist, so sind die Krankenhäuser aus Haftungsgründen gehalten, der Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes nachzukommen. Ferner unterliegen die Krankenhäuser insbesondere auch im Hinblick auf die Hygiene bereits der Aufsicht durch die Gesundheitsämter.

24. Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegekräfte von
Nordrhein-Westfalen e.V., 10/946

Wenn die Organisation der Krankenhaushygiene schon einer gesetzlichen Regelung bedarf, sollte die Hygienefachkraft

auch zu einer pflegesatzrelevanten Stelle deklariert werden.

Zu § 9 Arzneimittelkommission

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Arzneimittelkommissionen gibt es bereits in vielen nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Nach Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen besteht deshalb kein Anlaß, die Einrichtung einer Arzneimittelkommission zwingend vorzuschreiben.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Wir halten die Errichtung einer Arzneimittelkommission von Gesetzes wegen für einen Eingriff in die Organisationsfreiheit. Dagegen kann nicht geltend gemacht werden, daß die Vorschrift in sich vernünftig sei. Denn die von Verfassung wegen garantierte Organisationsfreiheit kirchlicher Häuser kann nicht mit solchen Gründen ausgehebelt werden.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Diese Vorschrift sollte gestrichen werden.

Begründung:

Für eine gesetzliche Regelung sehen wir keinen sachlichen Grund, da die Krankenhäuser bereits in eigener Verantwortung entweder Arzneimittelkommissionen gebildet oder die-

se Aufgabe in anderer Form gelöst haben. Mit der Regelung würde in die Organisationshoheit des Krankenhausträgers eingegriffen. Es muß dem Krankenhausträger und der Betriebsleitung überlassen bleiben, durch welche geeignet erscheinenden Maßnahmen sie die mit der Regel verfolgten Ziele erreichen.

12. Apothekerkammer Nordrhein, 10/918

Begründung zu Abs. 1:

§ 9 regelt die Arzneimittelkommission.

In der Begründung wird u.a. festgestellt, daß den Vorsitz der Arzneimittelkommission der Krankenhausapotheker oder ein pharmakologisch erfahrener Arzt führen sollte, nicht jedoch der öffentliche Apotheker.

Diese Begründung kann nicht unwidersprochen bleiben, da gemäß § 14 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz) vom 20. August 1960 (BGBl. I, S. 697) in der Neufassung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I, S. 1993) ein Unterschied zwischen dem Verwalter einer Krankenhausapotheke und einem Apotheker, der aufgrund eines Versorgungsvertrages ein Krankenhaus ohne eigene Apotheke mit Arzneimitteln versorgt, nicht besteht. Durch vorgenannte Begründung werden die Nichtkrankhausapotheker diskriminiert. Die Begründung sollte deshalb dahingehend geändert werden, daß den Vorsitz der Arzneimittelkommission der Krankenhausapotheker, der Versorgungsapotheker oder ein pharmakologisch erfahrener Arzt führen sollte.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Die Tätigkeit einer Arzneimittelkommission zur ständigen Nutzen-Risiko-Abwägung einer Therapie kann zu mehr Wirtschaftlichkeit und damit zur Kostendämpfung führen. Dabei sollte die Zusammensetzung der Arzneimittelkommission festgeschrieben werden.

14. Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

In das Gesetz sollte eine weitere Kommission ergänzend aufgenommen werden und zwar eine Sachmittelkommission. Die Aufgabenstellung könnte analog § 9 geregelt werden. Sie sollte sich auf Gebrauchs-, Anlagen- und Wirtschaftsgüter beziehen.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V., 10/934

Der Hartmannbund weist auf seine Stellungnahme vom 28.2.1986 hin. Eine verpflichtende Vorschrift über die Bildung von Arzneimittelkommissionen wird abgelehnt. Darüber hinaus sollte beachtet werden, daß in der ambulanten Versorgung bereits Arzneimittelrichtlinien bestehen, die in der stationären Versorgung analog Anwendung finden sollten. Belegärzte als niedergelassene Ärzte haben diese Richtlinien ohnehin in das Wirtschaftlichkeitsgebot mit einzuziehen.

Stellungnahme vom 28.2.1986

Der Hartmannbund ist der Auffassung, daß keine verpflicht-

tende Vorschrift im KHG NW aufgenommen werden sollte; darüber hinaus ist der Hartmannbund der Auffassung, daß in Absatz 2 der letzte Satz zu streichen ist. Das gleiche gilt für den gesamten Absatz 4.

Darüber hinaus sollte in Absatz 1 eine Kann-Vorschrift vorgesehen werden. In Absatz 2 unter Nr. 2 sind auch die Belegärzte mit einzubeziehen.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Die Verpflichtung zur Bildung von Arzneimittelkommissionen wird von unserem Verband ebenfalls begrüßt. Sie können im Krankenhaus ein wesentliches Instrument zur Kostendämpfung darstellen.

Es ist aber unverständlich, weshalb im Gesetz nicht geregelt ist, wer Mitglied dieser Arzneimittelkommission ist. Insbesondere muß sichergestellt sein, daß der ärztliche Sachverstand in diese Kommission einfließt. Insoweit bedeutet der vorliegende Gesetzentwurf ein Rückschritt gegenüber dem Entwurf vom Dezember 1985, der vorsah, daß der Arzneimittelkommission der Krankenhausapotheker, wenigstens drei Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie die leitende Pflegekraft angehören.

Der Marburger Bund setzt sich dafür ein, daß neben dem Krankenhausapotheker und der leitenden Pflegekraft für jede am Krankenhaus vertretene Fachrichtung ein Arzt, sowie aus Gründen der besseren Durchsetzbarkeit der Beschlüsse auch der leitende Arzt des Krankenhauses in die Arzneimittelkommission zu berufen sind. Da insoweit die

Verhältnisse aller Krankenhäuser vergleichbar sind, ist eine Regelung im KHG NW anzustreben. Keinesfalls sollte es bei der vorliegenden Fassung bleiben, nach der es theoretisch denkbar wäre, daß nicht ein einziger Arzt in die Arzneimittelkommission berufen wird.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
10/940

Der Verband hat seit vielen Jahren für die Einrichtung von Arzneimittelkommissionen in den Krankenhäusern geworben. Nicht zuletzt hat die Existenz solcher Kommissionen zu einer wesentlichen Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser geführt. Die vorliegende Fassung des Gesetzentwurfes berücksichtigt wesentliche Bedenken des Verbandes, insbesondere gegen die in früheren Entwürfen enthaltene Zusammensetzung der Kommission.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Bedenken bestehen gegen die in § 9 geregelte Arzneimittelkommission und deren im einzelnen festgelegten Aufgaben. Vor allem kann nicht ausgeschlossen werden, daß hier der Landesgesetzgeber für den Krankenhausbereich faktisch in Richtung einer Positivliste für die Arzneimittelversorgung wirkt, obwohl der Bundesgesetzgeber diesen Weg zur Sicherstellung einer angemessenen Arzneimittelversorgung bisher nicht gewählt hat; denn nach § 9 Abs. 3 ist die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste von den im Krankenhaus tätigen Ärzten "zu berücksichtigen". Auch die Gesetzesbegründung hebt hervor, daß es notwendig sei, die im Krankenhaus tätigen Ärzte

zur Berücksichtigung der Arzneimittelliste zu verpflichten, "damit die nach Überprüfung durch die Arzneimittelkommission ausgewählten Arzneimittel konsequent angewendet werden". Die Gesetzesbegründung führt zwar des Weiteren aus, daß dies nicht ausschließe, daß "im Einzelfall im Rahmen der durch die Vorschrift nicht eingeschränkten Therapiefreiheit auch andere Arzneimittel verordnet werden". In den Gesetzestext selbst hat allerdings der Hinweis auf die nicht eingeschränkte Therapiefreiheit keinen Eingang gefunden.

§ 9 sollte ersatzlos entfallen.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Vorschrift ist entbehrlich. Entsprechend der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 4.9.1973 zur Einführung einer Arzneimittelliste im Krankenhaus haben die Krankenhäuser bereits eine Arzneimittelkommission entsprechend der vorgesehenen Aufgabenstellung eingerichtet, so daß es keiner gesetzlichen Regelung mehr bedarf.

Zu § 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

=====

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Zu Abs. 2 Nr. 3

Nach dieser Vorschrift soll sich die Verpflichtung zur Zusammenarbeit erstrecken auf "die Verteilung der Kran-

kenhausaufnahmen". Hier muß gefragt werden, wie eine Verteilung von Krankenhausaufnahmen gedacht ist; denn die Aufnahme in ein Krankenhaus geschieht nicht durch eine "Verteilung", sondern durch eine ärztliche Einweisung und den Patienten, entsprechend seinem Wahlrecht.

Zu Abs. 2 Nr. 7 und Nr. 9

Die Verpflichtung der Zusammenarbeit wird hier sowohl auf "Rationalisierungsmaßnahmen" (Nr. 7) als auch auf "die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen" (Nr. 9) ausgedehnt. Diese beiden Ziffern überschneiden sich; denn eine Zusammenarbeit von Krankenhäusern, die zur Rationalisierung führen soll, wird sich in der Regel auf die gemeinsame Nutzung von Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Einrichtungen erstrecken (vgl. Begründung in der Drucksache 10/1799, S. 31).

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Zu Abs. 2

Wir halten die bisherige Fassung des § 6 Abs. 2 für ausreichend, da es sich nur um eine beispielhafte Aufzählung der Gebiete handelt, in denen eine Zusammenarbeit in Betracht kommt. Wir sehen insbesondere die Ziffern 8 - 10 als zu weitgehende Regelung an, da die gemeinsame Nutzung über eine Zusammenarbeit hinausgeht und nicht allen Krankenhäusern vorgeschrieben werden kann.

Zu Abs. 3

Satz 2 von Abs. 3 ist entsprechend unseren Ausführungen zu Abs. 2 zu streichen.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß bei einer gemeinsamen Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte oder medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen die Kosten für die in Anspruch genommenen Leistungen wie bei anderen Pflichtleistungen pflegesatzwirksam sein müssen, so daß eine Regelung über die Beteiligung an den Kosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus den pauschalen Fördermitteln aller beteiligten Krankenhäuser nicht notwendig ist.

Zu Abs. 4

Absatz 4 sollte wie folgt gefaßt werden:

"Die Krankenhäuser sind außerdem zur personellen und sächlichen Mitwirkung im Rettungsdienst verpflichtet. Die Finanzierung der Kosten ist sicherzustellen. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Katastrophenschutzbehörden, Krankenkassen und sonstige Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind zur Zusammenarbeit verpflichtet."

Begründung:

Die Mitwirkung im Rettungsdienst erfordert eine Kostenregelung. Es ist klarzustellen, daß nicht nur die Krankenhäuser mit den genannten Organisationen und Einrichtungen zusammenzuarbeiten haben, sondern alle an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten zur Zusammenarbeit verpflichtet sind.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Die Vorschriften über die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit sind zur optimalen Versorgung der Pa-

tienten und zur Kostendämpfung baldmöglichst einzuführen. Diese Zusammenarbeit sollte auch im Interesse einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung erfolgen.

Die vorgesehene Rationalisierung von Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Einrichtungen sollte zur Zentralisierung dieser Dienste führen. Eine Privatisierung von Krankenhauseinrichtungen z.B. im Bereich von Wäscherei, Labor, Küche etc. führt zur mangelnden Berücksichtigung von krankenhausspezifischen Erfordernissen im Hinblick auf Hygiene und Qualität, ohne mehr Wirtschaftlichkeit zu bringen.

14. Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit in diesem Punkt stärkt u.E. die Gefahr der Verschulung der Ausbildung für nichtärztliche Heilberufe und sollte an dieser Stelle überprüft werden.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Die enge Zusammenarbeit von Krankenhäusern ist nach Auffassung der DAG zwingend erforderlich. Alle Formen der Zusammenarbeit dürfen jedoch nicht dazu führen, daß die Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte der Interessenvertretungen der Beschäftigten der einzelnen Krankenhäuser unterlaufen werden.

Im LPVG/NW und BetrVG sind entsprechende Beteiligungsrechte vorhanden. Die Mitarbeitervertretungsgesetze bei-

der Konfessionen bieten keine derartigen Mitbestimmungsrechte.

Das Rationalisierungsschutzabkommen findet auch nur auf BAT-gebundenen Krankenhäusern Anwendung. Aus diesem Grund dürfte bei Rationalisierung "die Gefahr der Arbeitsplatzvernichtung" in konfessionellen und privatrechtlichen Krankenhäusern mangels tarifvertraglichem Rationalisierungsschutz am größten sein. Um diese Gefahr abzuwenden, bietet es sich an, daß Vereinbarungen zwischen den beteiligten Krankenhäusern nur unter Heranziehung der gewerkschaftlichen Vertretung der Beschäftigten abgeschlossen werden können.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Die Nachsorge sollte nicht nur im "Zusammenwirken", sondern auch im Einvernehmen (als einvernehmliche Abstimmung) mit den niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. Abs. 2 Nr. 2 ist nach Meinung des Hartmannbundes in diesem Sinne zu ergänzen.

In Abs. 3 sollten die Ärztekammer und die Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich genannt werden. Aufgrund bereits bestehender, zwingender Vorschriften und Richtlinien über Großgeräte erscheint eine entsprechende Ergänzung sinnvoll.

Schließlich wird darauf hingewiesen, daß es gerade bei den Großgeräten nicht nur um die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern geht, sondern auch um ein einvernehmliches Zusammenwirken zwischen Krankenhäusern und niedergelasse-

nen Ärzten. Damit wird ebenfalls ein Beitrag zur Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen geleistet.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser sollte unterstützt und nicht durch die derzeitige Förderpraxis des Landes erschwert werden.

Zur Zeit wird die gemeinsame Nutzung z.B. medizinisch-technischer Großgeräte nach Absatz 2 Ziffer 8 in Form einer von zwei oder mehreren Krankenhäusern zu diesem Zweck betriebenen Gesellschaft erschwert, weil eine solche Betriebsgesellschaft weder Fördermittel erhält noch in die Bedarfsliste aufgenommen wird, sondern der Bewilligungsbescheid nur einem der beteiligten Krankenhäuser zugestellt wird. Die anderen an der Zusammenarbeit beteiligten Krankenhäuser sollen sich nach Absatz 3 an medizinisch-technischen Großgeräten aus den pauschalen Fördermitteln beteiligen, ohne Miteigentümer werden zu können. Mit diesem Verfahren wird eine gleichberechtigte Zusammenarbeit und Nutzung von Großgeräten verhindert.

23. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), 10/945

Ergänzung:

Abs. (2) 2. ist nach den Worten 'niedergelassenen Ärzten' durch "und Sozialstationen" zu ergänzen.

Begründung:

Durch den Ausbau der Sozialstationen in den vergangenen Jahren ist die prä- und poststationäre Patientenversor-

gung verbessert worden. Die Zusammenarbeit beider Bereiche muß intensiviert werden.

Zu § 11 Zentraler Bettenachweis, Einsatz- und Alarmpläne
=====

14. Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Es sollte eine ausdrückliche Passage in das Gesetz aufgenommen werden, daß hier keine wie immer geartete Zivilschutzgesetzgebung einschließlich Registrierung von Krankenhausbeschäftigten und anderes gemeint sind.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Diese Bestimmungen werden von der DAG unterstützt.

Zu § 12 Aufsicht
=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Wie die Begründung klarlegt, unterliegen die Krankenhäuser einer Aufsicht in "gesundheitlicher Hinsicht". Allgemein wird zwischen "Fachaufsicht" und "allgemeiner Rechtsaufsicht" unterschieden. Soweit der Gesetzentwurf pauschal von "Aufsicht" spricht, macht er deren Grenzen nicht deutlich. Es kann sich hierbei immer nur um eine "allgemeine Rechtsaufsicht" handeln. Es wird vorgeschlagen, das Wort "Aufsicht" jeweils - auch in der Über-

schrift - durch das Wort "allgemeine Rechtsaufsicht" zu ersetzen.

Zu Abs. 3

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet, im Rahmen der geltenden Gesetze der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der allgemeinen Rechtsaufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt."

Begründung:

Die uneingeschränkte Kompetenz der Aufsichtsbehörde, wie sie im § 12 Abs. 3 formuliert ist, verstößt gegen das Übermaßverbot. Die allgemeine Rechtsaufsicht erfordert keine solch umfassende Eingriffsermächtigung wie sie diese Vorschrift vorsieht.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Gegen die Vorschriften von Abs. 3 werden schwerste Bedenken erhoben. Das Verwaltungsverfahrensgesetz und das Verwaltungsvollstreckungsgesetz regeln die Rechte der Aufsichtsbehörde umfassend. Darum sollte dieser Absatz ersatzlos gestrichen werden. Sollte jedoch beabsichtigt sein, der Aufsichtsbehörde Rechte einzuräumen, die über die in den beiden Gesetzen genannten Möglichkeiten hinausgehen, würde damit geltendes Recht gebrochen. Dies müßte nicht nur den Widerstand der betroffenen Kranken-

häuser und ihrer Träger herausfordern, sondern es müßte zudem das Vertrauen der Bürger zur Rechtlichkeit der Verwaltung auf das Schwerste erschüttern. Wir warnen ausdrücklich davor, diese Vorschrift bestehen zu lassen. nicht zuletzt deswegen, weil die nach Abs. 4 vorgesehene untere Aufsichtsbehörde, sofern sie selber Krankenhaus-träger ist, in einer Konkurrenzsituation zum freien Krankenhaus-träger steht. Sollte der Gesetzgeber sich nicht in der Lage sehen, den Abs. 3 zu streichen, ist den Krankenhäusern und ihren Trägern dringend anzuraten, mit größter Aufmerksamkeit darüber zu wachen, daß die bewährten Verwaltungsvorschriften eingehalten werden.

Um Unklarheiten zu vermeiden, empfehlen wir, die Überschrift des Paragraphen in "Rechtsaufsicht" zu ändern und den Text der Überschrift anzupassen.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Zu Abs. 1 und Abs. 2

Daß der Staat über die von ihm erlassenen Rechtsvorschriften zu wachen hat, daß diese auch eingehalten werden, ist unbestritten. Bei § 12 vermissen wir jedoch schon in der Überschrift eine Aussage darüber, daß sich diese Aufsicht im Rahmen der geltenden Gesetze zu bewegen hat, also Rechtsaufsicht und nicht etwa auch Fachaufsicht ist. Letzteres würde unter Umständen verfassungsrechtlich bedenklich sein.

Schon aus dem Gesetzestext und der Begründung ergibt sich ein Widerspruch über den Umfang der Aufsicht. Nach dem Wortlaut des Absatzes 2 erstreckt sich die Aufsicht auf

die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Ausführungsbestimmungen des Bundes und des Landes. Dazu steht es in Widerspruch, wenn in der Begründung angeführt wird, daß die öffentliche Aufgabe der Krankenhäuser und ihre Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung eine Aufsicht "durch die Gesundheitsbehörden" erforderlich machen.

Nach dieser Begründung hat es den Anschein, als sei nur die gesundheitspolizeiliche Aufsicht gewollt.

Zu Abs. 3

Diese Vorschrift erscheint im Blick auf die undeutliche Zielrichtung der Aufsicht bedenklich. Da es sich um eine schwerwiegende Eingriffsermächtigung handelt, können Auskunftersuchen und Zutrittsrecht allenfalls bei einem begründeten Verdacht einer konkreten Rechtsverletzung gerechtfertigt sein.

Zu Abschnitt II

3. Evangelisches Büro, 10/943

Hinsichtlich des II. Abschnittes ist aus kirchlicher Sicht besonders das Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplanes zu beanstanden. Die Entscheidungen des Landesausschusses, der bei dem zuständigen Minister gebildet werden soll, haben sehr weitreichende Wirkungen, die sich möglicherweise in der Konsequenz sehr schnell auch als ein nicht unerheblicher Eingriff in kirchliche Strukturen erweisen könnten.

In der Auflistung der weiteren Beteiligten gem. § 14 Abs. 4 ist darüber hinaus z.B. auch den besonderen Strukturen im Bereich kirchlicher Krankenhäuser in keiner Weise Rechnung getragen. In Zukunft soll es in diesem Bereich eine starke gewerkschaftliche Beteiligung geben, die offenbar die Interessen der Beschäftigten stärker ins Spiel bringen soll. Diese gewerkschaftliche Beteiligung entspricht jedoch in keiner Weise dem Organisationsgrad der Mitglieder des kirchlichen Bereiches. Ein großer Teil der Mitarbeiter ist nicht Mitglied bei der DAG oder ÖTV. Vielmehr werden die kirchlichen Mitarbeiter im Bereich der Ev. Kirchen durch den "Rheinisch-Westfälischen Verband der im evangelisch-kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV)" vertreten. Dieser nimmt für die Mitarbeiter die sehr stark ausgebauten Mitsprache-, Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte wahr. Nachdem das BVerfG bereits in der beigelegten Entscheidung ausdrücklich auch auf die organisatorischen Regelungen im Bereich des Mitarbeiterrechtes Bezug genommen hat, ist es verwunderlich, daß bei den Überlegungen zur rechtlichen Regelung von Be-

teiligungsformen seitens des Staates keinerlei Rücksicht auf solche Besonderheiten genommen wird.

Bedenken bestehen schließlich gegen die sehr detaillierten Vorgaben, die im einzelnen durch § 15 vorgesehen sind. Insbesondere durch die Bestimmung des § 15 Abs. 2 wird die Entscheidungsfreiheit der Träger in einer unzulässigen Weise eingeschränkt und ein rigides Instrumentarium aufgebaut, welches eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung eher behindert als fördert.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Die in Abschnitt II geregelte Krankenhausplanung ist - neben der in Abschnitt III angesprochenen Krankenhausförderung - einer der beiden zentralen Bereiche, die der Landesgesetzgeber in eigener Verantwortlichkeit auszufüllen hat. Hier muß es wesentliche Zielsetzung des Gesetzentwurfs sein, im Rahmen der bundesgesetzlichen Vorgabe zur Eindämmung der Krankenhausausgaben beizutragen. Dieser Zielvorgabe wird der Gesetzentwurf jedoch nicht hinreichend gerecht.

Nach dem Willen des Bundesgesetzgebers soll durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung eine stärkere Mitwirkung der Beteiligten sowohl bei der Krankenhausplanung als auch bei der Investitionsförderung erreicht werden. Die bundesgesetzliche Rahmenvorschrift des § 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz hebt hierzu hervor, daß bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind; dabei soll die nähere Aus-

gestaltung dem Landesrecht vorbehalten bleiben. Der federführende Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Bericht (BT-Drucksache 10/2565, S. 28) dazu folgende Erwartungen ausgesprochen:

"Es wird Aufgabe der Beteiligten sein, bei der Gestaltung der landesrechtlichen Vorschriften darauf zu achten, daß ein Mitwirkungsverfahren gefunden wird, das der Vorgabe des Bundesrechts, "Einvernehmen anzustreben", auch sachlich gerecht wird. "Einvernehmen anzustreben" ist eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als ein bloßes "Anhören ... , ja sogar mehr als "enge Zusammenarbeit", es ist das ernsthafte und unter Beweis zu stellende Bemühen, sich mit den Beteiligten zu einigen."

Dieser Forderung nach einer weitgehenden Mitwirkung der Beteiligten bei der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung wird der Gesetzentwurf nicht gerecht.

Zu § 13 Krankenhausplan

=====

1. Krankengesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 2 Satz 2

Die KGNW schlägt folgende Ergänzung vor:

"Die Gründe der Beschränkungen sind im Feststellungsbescheid anzugeben."

Begründung:

Vergleiche § 15 Abs. 1.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Abs. 5 sollte wie folgt gefaßt werden:

"Dem Krankenhaus können mit Zustimmung des Krankenhaus-trägers auch Aufgaben der Ausbildung zugewiesen werden, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten über die Pflegesätze oder durch das Land gewährleistet ist."

Begründung:

Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NW werden spätestens zum 1.1.1989 ca. 1.300, ab 1.7.1989 ca. 2.600, ab 1.1.1990 ca. 3.900 und ab 1.1.1995 ca. 5.200 Stellen für Ärzte im Praktikum benötigt, die in Krankenhäusern, ärztlichen Praxen etc. geschaffen werden müssen. Die Ausbildungsplätze in Krankenhäusern sollen insbesondere dadurch eingerichtet werden, daß jährlich frei werdende Arztstellen in Stellen für Ärzte im Praktikum umgewandelt werden. Da nicht davon auszugehen ist, daß alle notwendig werdenden AiP-Plätze kostenneutral durch Umwandlung von Assistenzarztstellen geschaffen werden können, sollte das Land die finanzielle Voraussetzung dafür schaffen, um ggf. weitere AiP-Plätze zu finanzieren. Die Krankenhausträger sind nicht in der Lage, zusätzliche Belastungen zu tragen.

Auch bei der Zuweisung von Aufgaben der Ausbildung ist eine Zustimmung des Krankenhausträgers erforderlich.

8. Verband der Ortskrankenkassen, 10/948

zugleich im Namen

- des AOK-Landesverbandes Westfalen-Lippe,
- des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Bezirksausschuß Westfalen-Lippe,
- der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Krankenkasse,
- der Bundesknappschaft.

Der Entwurf der Landesregierung sieht zwar die Gewährleistung einer abgestuften Krankenhausversorgung vor (§ 13 Abs. 3), jedoch wurde eine Bezeichnung der Versorgungsstufen nicht vorgenommen und Zuordnungskriterien nicht aufgeführt. Daraus folgt, daß sich der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser zukünftig aus dem Feststellungsbescheid

zur Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen ergibt. Die so beabsichtigte Regelung findet die Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen.

Nach § 16 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung haben die Vertragspartner bei der Pflegesatzvereinbarung auch die Kosten- und Leistungsentwicklung des jeweiligen Krankenhauses zu berücksichtigen. Dies war in der Vergangenheit wegen fehlender inhaltlicher Definitionen der Versorgungsstufen kaum zu verwirklichen. Krankenhäuser der Grundversorgung konnten dadurch vielfach nicht daran gehindert werden, Leistungen zu erbringen, die Krankenhäuser der Spitzenversorgung vorbehalten waren. Durch diese Praxis sind für die Kostenträger erhebliche Mehrbelastungen entstanden, weil in der Spitzenversorgung bedarfsgerecht vorgehaltene Kapazitäten unzureichend genutzt werden und damit zwangsläufig zu Unwirtschaftlichkeiten führen.

Wir sehen es deshalb als erforderlich an, daß der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser in den einzelnen Fachabteilungen begrenzt wird auf die Inhalte der Gebiete und Teilgebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte. Dies würde dann bedeuten, daß ein Krankenhaus jede allgemeine medizinische Leistung erbringen kann, die zum - im Bedarfsplan ausgewiesenen - Gebiet bzw. Teilgebiet gehört. Zusätzliche Spezialitäten oder Besonderheiten, die das Krankenhaus durchführen darf, müßten in dem Feststellungsbescheid gesondert ausgewiesen werden. Für Fälle, bei denen die Abgrenzung zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen auf Schwierigkeiten stößt, müßten vom geplanten Landesausschuß (§ 14) ggf. Rahmenempfehlungen erarbeitet werden (§ 14 Abs. 2).

Zur Umsetzung dieser Überlegungen müßte in § 2 Abs. 1 des Gesetzes ein neuer Satz 2 eingefügt werden: "Hierbei ist das Leistungsangebot der Krankenhäuser in den einzelnen Fachabteilungen begrenzt auf die Inhalte der Gebiete und Teilgebiete der Weiterbildungsordnung für Ärzte."

Außerdem müßte § 15 Abs. 1 Nr. 6 nach dem Wort Bettenzahl um folgenden Klammerhalbsatz ergänzt werden: "(Gebiete und Teilgebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte)."

10. Ärztekammer Nordrhein, 10/931

Wir fordern

- eine weitgehende Regionalisierung der Planung (Abs. 1)
- die Ersetzung der Worte "Abteilungen mit der Bettenzahl" in Abs. 2 Satz 1 durch die Worte "Zahl und Art der Abteilungen".

a) Ärztekammer als "unmittelbar Beteiligte"

Wir bitten, die Ärztekammern unter den "unmittelbar Beteiligten" aufzuführen, wie das zum Beispiel auch in Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland geschehen bzw. vorgesehen ist.

b) Rechte der "sonstigen Beteiligten"

Wir bitten, in Absatz 4 den letzten Satz zu streichen.

Ein "gemeinsamer Vorschlag" der sonst Beteiligten ist unrealistisch, solange nicht klar ist, wie ein solcher

angesichts oftmals widerstreitender Standpunkte herbeigeführt werden kann.

11. Ärztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Auf die Ausführungen im allgemeinen Teil dieser Stellungnahme darf hingewiesen werden. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe würde es begrüßen, wenn die Bedarfsplanung weitestgehend regionalisiert würde. Die Worte "Abteilungen mit der Bettenzahl" in Abs. 2 Satz 1 sollten durch die Worte "Zahl und Art der Abteilungen" ersetzt werden.

14. Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Wir wiederholen an dieser Stelle unsere bereits vorgetragene Forderung, daß ergänzend zum Krankenhausplan ein gesonderter Landespsychiatriebedarfsplan unter Einbeziehung der stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Einrichtung erstellt werden muß.

Zu Abs. 5

Das Land muß die Sach- und Personalkostenfinanzierung sicherstellen, um zu gewährleisten, daß der erforderliche Personalbedarf für Ausbildungs- und Leitungsaufgaben auf der Grundlage der Berufsgesetze (z.B. Krankenpflegegesetz) gedeckt wird. Hierzu bietet sich u.U. die von uns wiederholt geforderte Verabschiedung einer Ausbildungsstättenkostenausgleichsverordnung an.

Die DAG begrüßt die ortsnahe Versorgung. Hier sollte nicht vergessen werden, daß das Betreiben von psychisch-stationären Einheiten in Akutkrankenhäusern aber an eine

sachgerechte personelle (Pflegedienst, MED, wiss. Dienst) und technische Ausstattung gebunden sein muß.

Zu bedauern ist hier jedoch der Tatbestand, daß eine länderübergreifende Koordinierung nicht vorgesehen ist. Hier müßte überprüft werden, ob bei der Krankenhausplanung für die einzelnen Versorgungsgebiete nicht Absprachen mit benachbarten Bundesländern möglich und zweckmäßig sind. Die DAG vermißt im Zusammenhang mit den Bestimmungen des § 13 die Vorgabe von Bedarfsdeterminanten.

Faktoren wie Morbidität der Bevölkerung, Häufigkeit der Krankenhauseinweisung und erforderliche Verweildauer müssen nach unserer Auffassung in die Planung mit einbezogen werden.

Es wird auf die beiliegende Stellungnahme der DAG zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung II 1. Seite 8 verwiesen.

Hinsichtlich Abs. 4 (Zuweisung von Aufgaben der Ausbildung) meinen wir, daß hierzu die Mitbestimmung bzw. die Mitwirkung der jeweiligen Personalvertretung unverzichtbar ist.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Wenn das Land Krankenhäusern Aufgaben der Ausbildung zuweist (Absatz 5), ist auch vom Land die Finanzierung der damit verbundenen Kosten sicherzustellen. Eine entsprechende Ergänzung des Gesetzes ist nach Meinung des Hartmannbundes notwendig, andernfalls werden die Vorschriften

in § 11 KHG durch das Landesgesetz nicht ausgefüllt. In diesem § 11 KHG über die landesrechtlichen Vorschriften über die Förderung wird vorgeschrieben, daß das Nähere zur Förderung durch Landesrecht bestimmt wird. Wenn eine gesetzliche Vorschrift über die Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens im Landesrecht verankert wird, muß die Finanzierung gewährleistet sein, soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen. Der Hartmannbund weist in diesem Zusammenhang auf seine Stellungnahme vom 28.2.1986 hin.

Stellungnahme vom 28.2.1986:

Wenn es schon möglich erscheint, dem Krankenhaus auch Aufgaben der Aus-, Fort- und Weiterbildung zuzuweisen - und zwar nach dem Krankenhausplan -, dann muß das Land die Finanzierung sicherstellen, soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen. Absatz 4 muß also ergänzt werden:

"Das Land hat die Finanzierung sicherzustellen, soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen."

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Der Marburger Bund hält es nicht für richtig, die Bettenzahl der einzelnen Abteilungen im Krankenhausplan festzulegen. Es sollte nur die Gesamtbettenzahl eines Krankenhauses verbindlich vorgeschrieben werden. Der Krankenhausträger muß zumindest in einem bestimmten Rahmen die Möglichkeit haben, die Betten kurzfristig nach dem jeweiligen Bedarf unter den Abteilungen anders zu verteilen.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Kranken-
anstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Zu Abs. 2

Satz 1 sollte wie folgt neu formuliert werden:

"Der Krankenhausplan hat den Stand und die ... erforderlichen Krankenhäuser nach Versorgungsgebiet, Versorgungsstufen, Standort, Bettenzahl und Fachrichtungen auszuweisen."

Diese Formulierung beinhaltet eine klare Gliederung des Krankenhausplanes und gibt dem Krankenhaus die erforderliche Flexibilität für eine eigenverantwortliche Betriebsführung.

§ 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 4

Wenn überhaupt Arbeitnehmerorganisationen berücksichtigt werden sollen, ist die vorgeschlagene Regelung willkürlich, da es eine Vielzahl weiterer Organisationen gibt. Im übrigen wäre ein derart großer Kreis Beteiligter erfahrungsgemäß nur beschränkt arbeits- und beschlußfähig.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Die katholische Kirche erhebt Einspruch dagegen, daß sie im Landesausschuß für Krankenhausplanung nicht unmittelbar beteiligt ist. Sie tut dies nicht nur deswegen, weil

sie der größte Krankenhausträger im Lande ist, sondern auch aus grundsätzlichen Erwägungen. Das katholische Krankenhauswesen ist für die Kirche und ihre Organisationen nicht die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben der Gesundheitsfürsorge in freier Trägerschaft, sondern eine Wesens- und Lebensäußerung, die ihrem Selbstverständnis entspricht. Es ist daher nicht nur vorstellbar, sondern geradezu zu erwarten, daß die Gesichtspunkte, die die Kirche bei der Erstellung des Krankenhausplans einzubringen hat, andere sein könnten als die der Krankenhaugesellschaft.

Daher ist der Text des Gesetzes insoweit zu ändern, als die für die Seite der Krankenhäuser bzw. ihrer Träger zu benennenden sieben Vertreter nicht Vertreter der Krankenhaugesellschaft (die ein freier Zusammenschluß der die Krankenhäuser vertretenden Vereinigungen im Lande ist) sein können, sondern Vertreter der Krankenhausträger durch die sie vertretenden Spitzenverbände im Lande sein müssen. Daher ist diesen Spitzenverbänden bzw. den durch sie vertretenen Trägern auch ein eigenständiges Recht zur Benennung einzuräumen. Die katholische Kirche ist, auch als größter Krankenhausträger im Lande, aus grundsätzlichen Erwägungen nicht bereit, einen solchen Anspruch auf eine eigenständige Vertretung zurückzustellen oder sich gar vorschreiben zu lassen, wer sie zu vertreten habe.

Sodann haben wir gegen Abs. 4 das Bedenken, daß DAG, ÖTV und Marburger Bund als Beteiligte an der Krankenhausversorgung aufgeführt sind, nicht aber die Verbände der kirchlichen Bediensteten, wie der Kath. Berufsverband für Pflegeberufe e.V., die Caritas-Schwesternschaft oder die Arbeitsgemeinschaft krankenpflegender Ordensleute

Deutschlands. Auch sie sind zu beteiligen. Dies gilt umso mehr, als ein Großteil von ihnen nicht in den genannten drei Organisationen vertreten ist. Wenn die Mitarbeiter beteiligt werden, was wir ausdrücklich begrüßen, kann dies nicht von der Organisation in bestimmten Gruppen abhängig gemacht werden. Damit wäre der Gleichheitsgrundsatz eklatant verletzt.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Zu Abs. 1 Nr. 1

Wir bitten nachdrücklich, hier folgende Fassung vorzusehen:

"Sieben Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und der Spitzenverbände der Krankenhäuser."

Der Krankenhausgesellschaft kann nach ihrer Struktur und Satzung kein Alleinvertretungsanspruch für die Krankenhausträger zugeschrieben werden. Einen solchen Anspruch hat die Krankenhausgesellschaft auch nie erhoben. Die unterschiedlichen humanitären und religiösen Motive der Trägergruppen der Freien Wohlfahrtspflege kommen nur über die Spitzenverbände zur Geltung. Da der Grundsatz der Trägervielfalt unbestrittene Grundlage der Krankenhausgesetzgebung und auch des vorliegenden Regierungsentwurfes ist (vgl. § 1 Absatz 3), müssen logischerweise auch die Spitzenverbände als satzungsrechtlich primär legitimierte Vertreter ihrer Mitgliedskrankenhäuser genannt werden. Es folgt auch aus dem Grundrecht der Vereinigungsfreiheit (Artikel 9 GG) und dem Gedanken der Selbstverwaltung, daß diejenigen Vereinigungen Vertreter entsenden, die nach

der Bevollmächtigung, der Verfassung und dem Selbstverständnis der Träger dafür vorgesehen sind. Außerdem wird durch die vorgesehene Bestimmung dem Gewicht Rechnung getragen, das die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege als Krankenhausträgerverbände in Nordrhein-Westfalen haben.

Zu Abs. 4 Nr. 4 bis Nr. 6

Die Aufzählung dieser Beteiligten als Arbeitnehmerorganisation erscheint willkürlich. Wenn die DAG, die ÖTV und der Marburger Bund beteiligt werden, dann müssen aus sachlichen Erwägungen ebenso krankenhausesbezogene berufsständische Verbände, wie z.B. Verbände der Mitarbeiter im Pflegedienst (Schwesternverbände) sowie die Fachvereinigung der Krankenhausverwaltungsleiter oder kirchliche Mitarbeiterverbände genannt werden.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Zu Abs. 4 Ziff. 3

Während der Nordrhein-Westfälische Städte- und Gemeindebund sowie der Städtetag Nordrhein-Westfalen eine Beteiligung aller kommunaler Gebietskörperschaften fordern, spricht sich der Landkreistag Nordrhein-Westfalen nur für eine Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte aus. Der Städtetag NW gibt zu bedenken, zumindest die großen kreisangehörigen Städte zu beteiligen.

Begründung:

Die Krankenhausversorgung ist für die kreisangehörigen Städte von so elementarer Bedeutung, daß sie beteiligt werden sollten. Die Beteiligung korrespondiert mit der

Verpflichtung in § 2 Abs. 3. Der Landkreistag NW befürchtet, daß das Beteiligungsverfahren dadurch zu kompliziert wird.

Zu Abs. 6

Die in Abs. 6 vorgesehene Anhörung der Beteiligten und der betroffenen Krankenhäuser ist zu schwach, um die gebotene enge Zusammenarbeit zu gewährleisten. Die Mitwirkung sollte insofern verstärkt werden, als einvernehmliche Regelungen anzustreben sind.

Zu Abs. 4 Satz 3

Mit dem hier vorgeschlagenen Verfahren wird es angesichts des großen Kreises der Beteiligten kaum möglich sein, für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Verteilung des durch die Rahmenplanung vorgegebenen Bedarfs an Krankenhausbetten auf die Krankenhäuser zu unterbreiten. Wir halten es eher für sinnvoll, hierfür auf regionaler Ebene - wie z.B. der Versorgungsgebiete - dem Landesausschuß entsprechende Zusammenschlüsse zu schaffen. Darin sollte die öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger entsprechend dem Anteil ihrer Planbetten in der jeweiligen Region vertreten sein. Dabei müßten die kommunalen Gebietskörperschaften unabhängig davon, ob sie Krankenhausträger sind, mit mindestens je einem Sitz mitberücksichtigt werden.

7. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 10/941

Bereits in seiner Stellungnahme zum ersten Referentenentwurf hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe vorgeschlagen, auf die bisherige Form der Bedarfsplanung für die Psychiatrie in Form von überregionalen Zielplankonfe-

renzen nicht zu verzichten, da die psychiatrischen Fachkrankenhäuser des LWL nach wie vor überregionale Versorgungsaufgaben wahrnehmen und somit sich die Versorgungslandschaft im Bereich der Psychiatrie insgesamt ändert, wenn regionale Platzkapazitäten verändert werden. Mit der Vorlage des Regierungsentwurfs steht nunmehr eindeutig fest, daß auf überregionale Zielplankonferenzen seitens des Landes verzichtet werden soll.

Vor diesem Hintergrund hält der Landschaftsverband Westfalen-Lippe eine Aufnahme der beiden Landschaftsverbände in den Kreis der unmittelbar Beteiligten und damit die Vertretung beider Landschaftsverbände im Landesausschuß für zwingend geboten, soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind.

Zwar liegt die Gesetzgebungs- und Planungskompetenz für die psychiatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen beim Land. Gleichwohl sind die beiden Landschaftsverbände in vielfacher Weise betroffen. So ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe der größte Träger psychiatrischer Einrichtungen in diesem Landesteil. Die von ihm getragenen Krankenhäuser werden auch nach Abschluß der Regionalisierung der stationären psychiatrischen Versorgung Versorgungsgebiete abzudecken haben, die über die dem Krankenhausbedarfsplan zugrunde liegenden Versorgungsgebiete hinausgehen. Dies gilt insbesondere für die Westf. Landeskrankenhäuser in Münster, Dortmund, Gütersloh und Warstein. Für die Fachkrankenhäuser der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marsberg, Marl-Sinsen und Hamm gilt dieser überregionale Versorgungsauftrag in besonderem Maße. Ähnliches gilt für die Suchtfachkrankenhäuser in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

Den Landschaftsverbänden obliegt darüber hinaus die gesetzliche Verpflichtung zur Sicherstellung der Unterbringung von psychisch Kranken aufgrund des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten - PsychKG NW -. Die Landschaftsverbände sind zwar zunehmend dazu übergegangen, auch diesen Teil der Pflichtversorgung durch Versorgungsverträge mit den psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu regionalisieren. Gleichwohl bleibt ihre grundsätzliche Zuständigkeit insoweit aufrechterhalten.

Als überörtliche Träger der Sozialhilfe sind die Landschaftsverbände darüber hinaus zuständig für die Hilfen in besonderen Lebenslagen, soweit diese in Krankenhäusern, Anstalten, Heimen oder Einrichtungen zur teilstationären Betreuung zu gewähren sind. Angesichts dieser nach wie vor gegebenen überregionalen Aufgabenstellung der Krankenhäuser der beiden Landschaftsverbände sollte daher unter § 14 Abs. 1 um eine Ziffer 4 ergänzt werden, die lautet:

"4. Je ein Vertreter der beiden Landschaftsverbände, soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind."

8. Verband der Ortskrankenkassen, 10/948

zugleich im Namen

- des AOK-Landesverbandes Westfalen-Lippe,

- des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,

- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Bezirksausschuß Westfalen-Lippe,
- der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Krankenkasse,
- der Bundesknappschaft.

Die Landesverbände der Krankenkassen sehen das dringende Erfordernis, bei der Fortschreibung des Krankenhausplans ebenso mitzuwirken wie bei der Aufstellung. Es wird deshalb angeregt, in § 14 Abs. 1 im ersten und letzten Satz jeweils hinter dem Wort "Aufstellung" die Worte "und Fortschreibung" einzufügen. § 14 Abs. 6 des Gesetzentwurfs sollte folgende Fassung erhalten:

"Unbeschadet der laufenden Fortschreibung des Krankenhausplans können die Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung die Fortschreibung des Krankenhausplans oder von Teilen davon beantragen. Der Landesausschuß für Krankenhausplanung hat hierüber zu beraten und einen Vorschlag zur Fortschreibung zu erarbeiten. Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören."

Eine solche Ergänzung halten wir deshalb für dringend erforderlich, weil nach dem alten Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen lediglich den Krankenhausträgern ein Antragsrecht zugebilligt war. Dies hat sich bei einzelnen Krankenhäusern hemmend auf eine Anpassung der Bettenkapazität an den tatsächlichen Bedarf ausgewirkt.

9. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Landesaus-
schuß Nordrhein-Westfalen, 10/935

Positiv bewertet der Verband die in § 14 des Gesetzentwurfs vorgesehene Bildung eines Landesausschusses für Krankenhausplanung bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister, dem neben Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und der kommunalen Spitzenverbände auch ein Vertreter des Landesausschusses der privaten Krankenversicherung als unmittelbar Beteiligter angehört.

11. Ärzttekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bittet unter den "unmittelbar Beteiligten" aufgeführt zu werden, wie das zum Beispiel auch in Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland geschehen bzw. vorgesehen ist.

In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, daß auch der Landesverband der leitenden Krankenhausärzte NW, Düsseldorf, eine Tariffähigkeit geltend macht.

Der letzte Satz in Absatz 4 sollte gestrichen werden; ein gemeinsamer Vorschlag der sonstigen Beteiligten erscheint

unrealistisch, solange nicht klar ist, wie ein solcher angesichts oftmals widersprüchlicher Standpunkte herbeigeführt werden kann.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Die Einbeziehung der Bezirksleitungen der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr in den Kreis der Beteiligten an der Krankenhausversorgung wird ausdrücklich begrüßt. Nur durch diese Beteiligung können die Belange des Personals der Krankenhäuser Berücksichtigung finden.

14. Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Bei den an der Krankenhausversorgung Beteiligten nach Abs. 4 ist für diesen Kreis die Mitbestimmung auf die Aufstellung der Investitionsprogramme zu erweitern, sofern es sich nicht ohnehin um die erklärte Absicht hierbei handelt.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Entsprechend der grundsätzlichen Stellungnahme der DAG zum Krankenhausfinanzierungsgesetz möchten wir auch in diesem Zusammenhang die Forderung erheben, daß Krankenhauspläne von den Ländern nur im Einvernehmen mit den Verbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande erstellt und der Entwicklung angepaßt werden dürfen.

Auch in diesem Zusammenhang dürfen wir auf die beiliegende Stellungnahme zur Neuordnung zur Krankenhausfinanzierung, insbesondere unter II 2. und 3. (Seite 9 und 10) verweisen.

Wir verkennen allerdings nicht, daß der Versuch bereits mit den nach Abs. 4 Beteiligten eine Einigung zu erzielen, über die Vorschrift des § 7 KHG hinausgeht.

17. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 10/932

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe vertritt ca. 6.000 niedergelassene Kassenärzte, zu deren Aufgabe es u.a. gehört, Patienten, sofern erforderlich, einer stationären Behandlung zuzuführen. Auf der anderen Seite nehmen zusätzlich etwa 1.200 Krankenhausärzte an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung im Wege einer Beteiligung oder Ermächtigung teil. Daraus ergibt sich eine Vielzahl von Problemstellungen, die es geboten sein lassen, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe in den Kreis der Beteiligten aufzunehmen.

Die Notwendigkeit einer generellen Beteiligung ist außerdem durch die größere Anzahl von Belegabteilungen in den einzelnen Krankenhäusern, die von niedergelassenen Kassenärzten betreut werden, gegeben.

Es wird daher um Aufnahme in den Kreis der "Beteiligten" ohne den einschränkenden Zusatz "soweit es sich um medizinisch-technische Großgeräte handelt", analog der übrigen Beteiligten, gebeten.

In der Vergangenheit ist so verfahren worden, daß auch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe bei beabsichtigten Veränderungen im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung um schriftliche Stellungnahme gebeten wurde, obwohl eine gesetzliche Grundlage für diese Einbeziehung nicht gegeben war.

Nach dem der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vorliegenden Entwurf des Krankenhausgesetzes muß davon ausgegangen werden, daß auch diese Form der Einbeziehung in die Krankenhausbedarfsplanung nicht mehr erfolgen wird.

Wir möchten daher nochmals unsere Bitte wiederholen, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe ohne Einschränkung generell in den Kreis der an der Krankenhausversorgung "Beteiligten" aufzunehmen.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Zu den unmittelbar Beteiligten gehören auch die Ärztekammern; sie sollten nach Meinung des Hartmannbundes im Gesetz ausdrücklich in Abs. 1 genannt werden. Es genügt insbesondere nicht, diese ärztlichen Organisationen lediglich als "Beteiligte" (Abs. 4) aufzuführen, die Vorschläge im Sinne des Abs. 2 unterbreiten können. Die "Beträchtigung" dieser Vorschläge gewährleistet nicht, daß "einvernehmliche Regelungen" mit dem Landesausschuß (nach Abs. 1) zustande kommen.

Schließlich steht das bloße Anstreben von einvernehmlichen Regelungen ohnehin nicht im Einklang mit dem Grund

satz nach § 1 des Gesetzes. Nach Meinung des Hartmannbundes sind einvernehmliche Regelungen zu erarbeiten und nicht nur anzustreben. Auch bloße Anhörungen, wie sie in Abs. 4 vorgeschrieben sind, führen bei der tatsächlichen Umsetzung des Grundsatzes, die patientengerechte Versorgung mit leistungsfähigen, sparsam wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen, nicht weiter.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Nach Ansicht des Marburger Bundes müßten die Ärztekammern aus dem Kreis der nur "Beteiligten" (Abs. 4) herausgenommen und in den Kreis der "unmittelbar Beteiligten" (Abs. 1) aufgenommen werden. Von der Willens- und Meinungsbildung im Landesausschuß sollte die Ärzteschaft nicht ausgeschlossen sein.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., 10/940

An der Krankenhausversorgung sollen gemäß Abs. 4 neben den unmittelbar Beteiligten verschiedene Verbände und Körperschaften beteiligt werden. Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. ist hier nicht aufgeführt. Wie eingangs bereits ausgeführt, ist der Verband die relevante Vertretung der Berufsgruppe der leitenden Krankenhausärzte. Seine Mitwirkung, insbesondere sein Fachwissen bei der Bedarfsplanung für die Krankenhausversorgung ist unverzichtbar. Der Verband fordert also nachdrücklich seine Aufnahme in den Kreis der Beteiligten.

§ 14 des jetzt in die parlamentarische Beratung gehenden Entwurfes des neuen KHG NW bezeichnet die am Krankenhaus "unmittelbar Beteiligten", die dem Landesausschuß für Krankenhausplanung angehören, und die an der Krankenhausversorgung "Beteiligten", die von der zuständigen Behörde in Sachen Krankenhausplanung zu hören sind. Mir ist nun aufgefallen, daß weder bei den "unmittelbar Beteiligten" noch bei den "Beteiligten" der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Landesverband Nordrhein-Westfalen, aufgeführt ist.

Es würde m.E. nur der Sache dienlich sein, wenn dem Landesausschuß für Krankenhausplanung (unmittelbar Beteiligte) in § 14.1 KHG NW unter Ziffer 4 ein Vertreter des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte (Teersteegenstr. 9, 4000 Düsseldorf 30) angehören würde. Sollten gegen eine solche Regelung Bedenken bestehen - die ich allerdings nicht sehe - dann wäre es aber doch dringend geboten, den Verband der leitenden Krankenhausärzte in § 14.4 KHG NW unter Ziffer 9 in den Kreis der an der Krankenhausversorgung Beteiligten einzureihen.

Der Vollständigkeit halber erlaube ich mir anzuführen, daß der Landesverband Nordrhein-Westfalen des Marburger Bundes, d.h. des Verbandes der angestellten Ärzte, also der nachgeordneten und meistens nur kürzere Zeit am Krankenhaus tätigen Ärzte, in § 14.4 unter Ziffer 6 in der Liste der an der Krankenhausversorgung Beteiligten bereits vertreten ist. Der Ordnung halber erlaube ich mir weiterhin hinzuzufügen, daß der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands u.a. auch ein tariffähiger Verband ist.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Gemäß § 14 Abs. 5 wird beim Verfahren zur Aufstellung der Krankenhauspläne dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister das völlig uneingeschränkte Recht der Letztentscheidung eingeräumt; weder inhaltlich noch verfahrensrechtlich wird dieses Recht in irgendeiner Weise beschränkt. Effektiver Einfluß des Landesausschusses für Krankenhausplanung bei der Aufstellung der Krankenhauspläne ist somit nur dann gegeben, wenn der Minister letztlich mit den Beratungsergebnissen einverstanden ist und ihnen zustimmt. Von der geforderten sehr weitgehenden Form der Mitwirkung kann kaum die Rede sein, wenn die Entscheidungsbefugnis im Ergebnis immer allein beim Minister liegt und dieser an die Vorschläge des Landesausschusses für Krankenhausplanung in keiner Weise gebunden ist; zweckmäßige und sachdienliche Planungsvorschläge des Landesausschusses könnten daher aus vielfältigen Überlegungen selbst dann verworfen werden, wenn sie von allen Ausschußmitgliedern einstimmig getragen werden.

Insgesamt sollte den Vorschlägen des Landesausschusses für Krankenhausplanung mehr Gewicht gegeben werden, damit in weitgehender Übereinstimmung gefundene Lösungen der unmittelbar Betroffenen stärker berücksichtigt werden. Unmittelbar von der Krankenhausplanung betroffen sind vor allem die Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen. Deshalb gehören deren Vertreter - neben den Vertretern der kommunalen Spitzenverbände - als unmittelbar Beteiligte dem Landesausschuß für Krankenhausplanung an. Krankenhausträger und Krankenkassen sind letztlich die Partner von Angebot und Nachfrage im Krankenhausbe-

reich. Deshalb müssen ihnen wirksamere Einflußmöglichkeiten auf die Planungsentscheidungen gesichert werden. Damit würde auch dem Gedanken der Selbstverwaltung mehr Rechnung getragen.

Das Mitwirkungsrecht des Landesausschusses sollte sich nicht nur auf die Aufstellung, sondern in inhaltlich gleicher Weise auch auf die Fortschreibung der Krankenhauspläne erstrecken (vgl. § 14 Abs. 6). Darüber hinaus sollte den Mitgliedern des Landesausschusses ein eigenes Antragsrecht zur Fortschreibung der Krankenhauspläne oder von Teilen davon eingeräumt werden.

Abweichend vom bisher geltenden Recht sollen nach § 14 Abs. 4 die DAG und die Gewerkschaft ÖTV sowie der Marburger Bund zu den an der Krankenhausversorgung Beteiligten gehören. Eine sachliche Begründung hierfür fehlt.

Gegen diese Regelung bestehen erhebliche Bedenken; sie sollte ersatzlos entfallen. Zweck des Gesetzentwurfs ist - wie in § 1 sowie an anderer Stelle (z.B. § 29 Abs. 1) hervorgehoben - die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern. Angesichts der vorhandenen Überkapazität an Krankenhausbetten ist ein weiterer Abbau nicht bedarfsnotwendiger Bettenkapazität zwingend erforderlich. Damit stehen die vorgenannten Organisationen bei ihren Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung und Investitionsförderung (vgl. § 17 Abs. 2) in einem besonderen Interessen- und Wertungskonflikt.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 4

Als Beteiligte an der Krankenhausversorgung ist "die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten, Landesgruppe Nordrhein-Westfalen" zu ergänzen.

Die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten widmet sich satzungsgemäß der Förderung des Krankenhauswesens. Dabei verfolgt sie keine politischen, wirtschaftlichen, gewerkschaftlichen oder konfessionellen Ziele. Ihre Arbeit ist sachbezogen auf die Weiterentwicklung des Krankenhauswesens gerichtet, was durch ihre zahlreichen Veröffentlichungen zu Krankenhausthemen und ihre Weiterbildungsarbeit dokumentiert wird.

Demgegenüber ist zu fragen, inwieweit Gewerkschaften wie die ÖTV, die DAG und der Marburger Bund, Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind.

23. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), 10/945

Ergänzung:

Nach Abs. (4) 5. sollte eingefügt werden "Krankenpflegeverbände".

Begründung:

Die Krankenpflege ist an der Krankenhausversorgung der Bevölkerung unmittelbar beteiligt und sollte ebenfalls (mit gleichem Recht wie die Gewerkschaften!) gehört werden.

Zu § 15 Aufnahme in den Krankenhausplan

=====

1. Krankengesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt folgende Ergänzung vor:

"...der Feststellungsbescheid über die Aufnahme muß enthalten..."

"10. Die für eine inhaltliche oder zeitliche Beschränkung der Einzelfestlegungen maßgebenden Gründe."

Begründung:

Eine Angabe der Gründe, die im Einzelfall zu einer inhaltlichen oder zeitlichen Beschränkung der Festlegungen im Sinne des § 13 Abs. 2 Satz 2 führen, ist aus Sicht des Krankenhauses erforderlich, um die einschränkende Entscheidung nachvollziehen und ggf. überprüfen zu können.

Zu Abs. 2

Satz 3 bis 4 gehören sachlich und inhaltlich zu § 30 (Rückforderung von Fördermitteln) des Entwurfs und sollten dort eingebunden werden. Im Satz 3, letzter Halbsatz, sollte das Wort "wenn" durch "soweit" ersetzt werden. Wir verweisen insoweit auf unsere Stellungnahme zu § 30 des Gesetzentwurfes.

Zu Abs. 3

Die fachabteilungsbezogene Anzeigepflicht ist überflüssig, da die zuständige Landesbehörde den Kosten- und Leistungsnachweis mit Angaben über die Belegung der einzel-

nen Fachabteilungen erhält. Wenn überhaupt, sollte sich die Meldepflicht nur auf die Belegung des gesamten Krankenhauses beschränken. Die auf die Belegung der Fachabteilungen abgestellte Anzeigepflicht ist auch vor dem Hintergrund einer flexiblen Bettennutzung unzweckmäßig. Darüber hinaus läßt sich in bestimmten Abteilungen, wie z.B. Kinderabteilungen, eine Belegung von 75 % dauerhaft nicht erzielen.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Absatz 1 Ziffer 2 halten wir für eine wenig sinnvolle Bestimmung, weil durchaus denkbar ist, daß ein Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft seinen Namen, die Rechtsform, den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses verändert, ohne daß sich im tatsächlichen Umfang der Krankenhausversorgung Änderungen ergeben. Daher melden wir auch Bedenken gegen Abs. 2 Satz 3 an, weil danach die Fördermittel auch dann einbehalten werden könnten, wenn der kirchliche Krankenhausträger aus Gründen, die der Ordnung seiner eigenen Angelegenheiten zugehören, Änderungen an den Tatbeständen von Absatz 1 Nr. 2 vornimmt.

Ebenfalls erheben wir Bedenken gegen Absatz 3, mindestens gegen den Teil "...oder in einzelnen Abteilungen...". Es ist aus der Praxis leicht nachzuweisen, daß in bestimmten Abteilungen sehr wohl Situationen entstehen können, die eine 75 %ige Auslastung nicht gewährleisten, obwohl die Betten vorgehalten werden müssen (z.B. in pädiatrischen Abteilungen). Man sollte nicht übersehen, daß eine solche Regelung im Zweifel auch zu einer unerwünschten Verlängerung der Verweildauer führen könnte.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Zu Abs. 3

Es sollte bei dem bisherigen Text des § 14 Abs. 4 verbleiben:

"Unterschreitet die durchschnittliche Ausnutzung der Krankenhausplanbetten nicht nur vorübergehend 75 %, hat das Krankenhaus dies anzuzeigen."

Darüber hinaus sollte der Halbsatz "und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten" gestrichen werden.

Begründung:

Es kann allenfalls auf die Belegung des gesamten Krankenhauses abgestellt werden, nicht aber auf die der einzelnen Fachrichtungen und Abteilungen. Eine flexible Nutzung von Betten anderer Abteilungen muß möglich sein, wenn die betreffenden Abteilungen voll belegt sind. Eine wirtschaftliche Führung des Krankenhauses wird sonst erheblich erschwert.

Für den letzten Halbsatz in Absatz 3 besteht kein gesetzlicher Regelungsbedarf. Hier ist die enge Zusammenarbeit von Land und Krankenhausträger gefordert.

8. Verband der Ortskrankenkassen, 10/948

zugleich im Namen

- des AOK-Landesverbandes Westfalen-Lippe,
- des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Bezirksausschuß Westfalen-Lippe,
- der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Krankenkasse,
- der Bundesknappschaft.

Außerdem müßte § 15 Abs. 1 Nr. 6 nach dem Wort Bettenzahl um folgenden Klammerhalbsatz ergänzt werden: "(Gebiete und Teilgebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte)."

9. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Landesaus-
schuß Nordrhein-Westfalen, 10/935

Anreiz zu einer unerwünschten Verweildauerverlängerung dürfte die beabsichtigte Regelung in § 15 Abs. 3 des Ent-

wurfs sein, wonach ein Krankenhaus, sofern es die 75 %ige Belegung einer einzelnen Abteilung unterschreitet, mit der Reduzierung seiner Bettenzahl und infolgedessen mit einem Entzug von Fördermitteln rechnen muß. Ein Krankenhaus, das durch Begrenzung seiner Bettenzahl einen Beitrag zur Kostendämpfung leistet, sollte dafür nicht durch den Wegfall der Förderung bestraft werden.

10. Arztekammer Nordrhein, 10/931

Wir bitten, § 15 Abs. 1 Nr. 6 wie folgt zu formulieren:

"die Zahl und Art der Abteilungen"

Die Bettenzahl sollte im Feststellungsbescheid nicht für jede einzelne Abteilung starr festgelegt, sondern nur für das Krankenhaus als ganzes angegeben werden.

Aus denselben Überlegungen heraus bitten wir, in Absatz 3 die Worte "oder in einzelnen Abteilungen" zu streichen.

Die Auslastung der Krankenhausabteilungen ist unterschiedlich über das Jahr hinweg. Je mehr Spezialitäten vorgehalten werden, desto weniger kann für die einzelne Abteilung eine gleichmäßige Durchschnittsbelegung erwartet werden. Deshalb sollte die Durchschnittsbelegung nicht an der einzelnen Abteilung, sondern am Krankenhaus insgesamt bemessen werden, um einen möglichen Ausgleich der Bettenbelastung zwischen den Abteilungen flexibel zu ermöglichen.

11. Arztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Wir verweisen auf die Ausführungen im allgemeinen Teil dieser Stellungnahme und bitten § 15 Abs. 1 Nr. 6 wie folgt zu formulieren:

"die Zahl und Art der Abteilungen"

Die Bettenzahl sollte im Feststellungsbescheid nicht für jede einzelne Abteilung starr festgelegt, sondern nur für das Krankenhaus als ganzes angegeben werden.

Aus den gleichen Überlegungen heraus bitten wir, in Absatz 3 die Worte "oder in einzelnen Abteilungen" zu streichen.

Die Auslastung der Krankenhausabteilungen ist unterschiedlich über das Jahr hinweg. Je mehr Spezialitäten vorgehalten werden, desto weniger kann für die einzelne Abteilung eine gleichmäßige Durchschnittsbelegung erwartet werden. Deshalb sollte die Durchschnittsbelegung nicht an der einzelnen Abteilung, sondern am Krankenhaus insgesamt bemessen werden, um einen möglichen Ausgleich der Bettenbelastung zwischen den Abteilungen flexibel zu ermöglichen.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

In Absatz 3 letzter Halbsatz wird das Krankenhaus verpflichtet, einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder Umstrukturierung zu unterbreiten.

Dabei sollte der Umstrukturierung Vorrang beigemessen werden, z. b. zur Beseitigung von Versorgungsmängeln im Bereich der Psychiatrie, der Nachsorge sowie der Pflege Langzeitkranker.

14. Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

§ 15 Abs. 3 ist hinsichtlich der dort genannten Frist von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren auf 5 Jahre zu erweitern. Erfahrungswerte in der Krankenhauspraxis zeigen auf, daß beispielsweise durch Chefarztwechsel laufende Renovierung während des Weiterbetriebs des Krankenhauses und andere Dinge mehr ein Zwei-Jahreszeitraum als zu gering bemessen anzusehen ist.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

In Absatz 3 bitten wir zu unterscheiden zwischen der derzeit wohl nicht selten manipulierten tatsächlichen Verweildauer und einer erforderlichen Verweildauer, die möglicherweise einen viel geringeren Grad der Bettenausnutzung zu Tage treten läßt.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Hierzu ist zunächst zu wiederholen, daß die Festlegung der Bettenzahl auch für die Abteilungen (Abs. 1 Nr. 6) den Krankenhausträger zu sehr einengt. Er muß die Möglichkeit haben, Belegungsschwankungen der einzelnen Abteilungen in gewissem Rahmen durch entsprechende Zuwei-

sung der vorhandenen Betten ausgleichen zu können. Diese Änderungen unter Beibehaltung der festgelegten Gesamtbettenzahl können auch nicht von der Zustimmung der zuständigen Behörde abhängig gemacht werden, sondern sollten allenfalls anzeigepflichtig sein.

Auch Abs. 3 bedarf der Änderung. Es kann nicht auf die durchschnittliche Auslastung der einzelnen Fachrichtungen und Abteilungen abgestellt werden, da einmal die Auslastung der Krankenhausabteilung über das Jahr gesehen unter Umständen recht unterschiedlich sein kann, und zum anderen es auch Fachabteilungen gibt, die, wie z.B. die Pädiatrie, oftmals gar nicht in der Lage sind, eine jährliche Ausnutzung von 75 % zu erreichen.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Für den Fall, daß die durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 75 v.H. unterschreitet, hat gem. § 15 Abs. 3 das Krankenhaus dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten. Mit dieser Vorschrift soll ein Beitrag zum Abbau bzw. zur Umwidmung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhausbetten geleistet werden.

Diese Zielsetzung wird ausdrücklich begrüßt. Es ist allerdings auch auf mögliche Gefahren hinzuweisen: Durch diese Regelung kann nämlich gleichzeitig das Bestreben von Krankenhäusern gefördert werden, ohne tatsächliche

Notwendigkeit die erforderliche Belegzahl zu erreichen, um einer Bettenreduzierung vorzubeugen. Die Regelung in § 15 Abs. 3, eigentlich zur Kostenreduzierung gedacht, würde damit im Gegenteil der kostentreibenden nicht bedarfsgerechten Krankenhausbelegung Vorschub leisten. Gerade in diesem Zusammenhang wird daran erinnert, daß beispielsweise die Verweildauer im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich besonders hoch ist. Insgesamt sind daher weitere Überlegungen anzustellen, damit die mit der Vorschrift verfolgte Zielsetzung nicht durch Ausweichstrategien seitens der Krankenhäuser unterlaufen werden kann.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Zu Abs. 1 Ziffer 6

Entsprechend der zu § 13 Absatz 2 vorgeschlagenen Formulierung ist Ziffer 6 wie folgt zu fassen:

"6. die Zahl und Art der Fachrichtungen"

Zu Abs. 3

Dieser Absatz ist zu streichen.

Die hier geforderten Informationen über den Nutzungsgrad der Krankenhausbetten erhält die zuständige Landesbehörde bereits aus dem Kosten- und Leistungsnachweis. Für eine Veränderung der Bettenzahl kann nur der Nutzungsgrad der Betten des Hauses insgesamt in Betracht kommen.

Zu Abschnitt III

3. Evangelisches Büro, 10/943

Hinsichtlich der Bestimmungen des III. Abschnittes über die Krankenhausförderung ist grundsätzlich festzustellen, daß die Umstellung der Förderung auf eine Festbetragsfinanzierung deswegen erfreulich ist, weil dadurch eine flexiblere Handhabung möglich ist. Es wird jedoch in den kommenden Jahren darauf zu achten sein, daß genügend Mittel vorgesehen werden, die kontinuierlich und über längere Fristen gegeben werden, so daß besser geplant werden kann. Dabei muß deutlich gesehen werden, daß durch die vorgesehenen Stufungen möglicherweise das Ziel des Bettenabbaus eher erschwert wird, weil einige wenige Bettenverlust eine erhebliche Reduzierung der Fördermittel zur Folge haben können und dadurch im Einzelfalle schwierige finanzielle Probleme geschaffen werden.

Bedenken bestehen schließlich gegen die Bestimmung des § 24 Abs. 2, der nicht lediglich auf die Finanzlage des Krankenhausträgers abstellen will, sondern bei gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gesellschafter zu greifen versucht. Die Kirchen werden sich entschieden zur Wehr setzen, wenn nun auch in diesem Bereich eine Art "Sphären-Theorie" Platz greifen soll, die wir auch in anderen Bereichen für rechtswidrig halten und deswegen bekämpfen.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

In diesem Abschnitt ist insbesondere die Bestimmung des § 18 Absatz 1 insofern mißverständlich abgefaßt, als aus

ihr herausgelesen werden könnte, daß sich die Einzelförderung ausschließlich nach den "zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln" zu richten hat und demzufolge nicht der konkrete Bedarf im Einzelfall bestimmend ist für eine Förderung. Mit dieser Formulierung hat das haushaltsrechtliche Subventionsprinzip Einzug in die Krankenhausinvestitionsförderung gehalten, die bekanntlich eine aus dem Eigentumsrecht der Krankenhäuser abgeleitete Finanzierung besonderer Art darstellt. Überhaupt sind in diesem Bereich des Gesetzentwurfs Vorschriften aus dem haushaltsrechtlichen Zuwendungsbereich als *lex specialis* für die Krankenhäuser übernommen worden, die nicht in hinreichendem Maß der rechtlichen Sonderstellung entsprechen, die die Krankenhausfinanzierung kraft Bundesrechts einnimmt.

Wir haben starke Bedenken, ob das verfassungsrechtlich gewährleistete Eigentumsrecht der Krankenhäuser zur Geltung kommt bzw. durch Versagen bedarfsgerechter Förderung verletzt wird. Denn nach dem Grundsatz des dualen Finanzierungssystems müssen die Fördermittel gemäß § 9 Absatz 5 KHG so bemessen sein, daß sie die "unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken".

In Bezug auf den Abschnitt III des Gesetzes "Krankenhausförderung" nehmen wir insbesondere Bezug auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, deren Ausführungen wir uns anschließen.

Zu § 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 2

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Die Förderung wird auf Antrag gewährt,"

Begründung:

Der Begriff des Zuschusses entspricht nicht dem Rechtsanspruch auf Förderung nach dem KHG. Die Förderung nach § 9 KHG hat eine eigene Rechtsqualität und stellt keine Zuwendung im Sinne der §§ 23, 44 LHO dar.

Zu Abs. 3

Dieser Absatz sollte gestrichen werden. Es handelt sich hier um allgemeine Verfahrensfragen, die im Verwaltungsverfahrensgesetz des Landes bereits geregelt sind.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

In Abs. 3 sollte Satz 2 gestrichen werden, weil er überflüssig ist.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

In Abs. 2 sollten die Worte "in Form von Zuschüssen" gestrichen werden.

Begründung:

Eine Festlegung auf die Form der Förderung im Gesetz wird nicht für zweckmäßig gehalten. Eine Darlehnsförderung sollte durch das Gesetz nicht ausgeschlossen werden. Die Formulierung kann auch insofern mißverstanden werden, als darunter eine nicht kostendeckende Finanzierung verstanden werden kann. Die Krankenhäuser haben aber nach § 4 und § 9 Abs. 5 KHG einen Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung, indem die Investitionskosten kostendeckend im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Durch Engpässe in der Investitionsförderung ist es in den Vorjahren zu einem Investitionsstau gekommen. Es darf deshalb nicht nur auf die "Verwendung der im betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel" abgestellt werden. Die Zurverfügungstellung ausreichender Fördermittel muß im Haushaltsplan des Landes gewährleistet sein.

§ 17 Investitionsprogramm

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Zur Förderung des Krankenhausbaus wird auf der Grundlage des Krankenhausplanes von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister ein mehrjähriges Investitionspro-

gramm gemäß §§ 6 und 8 KHG aufgestellt. Darin wird die vorgesehene Verwendung der Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 im einzelnen sowie nach Nr. 2 und 3 insgesamt dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden."

Begründung:

Es sollte klargestellt werden, daß das Investitionsprogramm mehrere Jahre umfaßt. Nach der Begründung zu § 17 soll das Investitionsprogramm dem früheren Jahreskrankenhausbauprogramm entsprechen. Ein mehrjährig gestaltetes Investitionsprogramm bringt sowohl für das Land als auch die Krankenhausträger Vorteile.

In diesem Zusammenhang bedarf es auch der Klarstellung, ob es bei der bisherigen Praxis verbleibt, wonach nur Objekte mit förderungsfähigen Gesamtkosten von über 1 Millionen DM einzeln im Programm ausgewiesen werden sollen, während die anderen Objekte im Rahmen der sogenannten "Kontingente" pauschal veranschlagt sind. Nach Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sollten die Kontingente der Regierungspräsidenten beibehalten werden und eine Aufstockung der Mittel unter gleichzeitiger Erhöhung der Kostengrenze auf 1,5 Millionen DM erfolgen.

Der letzte Halbsatz in Absatz 1: "... und begründet den Rechtsanspruch auf Förderung ..." sollte gestrichen werden. Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht dem Grunde nach bereits mit der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan und der entsprechenden Maßnahme in das Investitionsprogramm.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Gegen die Fassung von Abs. 1 Satz 2 richten sich Bedenken auf das Wort "Verwendung". Hier wird die Formulierung im Referentenentwurf, der von "Bedarf" gesprochen hat, für besser gehalten, weil mit der neuen Regelung de facto die Eigentumsrechte nicht mehr gesichert erscheinen. Dies ist auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten bedenklich.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Abs. 1

In Satz 1 sollte nach "auf der Grundlage des Krankenhausplans" eingefügt werden:

"Fünfjährige Krankenhausprogramme sowie auf deren Grundlage."

Begründung:

Mit der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist das Bedürfnis nach mehrjähriger Finanzplanung für die Förderung des Krankenhausbaus keineswegs entfallen. Für die Krankenhausträger ist eine über das Jahreskrankenhausbauprogramm hinausgehende mehrjährige Finanzplanung insofern von Bedeutung, als dadurch eine längerfristige Investitionsplanung für das einzelne Krankenhaus möglich wird. Für die Aufnahme in die Investitionsprogramme sollte ein Kriterienkatalog mit den Beteiligten erstellt werden, der die Anträge Dringlichkeitsstufen zuordnet. Das jetzige Verfahren ist völlig unbefriedigend, da die Krankenhäuser häufig ohne jeden Zwischenbescheid jahrelang warten müs-

sen, bevor sie in das Jahreskrankenhausbauprogramm aufgenommen werden. Damit könnte auch verhindert werden, daß - wie in den letzten Jahren häufig geschehen - Ausgabenreste in den Bauprogrammen verbleiben, weil die Mittel nicht rechtzeitig abgerufen werden können.

Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Darin ist der voraussichtliche Bedarf an Fördermitteln für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 anzugeben."

Begründung:

Die mehrjährigen Investitionsprogramme und auch das Jahreskrankenhausbauprogramm müssen sich an dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser orientieren. Insofern muß der alleinige Bezug auf die zur Verfügung stehenden Fördermittel abgelehnt werden (vgl. auch Stellungnahme zu § 18). Die Ausweisung der Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 und 3 im Investitionsprogramm ist entsprechend heutiger Praxis zweckmäßig.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Das zu § 14 Gesagte gilt hier entsprechend.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 1

Im Satz 2 sind die Worte "... in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden ..." zu streichen. Die Krankenhäuser haben nach § 9 Absatz 5 KHG einen Anspruch

auf Fördermittel, welche die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionen decken müssen.

Zu § 18 Einzelförderung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Was den Charakter der Förderung anbetrifft, muß die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen mit aller Deutlichkeit darauf hinweisen, daß es sich bei den vom Land zur Verfügung zu stellenden Fördermittel nicht um freiwillige Leistungen handelt, die im Ermessen des Landes liegen und nach der jeweiligen Haushaltslage bemessen werden können. Es handelt sich vielmehr um Ausgleichszahlungen mit Entschädigungscharakter für die vom Gesetzgeber ausgeschlossene Refinanzierung der Investitionen über die Pflegesätze.

Gemäß § 4 KHG sind die Krankenhäuser durch die öffentliche Förderung ihrer Investitionen wirtschaftlich zu sichern. Nach § 9 Abs. 5 KHG sind die Fördermittel nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken. Diese Bestimmungen des KHG sind die Konsequenz aus dem dualen Finanzierungssystem des KHG für die öffentliche Förderung der Investitionskosten.

Zu Abs. 2

Die geforderte Zusage der Sicherung der gesamten Finanzierung durch die Krankenhausträger sollte entfallen, da die Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf die volle Finanzierung der notwendigen Investitionen haben.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Im Abs. 1 wird über die Förderung von Investitionskosten "im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" gesprochen. Wir tragen dagegen erneut das Bedenken vor, daß damit, auch und gerade in Anbetracht der vorhersehbaren Haushaltslage, keine rechtliche Nachprüfung der Förderentscheidungen gewährleistet sein kann. Wenn nämlich nicht alle entsprechenden Anforderungen erfüllt werden, ist aus dem Gesetzestext nicht mehr ersichtlich, nach welchen Gesichtspunkten die Verteilung der Mittel erfolgt. Da es sich bei der Förderung der Investitionskosten um eine gesetzliche Pflicht handelt, muß eine rechtliche Nachprüfung des Verteilungsmodus gewährleistet sein, soll diese Bestimmung nicht zu einem Willkürparagraphen werden. Wir tragen diese Bedenken vor, obgleich wir um die verfassungsrechtlich gebotene Verpflichtung, die gesetzten Rahmenbedingungen des Haushaltsrechts nicht zu überschreiten, wissen. Gerade wegen dieser Rahmenbedingungen aber ist zu fordern, daß rechtliche Normen dafür geschaffen werden, nach denen die Verteilung insgesamt zu knapper Mittel erfolgt.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

In Abs. 1 sind die Worte "im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" zu streichen.

Begründung:

Das KHG sowie das geltende KHG NW stellen nicht auf die "im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" des Landes ab. Soweit dies haushaltstechnisch notwendig ist, ist es eine Selbstverständlichkeit und muß daher im Landeskrankenhausgesetz nicht besonders erwähnt werden. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß die Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Rechtsanspruch auf Förderung gegenüber dem Land unabhängig von dem jeweiligen Landeshaushaltsplan haben. Das Land muß seinen Verpflichtungen nach § 4 sowie § 9 Abs. 5 KHG nachkommen. Die Fördermittel sind ein notwendiger Ausgleich für die durch das KHG den geförderten Krankenhäusern abgeschnittene Möglichkeit, Investitionskosten über die Pflegesätze zu finanzieren.

Zu Abs. 3

Absatz 3 sollte gestrichen werden.

Begründung:

Es ist denkbar, daß ein in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenes Krankenhaus vom Träger aufgegeben und wegen der Bedarfsnotwendigkeit von einem anderen Träger weitergeführt werden muß. Wenn die Ausstattung des Krankenhauses aufgrund unzureichender Landesförderung nicht den Ansprüchen an eine Krankenhausversorgung genügt, muß eine Förderung der notwendigen Ausstattung möglich sein.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 1

Die Worte "... im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel ..." sind aus der zu § 17 Absatz 1 gegebenen Begründung zu streichen.

Zu § 19 Umfang der Einzelförderung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 3

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"1. ...aber noch nicht anteilig zweckentsprechend verwendet worden sind oder nachweislich für andere Vorhaben benötigt werden, ..."

Begründung:

Das Krankenhaus kann nur insoweit verpflichtet werden, vorhandene Mittel zu verwenden, als sie anteilig der entsprechenden Maßnahme zuzurechnen sind. Anderenfalls würde dieses zu unerwünschten Anreizen führen.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Die Vorschrift in Abs. 3 Ziff. 1 betrachten wir als unbillig, weil sie eine sinnvolle Planung unmöglich macht. Wenn die Vorschrift nicht ganz gestrichen wird, ist mindestens das Wort "verwendet" durch das Wort "verplant" zu ersetzen.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Abs. 3 ist wie folgt zu ändern:

"Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter

enthalten ist, um die entsprechenden pauschalen Fördermittel, die dem Krankenhaus bis zum Baubeginn ausgezahlt, aber noch nicht anteilig zweckentsprechend verwendet worden sind oder nachweislich für andere Vorhaben benötigt werden.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung. Eine Anrechnung der pauschalen Fördermittel kann nur in dem Teil in Betracht kommen, der auf die entsprechende Investition entfällt. Es könnte nicht akzeptiert werden, daß angesammelte Fördermittel aus den Pauschalen, soweit sie noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, generell für Investitionen nach § 18 in Anspruch zu nehmen sind. Es würden dann die Krankenhäuser bestraft, die Mittel angespart haben, um ggf. eine größere Investition zu finanzieren.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 3

Die Anrechenbarkeit von pauschalen Fördermitteln für kurzfristige Anlagegüter kann allenfalls erfolgen, soweit sie noch nicht anteilig zweckentsprechend verwendet worden sind.

Zu § 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Die Überschrift sollte lauten: "Bewilligung der Einzelförderung".

Begründung:

Es handelt sich bei den zu bewilligenden Fördermitteln nicht um Zuschüsse.

Zu Abs. 2 Satz 5

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund vom Krankenhausträger nicht vorherzusehenden und nicht zu vertretenden Umständen entstanden sind und der Krankenhausträger die zuständige Behörde von ihrem Entstehen unverzüglich nach dem Bekanntwerden unterrichtet hat."

Begründung:

Unabweisbare Mehrkosten müssen zu einer entsprechenden Förderung führen. Eine Unterrichtung der Behörde ist erst nach Bekanntwerden des Tatbestandes möglich.

Zu Abs. 3 Satz 3

Die KGNW schlägt vor, den Satz 3 zu streichen.

Bei den Bewilligungsbescheiden handelt es sich um einen begünstigenden Verwaltungsakt, der nicht allein aufgrund unvorhergesehener und außergewöhnlicher Kostensteigerung zurückgenommen werden kann. Eine solche Einschränkung ist schon aus Gründen des Vertrauensschutzes und dem Grundsatz von Treu und Glauben dem Krankenhausträger nicht zuzumuten (vgl. auch § 49 Verwaltungsverfahrensgesetz).

Zu Abs. 3 Satz 4

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"... die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich nach Bekanntwerden unterrichtet hat."

Begründung:
Klarstellung.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Abs. 3 Satz 3 widerspricht dem Bundesrecht. Um eine entsprechende Änderung von Abs. 3 wird gebeten.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Zu Abs. 2

Anstelle von Satz 5 "Fördermittel werden nur nachbewilligt, ..." sollte folgender Text treten:

"Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten im Rahmen nachgewiesener Vorhaben unabweisbar sind und der Krankenhausträger die zuständige Behörde unverzüglich unterrichtet hat. Mehrkosten aufgrund von Planänderungen, in die die zuständige Behörde nicht eingewilligt hat, sind von der Förderung ausgeschlossen. Soweit Planänderungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde diese zu genehmigen und auch die Mehrkosten zu fördern. Werden Fördermittel nachbewilligt, findet Satz 3 keine Anwendung."

Begründung:

Die Einschränkung der Nachbewilligung von Fördermitteln allein für Mehrkosten, die aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen entstehen, reicht

nicht aus. Eine Erweiterung aus den vorgenannten Gründen ist notwendig, um das Risiko des Trägers in Grenzen zu halten.

Zu Abs. 3

Satz 3 sollte gestrichen werden.

Begründung:

Bei dem Bewilligungsbescheid handelt es sich um einen begünstigenden Verwaltungsakt, der nicht allein aufgrund unvorhergesehener und außerordentlicher Kostensteigerungen zurückgenommen werden kann. Eine solche Einschränkung ist auch aus Gründen des Vertrauensschutzes notwendig (siehe § 49 Verwaltungsverfahrensgesetz).

6. Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland, 10/1011

Die Festbetragsförderung ist nicht mehr obligatorisch. Entsprechend den vom Landschaftsverband vorgetragenen Einwänden wird vor allem auch nicht mehr die Möglichkeit einer Förderung nach Kostenrichtwerten angesprochen. Vielmehr ist jetzt geregelt, daß die Förderung nach den anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen wird bzw. die entsprechenden förderungsfähigen Kosten zu decken hat. Dies ist zu begründen.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Die Gesetzesbegründung zu § 20 hebt hervor, daß sich die Festbetragsförderung bewährt habe, da sie das Krankenhaus zu wirtschaftlichem Handeln motiviere; denn dem Krankenhaus sollen bei Unterschreiten des Festbetrages die nicht

in Anspruch genommenen Fördermittel zur selbstverantwortlichen Verwendung für anderweitige Investitionen verbleiben, um dadurch ein Interesse an der Unterschreitung des Festbetrages zu wecken. Im Hinblick auf die zur Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit motivierende Funktion der Festbetragsförderung wird zu überlegen gegeben, ob nicht stärkere Anreize in Richtung auf eine Inanspruchnahme dieses Förderungssystems gesetzt werden sollen; denn ob ein Krankenhaus diese Förderungsmöglichkeit in Anspruch nehmen will, hängt von seiner Zustimmung ab.

Zu § 21 Pauschale Förderung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen begrüßt die Absicht, die Bindung der Pauschalförderung an die Planbetten abzumildern. Sie sieht insoweit in der Neuregelung der Pauschalförderung einen Schritt in die richtige Richtung. In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf hinzuweisen, daß die im Gesetzentwurf enthaltene Anhebung der Pauschalbeträge von durchschnittlich ca. 9 % nicht ausreicht, um die seit der letzten Anhebung der Pauschalbeträge gestiegenen Kosten abzufangen und den hohen Nachholbedarf der Krankenhäuser abzudecken. Hinzu kommt, daß die Wertgrenzen nach § 21 Abs. 1 Ziffer 2 erheblich erhöht werden sollen.

Nach Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ist das vorgeschlagene Fördersystem jedoch noch nicht ausgereift. Dies bezieht sich auch auf die Frage, ob nicht wie bisher vier Anforderungsstufen erforderlich

sind; bei nur drei Stufen werden mittlere und größere Krankenhäuser in der Tendenz gegenüber kleineren relativ schlechter gestellt als bisher. Es bedarf einer Überprüfung und Neukonzeption. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ist bereit, an einem solchen Konzept mitzuwirken und verfügt bereits über entsprechende Ausarbeitungen.

Ein vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) erstelltes Gutachten zur Neuregelung der Pauschalförderung ist vor kurzem fertiggestellt worden und wird derzeit noch in den Gremien der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen beraten.

Derzeit ist noch nicht absehbar, ob die vom DKI vorgelegten Vorschläge von seiten der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen als Alternative zum vorliegenden Entwurf eingebracht werden.

Im Hinblick auf den zur Prüfung des alternativen Konzeptes des Gutachtens erforderlichen Zeitbedarf schlägt die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vor, die Neuregelung zwar vorzusehen, gleichzeitig jedoch in § 21 die Ermächtigung zum Erlaß einer Rechtsverordnung zur Neuregelung der pauschalen Förderung vorzusehen, wie dies auch in den Krankenhausgesetzen anderer Bundesländer, z.B. Baden-Württembergs und Bayerns, **vorgesehen** ist.

Unabhängig hiervon macht die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen folgende weitere Vorschläge:

Zu Abs. 4

Die Bindung an hauptamtlich betriebene Fachabteilungen sollte aufgegeben werden.

Begründung:

Belegabteilungen benötigen keine geringeren Investitionen als hauptamtlich geführte Abteilungen.

Zu Abs. 5

Die KGNW schlägt vor, Satz 2 wie folgt zu ändern:

"Abweichend von Satz 1 ist ein höherer Betrag festzusetzen, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig ist."

Begründung:

Dem Krankenhaus darf kein niedrigerer Betrag als derjenige zukommen, der Krankenhäusern der Grundversorgung zugestanden wird.

Zu Abs. 6

Für die Halbierung der Fördermittel bei den über die Bettenpunktzahl der Grundversorgung hinausgehenden Betten fehlt eine sachliche Begründung. Es sind insbesondere negative Auswirkungen dieser Regelung auf größere psychiatrische Krankenhäuser zu befürchten.

Zu Abs. 7

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Für die mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG ist die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter durch Festsetzung eines Betrages im Einzelfall zu gewährleisten. Zur Förderung von Ausbildungsstätten können anstelle der Einzelförderung auch pauschale Fördermittel pro Ausbildungs-

platz gewährt werden. Diese sind durch Rechtsverordnung festzulegen und in Abständen von mindestens zwei Jahren der Preisentwicklung anzupassen.

Begründung:

Eine Kann-Bestimmung reicht nicht aus. Es sollte die Möglichkeit der pauschalen Förderung beibehalten werden.

Zu Abs. 8

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister ist verpflichtet..."

Begründung:

Eine Anpassung alle zwei Jahre ist unverzichtbar.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Wir halten die Absicht, die Bindung der Pauschalförderung an die Planbetten abzuschwächen, für einen Schritt in die richtige Richtung. Denn der Refinanzierungsbedarf eines Krankenhauses in diesem Anlagevermögensbereich wird erfahrungsgemäß nicht ausschließlich nach der Zahl der Betten fachgerecht bestimmt. Das gilt im übrigen auch - wie vorgeschlagen worden ist - für die Fallzahlen. Denn diese haben ebenfalls eine zu starke Auswirkung auf die Bettenzahl und bestimmen nicht vorrangig den Refinanzierungsbedarf von Anlagegütern.

Hierfür ist vielmehr maßgeblich bestimmend die Art der Fachabteilung, wie es im Gesetzentwurf angedeutet wird.

Da für eine sachgerechte Regelung detaillierte Bestimmungen erforderlich sind, raten wir dringend, für die nähere Ausgestaltung eine Rechtsverordnung vorzusehen. Auf diese Weise besteht auch die Möglichkeit, die Bestimmung bei Bedarf leichter anzupassen.

Zu Abs. 6

Es ist als unbefriedigend anzusehen, daß die Fachkrankenhäuser (z.B. Rheuma- und Asthmakliniken) kleineren Versorgungsstufen zugeordnet werden, wie es für die psychiatrischen Sonderkrankenhäuser geschehen ist.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, daß sich die Höhe der pauschalen Förderung und die Zuordnung der Anforderungsstufen nicht mehr ausschließlich nach der Bettenzahl richten, sondern weitere Kriterien berücksichtigt werden sollen. Es ist jedoch auch nach der Begründung nicht nachvollziehbar, nach welchen Gesichtspunkten die Bettenpunktzahlgrenzen in Abs. 4 ermittelt worden sind. Die Heranziehung des Gutachtens von Prof. Thiemeyer kann die sich in diesem Zusammenhang stellenden Fragen nicht befriedigend klären. So sind z.B. nur einige Fachabteilungen mit hohen Punktwerten in Abs. 4 übernommen worden. Funktionsbereiche, wie z.B. Radiologie, Computertomographie etc. bleiben völlig unberücksichtigt, obwohl sie für die Aufgabenstellung des Krankenhauses von wesentlicher Bedeutung sind.

Wir halten es daher für notwendig, das System der Bettenpunktzahl mit der vorgeschlagenen Abgrenzung der Anforder-

rungsstufen sowie den vorgeschlagenen Punktwerten für die Planbetten für bestimmte Fachrichtungen eingehend zu überprüfen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erarbeitet z.Zt. unter Einschaltung eines wissenschaftlichen Instituts einen eigenen Vorschlag zur Investitionsförderung durch Pauschalen. Es hat sich herausgestellt, daß es in der Kürze der Zeit nicht möglich war, ein unter den Trägerverbänden abgestimmtes, ausgewogenes und im einzelnen begründetes System vorzulegen, das in das Landeskrankenhausgesetz übernommen werden kann.

Es wird daher vorgeschlagen, bis zum Abschluß der Arbeiten die vorgesehene Neufassung zunächst als Übergangsregelung in eine Rechtsverordnung zu übernehmen und sie zu gegebener Zeit durch ein endgültiges Konzept abzulösen.

Der Städtetag und der Landkreistag Nordrhein-Westfalen bittet, wie bereits eingangs ausgeführt, die vorgesehene Neufassung in den Absätzen 3 und 5 entsprechend der bisherigen Pauschalförderung nach § 10 KHG um eine vierte Anforderungsstufe zu ergänzen und die Einteilung entsprechend zu korrigieren. Als Konsequenz sollte in Abs. 5 für die vierte Anforderungsstufe ein höherer Pauschalbetrag vorgesehen werden, wie dies in den meisten anderen Bundesländern üblich ist. Wie eingangs dargelegt, wird die Einteilung in drei Versorgungsstufen den besonderen Aufgaben der Großkrankenhäuser mit entsprechendem Wiederbeschaffungsaufwand nicht gerecht.

Im einzelnen:

Zu Abs. 1

Einer Anhebung der Wertgrenze nach Ziff. 2 kann nur unter der Bedingung zugestimmt werden, daß dies in einer entsprechenden weiteren Anhebung der pauschalen berücksichtigt wird. Die Differenzierung der Wertgrenzen nach Anforderungsstufen wird gegenüber dem Referentenentwurf als bessere Lösung angesehen. Sollten die Pauschalen nicht erhöht werden, sollte es bei der bisherigen Pauschale bleiben. Die Finanzierung kleinerer Baumaßnahmen darf nicht auf Kosten der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gehen.

Zu Abs. 3

Wie vorstehend ausgeführt bitten der Städtetag und der Landkreistag NW, eine vierte Anforderungsstufe für die Krankenhäuser der Zentralversorgung einzufügen. Die Mehrzahl der Länder hat in ihren Gesetzen bzw. Gesetzentwürfen eine vierteilige Stufung vorgenommen. Anderenfalls würden gerade die großen Krankenhäuser mit besonderen Schwerpunktaufgaben und entsprechendem investivem und apparativem Aufwand benachteiligt. Dies erfordert eine Korrektur der vorgesehenen Einteilung.

Zu Abs. 5

Entsprechend dem Antrag des Städtetages und Landkreistages NW zu Abs. 3 wird gebeten, eine vierte Anforderungsstufe mit einer entsprechend höheren Pauschale aufzunehmen. Die Gesetze bzw. Gesetzentwürfe vieler Länder sehen in der vierten Anforderungsstufe weitaus höhere Pauschalen (Schleswig-Holstein 5.232,-- DM, Hamburg, Niedersachsen und Hessen mit 4.395,-- DM, Berlin 4.416,-- DM) vor.

Da die derzeitigen Bettenpauschalen nach § 10 KHG a.F. seit dem 1.1.1984 gelten und nach altem Recht zum 1.1.1986 der Kostenentwicklung hätten angepaßt werden müssen, ist der in der dritten Anforderungsstufe vorgesehene Betrag von 4.100 DM für die großen Krankenhäuser nicht ausreichend, da er nur eine weit hinter der Kostenentwicklung liegende Anpassung vorsieht. Dies bedeutet eine nicht gerechtfertigte Benachteiligung gegenüber kleineren Krankenhäusern, für die eine weitaus höhere Anpassung in den Pauschalwerten an die Kostenentwicklung vorgenommen worden ist. Zudem wird die Förderung für viele kleinere Häuser noch dadurch verbessert, daß die Neuregelungen zu den Bettenpunktwerten in Abs. 3 und 4 das Hineinwachsen in eine höhere Anforderungsstufe erleichtern, während die großen Krankenhäuser tendenziell zurückgestuft worden sind. Die z.Zt. geltende Pauschale wird den Finanzierungserfordernissen der Krankenhäuser der Maximalversorgung nicht gerecht. Gerade auf diese Krankenhäuser kommt am stärksten der Ergänzungs- und Erneuerungsbedarf im Rahmen der Fortentwicklung der Medizintechnik zu. Es wird für diese Häuser immer schwerer, diesen berechtigten Anforderungen nachzukommen. Durch das neue KHG NW sollen die Förderungsbeträge ab 1988 für zwei weitere Jahre festgeschrieben werden. Das bedeutet für die Krankenhäuser der bisherigen Stufe IV, daß die Förderung bis 1989 gegenüber dem 1.1.1984 um nur knapp 2 % erhöht wird. Es ist daher dringend notwendig, auch für die Krankenhäuser der Maximalversorgung eine Anpassung der Förderung an die Preisentwicklung vorzunehmen.

Zunehmend problematischer wirkt sich aus, daß aus den pauschalen Fördermitteln auch die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter im Rahmen bestimmter Errichtungs-

maßnahmen (insbes. Erweiterung, Umbau) finanziert werden muß. Insofern hat sich das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.2.1985 finanziell nachteilig für die Krankenhäuser ausgewirkt, da die pauschalen Fördermittel nach § 10 KHG a.F. seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1972 nicht mit diesen Erstinvestitionen belastet waren. Es zeichnet sich schon heute ab, daß von Krankenhäusern Fördermittel für Baumaßnahmen nicht abgerufen werden können, weil die Finanzierung der damit verbundenen kurzfristigen Anlagegüter nicht möglich ist. Wenn schon vor der Einbindung dieser Beschaffung in die pauschalen Fördermittel aus Rechtsgründen nicht abgegangen werden kann, muß erwartet werden, daß dann die Fördermittel angemessen erhöht werden.

Zu Abs. 8

Nach Abs. 8 sollte ein weiterer Absatz angefügt werden, der die Möglichkeit eröffnet, bei Verminderung der Zahl der Planbetten die pauschalen Fördermittel für eine Übergangszeit in bisheriger Höhe weiterzuzahlen. Damit würde ein wesentliches Hemmnis beseitigt, das den Krankenhäusern heute die Anpassung des Bettenangebots an die Bedarfsentwicklung erschwert. Im übrigen ist diese auch sachlich gerechtfertigt, weil durch die bloße Aufgabe von Betten bei grundsätzlicher Beibehaltung der betriebenen Fachabteilungen kaum eine Reduzierung des Finanzbedarfs für kurzfristige Anlagegüter eintritt.

6. Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland, 10/1011

Dieser Punkt ist für die Landschaftsverbände von besonderer Bedeutung. Die psychiatrischen Sonderkrankenhäuser werden - unabhängig von ihrer Größe, differenziertem An-

gebot und Spezialisierungen - der ersten Anforderungsstufe zugeordnet und somit erheblich finanziell benachteiligt.

Eine weitere Benachteiligung psychiatrischer Sonderkrankenhäuser liegt darin, daß jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie nur mit 0,5 (1.375,-- DM) gewertet wird. Die Halbierung des Satzes ab 350 Planbetten würde die großen Landeskliniken besonders benachteiligen. Für die Landschaftsverbände ist nicht nachvollziehbar, warum eine solche Halbierung des Fördersatzes vorgenommen wird. Auch ist nicht klar, wie sich die 350 Betten-Grenze begründet. Sollte sich die Grenze an Obergrenzen für die Größe psychiatrischer Fachkrankenhäuser orientieren, ist festzustellen, daß z.B. die Weltgesundheitsorganisation bisher von ca. 600 Betten als Obergrenze ausging. Sofern bezweckt wird, die Landschaftsverbände zu verstärktem Abbau von Bettenkapazitäten zu bewegen, bleibt festzustellen, daß dies in den vergangenen Jahren bereits in sehr großem Umfange geschehen ist und zukünftige weitere Bettenreduzierungen geplant sind. Auch der Vorhalt, in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern entstünde im Verhältnis zu somatischen Krankenhäusern ein geringerer Aufwand für Medizintechnik, kann nicht überzeugen. Richtig ist vielmehr, daß die Psychiatrie ihre eigenen fachspezifischen therapeutischen Infrastrukturen benötigt und darüber hinaus durch die Besonderheiten der Pavillon-Bauweise und des Alters der Infrastruktur ein erheblicher Reinvestitionsaufwand besteht. Aufgrund dessen ist zu befürchten, daß bei Inkrafttreten der in § 21 vorgesehenen Regelung die in den letzten Jahren mühsam erreichten Qualitätsstandards gefährdet sind.

In § 21 Abs. 6 müßte schließlich sichergestellt sein, daß für Betten der Kinder- und Jugendpsychiatrie - unabhängig von der 349 Betten-Grenze - die vollen Fördermittel gewährt werden, da es sich hierbei um einen eigenen selbständig geleiteten Fachbereich handelt. Der größte Teil der Abteilungen war bis zum Jahre 1979 in Form selbständiger Krankenhäuser organisiert und erst danach in die neugeschaffenen, wie Eigenbetriebe geführten Landeskliniken integriert worden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie schneidet insbesondere im Vergleich zur Kinderheilkunde, die mit einem Punktwert von 1,9 ausgestattet ist, ohne sachlichen Grund sehr schlecht ab.

8. Verband der Ortskrankenkassen, 10/948

zugleich im Namen

- des AOK-Landesverbandes Westfalen-Lippe,
- des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Bezirksausschuß Westfalen-Lippe,

- der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Krankenkasse,
- der Bundesknappschaft.

Bereits zum Referentenentwurf mit Stand Dezember 1985 hatten die Kostenträger als eine der zentralen Forderungen eingebracht, daß das System der Krankenhausförderung in Nordrhein-Westfalen so gestaltet werden soll, daß die Bettenzahl ohne jeglichen Einfluß auf die Höhe der Fördersumme bleibt. Damit sollte angesichts des Bettenüberhangs für die Krankenhäuser jeglicher Anreiz vermieden werden, nicht bedarfsgerechte Betten nur im Hinblick auf die Höhe der Fördersumme weiter zu betreiben.

Die Landesverbände der Krankenkassen sind der Auffassung, daß die im Entwurf der Landesregierung vorgesehene Bemessung der pauschalen Förderung (§ 21) auch durch die Einführung eines sogenannten Bettenpunktwertes für die Zuordnung zu den Anforderungsstufen diesem Anliegen nicht gerecht wird. Es bleibt festzustellen, daß dabei letztlich doch die Bettenzahl für die Bemessung der Fördersumme zugrunde gelegt wird. Daneben wird die Gefahr gesehen, daß die mit einem Bettenpunktwert über 1,0 bewerteten Fachabteilungen einen besonderen Anreiz für überhöhte Kapazitäten in diesen Bereichen bieten könnten. Die Landesverbände der Krankenkassen hatten schon in der Vergangenheit ihre Mithilfe bei der Findung eines Fördersystems angeboten, das die völlige Abkoppelung der Fördersumme von der Höhe der Bettenzahl zum Inhalt hat. Ein solches Fördersystem müssen wir auch zum jetzt vorliegenden Entwurf der Landesregierung als Hauptforderung der Landes-

verbände der Krankenkassen einbringen. Inzwischen wird im Schrifttum nahezu einhellig auf die kapazitätsausweitende Wirkung von Fördersystemen hingewiesen, deren Höhe sich nach der Bettenzahl bemißt.

Ein alternatives Fördersystem könnte die Berechnung der Fördersumme nach einer "errechneten Fallzahl" sein. Dieses Modell geht zurück auf Prof. Dr. Dr. h.c. Walter Cordes, der Leiter des Arbeitskreises "Betriebswirtschaft im Krankenhaus" der Schmalenbach-Gesellschaft ist. Eine Darstellung des Fördermodells ist dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt. Wir möchten aber hervorheben, daß selbstverständlich auch jedes andere Fördersystem unsere Zustimmung findet, wenn eben nur die völlige Abkoppelung der Fördersumme von der Zahl der Betten erreicht wird.

Das jetzt anstehende Gesetzeswerk könnte nach unserer Auffassung diesen Problemen am besten dadurch gerecht werden, daß anstelle des jetzigen § 21 Abs. 2, 3, 4 und 5 folgende Bestimmung aufgenommen wird:

"Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt

- im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung das Nähere zur Bemessung der pauschalen Förderung unter Beachtung der Aufgabenstellung der Krankenhäuser zu bestimmen. In der Rechtsverordnung kann bestimmt werden, daß die Fallzahlen berücksichtigt werden.
- die Wertgrenzen nach Abs. 1 Nr. 2 und die Förderbeträge in Abständen von zwei Jahren der Preisentwicklung anzu-

passen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind."

Durch diese Regelung würden im § 21 Abs. 6 die Sätze 2 und 3 überflüssig. § 21 Abs. 8 könnte ebenfalls entfallen. Ähnliche Regelungen wurden im übrigen in anderen Bundesländern in die dort geltenden Landeskrankenhausgesetze aufgenommen.

9. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Landesauschuß Nordrhein-Westfalen, 10/935

Pauschale Förderung

Der Verband steht der in § 21 Abs. 4 des Entwurfs vorgesehenen Einführung von Bettenpunktwerten pro Planbett kritisch gegenüber. Nach dieser Regelung wird die Höhe der pauschalen Förderung nach wie vor an die Anzahl der geförderten Krankenhausbetten geknüpft. Die Förderung der Krankenhäuser der ersten Anforderungsstufe wird von einer Mindestbett- bzw. Mindestbettenpunktwertzahl abhängig gemacht. Dadurch wird die Größe des Krankenhauses auf der Grundlage der Bettenzahl prämiert und der Konzentration von Betten in großen Krankenhäusern Vorschub geleistet.

In weniger ausgelasteten Krankenhäusern könnte durch Verlängerung der Verweildauer versucht werden, die bestehende Anzahl von Planbetten konstant zu halten, um so in den Genuß einer hohen Betten- bzw. Bettenpunktwertzahl und entsprechend einer hohen Förderungssumme zu gelangen. Dadurch wird der teilweise notwendige Abbau von Krankenhausbetten behindert.

Anreiz zu einer unerwünschten Verweildauerverlängerung dürfte schließlich die beabsichtigte Regelung in § 15 Abs. 3 des Entwurfs sein, wonach ein Krankenhaus, sofern es die 75 %ige Belegung einer einzelnen Abteilung unterschreitet, mit der Reduzierung seiner Bettenzahl und infolgedessen mit einem Entzug von Fördermittel rechnen muß. Ein Krankenhaus, das durch Begrenzung seiner Bettenzahl einen Beitrag zur Kostendämpfung leistet, sollte dafür nicht durch den Wegfall der Förderung bestraft werden.

10. Ärztekammer Nordrhein, 10/931

Das im Entwurf vorgeschlagene Verfahren für die Ermittlung der Anforderungsstufen ist nach wie vor nicht einsichtig, selbst wenn man berücksichtigt, daß Krankenhäuser mit einer größeren Zahl von Fachabteilungen ohnehin der höchsten Anforderungsstufe zuzuordnen sind (s. amtlicher Begründung zu Absätzen 2 bis 6).

Für unakzeptabel halten wir die Einschränkung, daß höhere Punktwerte (§ 21 Abs. 4) nur dann in Betracht kommen sollen, wenn die Fachabteilungen von "hauptamtlichen" Ärzten geleitet werden. Die Kosten des Krankenhauses hängen doch nicht von dem arbeits- oder vertragsrechtlichen Status der leitenden Abteilungsärzte ab. Qualifizierte Belegabteilungen haben - zumindest im kooperativen Belegarztwesen - denselben Leistungsstand wie hauptberuflich geleitete, sie haben damit auch denselben Investitionsbedarf.

11. Ärztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Das hier vorgesehene Verfahren für die Ermittlung der Anforderungsstufen ist nach wie vor für uns nicht einsich-

tig, selbst wenn man berücksichtigt, daß Krankenhäuser mit einer größeren Zahl von Fachbeteiligungen ohnehin der höchsten Anforderungsstufe zuzuordnen sind.

Aus der Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe kann die Einschränkung, daß höhere Punktwerte (§ 21 Abs. 4) nur dann in Betracht kommen sollen, wenn die Fachabteilungen von "hauptamtlichen Ärzten" geleitet werden, nicht akzeptiert werden. Die Kosten eines Krankenhauses können nicht davon abhängig gemacht werden, welchen vertragsrechtlichen Status die leitenden Abteilungsärzte haben. Qualifizierte Belegabteilungen haben - zumindest im kooperativen Belegarztwesen - den gleichen Leistungsstand wie hauptberuflich geleitete und haben damit auch denselben Investitionsbedarf.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Die pauschale Förderung je Planbett ist unzweckmäßig, da sie ein Hinderungsgrund für Planbettenabbau und Umstrukturierung sein kann.

14. Gewerkschaft Öffentliche Dienst, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

In § 21 Abs. 6 ist der für die psychiatrischen Sonderkrankenhäuser geforderte "Halbierungserlaß" für über 349 hinausgehende Planbetten zu streichen.

Es ist außerdem zwingend vorgesehen, daß die notwendigerweise mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten auch über den 31.12.1988 hinaus mit Landesmitteln geför-

dert werden, falls die unklare Finanzlage bis dahin nicht geklärt ist.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Die DAG hat Zweifel, ob die schematische Zuordnung zu Versorgungsstufen dem tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung an eine leistungsfähige Krankenhausversorgung gerecht werden kann. (Siehe auch unsere Bemerkung zu § 13).

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Die Regelung der pauschalen Förderung in § 21 stellt zu stark auf die Anzahl der Betten eines Krankenhauses ab. Die Einführung einer Bettenpunktzahl, die sich an den Abteilungen des Krankenhauses orientiert, wird einem wesentlichen Aspekt der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, nämlich die Krankenhausträger zu einem Abbau überflüssiger Bettenkapazität zu veranlassen, nicht gerecht.

Diesem gemeinsam von Bund und Ländern zu verwirklichenden Ziel hat der Bundesgesetzgeber für seinen Teil insbesondere durch die Neuregelung zur Festlegung der Pflegesätze in §§ 4 Satz 2, 17 f. des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Rechnung getragen: Durch die Vorkalkulation der von den Kostenträgern zu erstattenden Krankenhauskosten im Wege eines prospektiven Budgets wird der früheren Schwäche bei der Pflegesatzfestlegung, bei der die Belegung der Betten ein dominierender Faktor war, entgegengesteuert. Dadurch wird es den Krankenhäusern erleichtert,

nicht bedarfsnotwendige Betten auch nicht mehr vorzuhalten. Es muß ein wesentliches Ziel auch des Landesgesetzgebers sein, seinerseits einen Anreiz zum Abbau von Krankenhausbetten zu bieten. Dies wird jedoch gerade nicht erreicht, wenn bei der Bestimmung der pauschalen Förderung die Anzahl der Betten nach wie vor ein gewichtiger Berechnungsmaßstab ist. Die Krankenhäuser würden das Risiko einer Kürzung der finanziellen Zuwendungen eingehen, wenn sie ihre Bettenkapazität abbauen; es liegt auf der Hand, daß bei dieser Vorgabe die Motivation zum Abbau von Betten eingeschränkt wird.

Es sollte daher von dem Angebot der Kostenträger Gebrauch gemacht werden, bei der Erarbeitung eines alternativen Förderungssystems zur Berechnung der pauschalen Förderung mitzuwirken.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 1987 den Bettenabbau bei den Krankenhäusern als wesentliches Element der Kostendämpfung hervorgehoben. Dabei hat der Sachverständigenrat vorgeschlagen, daß als kurzfristig möglicher Anreiz für einen strukturverbessernden Bettenabbau pauschale Fördermittel und spezielle Prämien verwendet werden sollten. Es empfiehlt sich, diese Überlegung bei der Neuregelung des Krankenhausgesetzes zu berücksichtigen.

Das Krankenhausfinanzierungssystem enthält generell eine erhebliche Schwäche: Zwar schreibt der Bundesgesetzgeber in § 9 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor, daß die Fördermittel so zu bemessen sind, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaft-

licher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken. § 18 Abs. 1 des Gesetzentwurfs der Landesregierung enthält jedoch die Einschränkung, daß die Fördermittel nur im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel bewilligt werden. Die Höhe der vom Land für die Krankenhäuser zur Verfügung gestellten Fördermittel ist somit entscheidend an die Finanzkraft des Landes gebunden. Damit besteht die Gefahr, daß bei leeren Haushaltskassen die Finanzierung der sachlich erforderlichen Krankenhausinvestitionen nicht hinreichend gewährleistet ist.

Der Einsatz zu geringer Investitionsmittel hat finanzielle Folgen nicht nur für das Krankenhaus, sondern auch für die Krankenversicherungsträger und damit letztlich für die Beitragszahler: Fehlende Investitionsmittel führen zwangsläufig zu einer Erhöhung der Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten, die über die Pflegesätze abzudecken sind. Hier ist das Land aufgefordert, seine Verpflichtung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz voll zu erfüllen, damit nicht über die Pflegesätze die Beitragszahler letztlich mit Kosten belastet werden, für deren Abdeckung das Land zuständig ist. Die Beitragszahler dürfen nicht als schwächstes Glied in der Kette der Kostenträger Ausgleichsverpflichtete für unzureichend zur Verfügung gestellte Finanzmittel des Landes sein.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 4

Die Punktwerte je Planbett sind zwischen den einzelnen Fachdisziplinen zu vereinfacht nivellierend dargestellt.

Die Bindung an hauptamtlich geführte Fachabteilungen der Ziffern 1 bis 3 ist nicht begründet. Es fehlt die Berücksichtigung der besonders kostenträchtigen nicht bettenführenden Abteilungen, wie z.B. Radiologie, die Berücksichtigung von medizinisch-technischen Großgeräten u.ä.. Es erscheint noch verfrüht, eine solche Neuerung ohne Erprobung gesetzlich festzuschreiben.

Zu § 22 Medizinisch-technische Großgeräte

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hält es für dringend erforderlich, diese Vorschrift ersatzlos zu streichen. Entgegen dem Referentenentwurf erstreckt sich die Vorschrift nicht nur auf die Wiederbeschaffung, sondern auch auf die Erstbeschaffung. Dieses steht im Widerspruch zu § 9 Abs. 1 Ziffer 1 KHG.

Die unter Punkt 1 vorgeschlagene Regelung bricht darüber hinaus mit den Prinzipien der dualen Finanzierung. Das KHG differenziert in den §§ 8 ff. nicht zwischen der Investitionsförderung für den stationären und nichtstationären Teil des Krankenhauses. Die Investitionsförderung nach KHG ist auch nicht an Art und Umfang der Einnahmen des Krankenhauses geknüpft. Die Regelung ist daher unzulässig. Hinzuweisen ist auch auf § 13 Abs. 3 BPflV in Verbindung mit den Verfahrensvorschriften im Kosten- und Leistungsnachweis, wonach aus den Gesamtkosten des Krankenhauses (die keine nach KHG förderungsfähigen Investitionsanteile enthalten) die Kosten für den nichtstationären Bereich auszugliedern sind. Die Ausgliederung umfaßt

lediglich die nichtinvestiven Kosten. Auf gar keinen Fall kann akzeptiert werden, daß die Krankenhäuser sich fiktive Einnahmen anrechnen lassen müssen.

Darüber hinaus ist der Anteil der in den Entgelten enthaltenen anteiligen Abschreibungen nicht ausreichend bestimmbar. Letztlich würde diese Vorschrift bedeuten, daß in die vertraglichen Regelungen zwischen Chefarzt und Krankenhaus eingegriffen würde; dies würde § 1 Abs. 1 KHG zuwiderlaufen.

Besonders bedenklich ist, die Abgaben im stationären Bereich mit in die Überlegungen zu § 22 einzubeziehen. Im stationären Bereich gibt es in der Regel keine "konkrete Kostenerstattung". Seit der 4. Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20.12.1984 wird als Kostenerstattung der Ärzte im stationären Bereich das 1,2-fache der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschläge bei der Inanspruchnahme ärztlicher Wahlleistungen zugrunde gelegt. Die Ärzte haben insgesamt die nicht pflegesatzfähigen Kosten aufzubringen. Diese Regelungen hat die neue Bundespflegesatzverordnung übernommen. Die Chefarztverträge sind weitgehend umgestellt worden. § 22 des Entwurfs hätte zur Konsequenz, daß die betroffenen Chefarzte weitere Abgaben zu leisten hätten, was eine Änderung bzw. erneute Anpassung ihrer Verträge zur Folge hätte. Es lassen sich daher eine Vielzahl von Auseinandersetzungen einschließlich der möglichen gerichtlichen Klärung absehen.

Zu vorliegendem Entwurf ist in redaktioneller Hinsicht anzumerken, daß es den Begriff der "Gebühren" im dienstvertraglichen Bereich nicht gibt. Der neutrale Oberbegriff wäre der der "Abgaben".

Ziffer 3 wirkt tendenziell gegen eine sparsame Mittelverwendung, da diese Vorschrift ein sinnvolles, betriebswirtschaftlich notwendiges Ansparen zweckgebundener Rücklagen bestraft.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Bei dieser Vorschrift weisen wir ausdrücklich noch einmal auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft hin. Wir betonen die Forderung der ersatzlosen Streichung. Denn die Vorschrift enthält Widersprüche zum dualen Finanzierungssystem und stellt in rechtlich bedenklicher Weise auf fiktive Einnahmen ab. Dem Krankenhaus wird es vor der Förderung eines medizinisch-technischen Großgerätes auferlegt, nachzuweisen, daß es die Kosten nicht hätte decken können u.a. aus den Gebühren der das Gerät nutzenden liquidationsberechtigten Ärzte für gesondert berechenbare "stationäre und ambulante Leistungen". Die Gleichbehandlung des stationären und des ambulanten Bereiches erscheint zudem nicht berechtigt, weil die Ärzte gemäß § 6 a Absatz 1 der GOÄ verpflichtet sind, bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen ihre Gebühren um 15 vom Hundert zu mindern. Dagegen kann bei ambulanten Leistungen die volle GOÄ-Gebühr berechnet werden, wobei davon auszugehen ist, daß darin ein Anteil für Abschreibung enthalten ist.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Diese Vorschrift sollte ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Die Vorschrift ist gegenüber dem Referentenentwurf noch verschärft worden, indem insbesondere nicht nur die Förderung der "Wiederbeschaffung", sondern darüber hinaus der "Beschaffung" geregelt wird.

Die Krankenhausträger sind nicht in der Lage, aus den pauschalen Fördermitteln die Erstbeschaffung kostenaufwendiger medizinisch-technischer Großgeräte zu finanzieren, selbst die Wiederbeschaffungskosten können daraus nicht gedeckt werden. Hierfür ist ggf. eine Anhebung der Pauschale oder eine besondere Pauschale vorzusehen. Die in dieser Vorschrift vorgesehene Regelung widerspricht dem Prinzip der dualen Finanzierung und schafft einen Präzedenzfall, der leicht auf weitere Förderbereiche ausgedehnt werden könnte. Hier wird der Versuch unternommen, das Land bei der Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte finanziell zu entlasten. Es ist zwingend notwendig, die Finanzierung der Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte im Landeskrankengesetz sicherzustellen.

Gegen die vorgesehene Regelung des § 22 ist auch einzuwenden, daß das KHG in den §§ 8 ff. nicht zwischen der Investitionsförderung für den stationären und nichtstationären Teil des Krankenhauses unterscheidet und die Förderung auch nicht an Art und Umfang der Einnahmen des Krankenhauses geknüpft ist. Insofern halten wir die Regelung für unzulässig. Keinesfalls darf die Förderung an fiktive Einnahmen gebunden werden, die dann anzurechnen sind. Die Regelung in Ziff. 3 wirkte zudem tendenziell gegen eine sparsame Mittelverwendung, da das Ansparen von Fördermitteln "bestraft" wird.

Insgesamt wird der hier geforderte Nachweis mangelnder Deckung der Kosten als Voraussetzung für die Förderung der Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte grundsätzlich abgelehnt.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Nach Meinung des Hartmannbundes wird hier lediglich das Problem der Beschaffung von Großgeräten angesprochen. Es muß jedoch zwischen "Beschaffung" und "Nutzung" unterschieden werden. Erst bei der Nutzung können entsprechende Leistungen erbracht und berechnet werden (nicht jedoch bei der Beschaffung: vergleiche Nr. 1 a). Die Nutzung bzw. Mitbenutzung von Großgeräten können Kostenerstattungen an Krankenhausträger auslösen, die privatrechtlich - wie bisher - abzusichern sind. Der Hartmannbund lehnt deshalb eine gesetzliche Regelung über die inneren Angelegenheiten von Krankenhäusern ab - und damit auch die in Nr. 1 a vorgesehene Vorschrift.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
10/940

Der Verband fordert seit langer Zeit den bedarfsgerechten Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte. Eine Bedarfsplanung in diesem Bereich kann aber nur dann den gewünschten Erfolg haben, wenn es ihr gelingt, den stationären und den ambulanten Bereich gemeinsam zu erfassen. Solange es nur im stationären Bereich Sanktionen für den bedarfswidrigen Betrieb eines Großgerätes gibt, muß die Großgeräteplanung unzulänglich bleiben. Um so weniger sind die restriktiven Finanzierungsregelungen in § 22 verständlich.

Im übrigen stößt das Vorhaben auf erhebliche rechtliche Bedenken, den Krankenhaussträger zu verpflichten, aus den Gebühren der die Großgeräte im stationären Bereich benutzenden Ärzte anteilige Abschreibungsbeträge für die Wiederbeschaffung anzusammeln. Die aufgrund der Bundespflegesatzverordnung von den liquidationsberechtigten Ärzten im stationären Bereich zu leistende Abgabe (§ 11 Abs. 3) ist gemäß § 13 Abs. 3 Nr. 6 BpflV im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung für die Betriebskosten in Ansatz zu bringen. Die Investitionskosten werden dagegen gemäß § 4 Nr. 1 KHG im Wege der Investitionskostenförderung durch die öffentliche Hand subventioniert. Die Regelung in § 22 Nr. 1 a des Entwurfes steht also mit der Systematik von KHG und Bundespflegesatzverordnung im Widerspruch, wonach die Investitionskosten über die öffentliche Hand, die Betriebskosten über die Pflegesätze finanziert werden.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Vorschrift ist ersatzlos zu streichen. Die Finanzierung der Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte muß nach den geltenden Bestimmungen des KHG erfolgen. So ist die Erstanschaffung eines medizinisch-technischen Großgerätes entsprechend § 9 Abs. 1 Ziff. 1 KHG von den Ländern zu fördern.

Die Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte hat nach § 9 Absatz 1 Ziffer 2 KHG grundsätzlich über Fördermittel zu erfolgen. Dies sollte mit einem Zuschlag zur Pauschale nach § 21 Absatz 3 des vorliegenden Entwurfes entsprechend des Abschreibungsbertrages für das einzelne Gerät erfolgen, weil sonst die Krankenhäuser mit

Großgeräten gegenüber anderen Krankenhäusern benachteiligt sind.

Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern dienen vor allem der stationären Krankenversorgung. Dabei werden keine Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen erzielt. Die Verwendung von noch nicht zweckentsprechend verausgabten pauschalen Fördermitteln nach § 21 Absatz 5 des vorliegenden Gesetzentwurfes widerspricht dem Charakter der Pauschale, die zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von 3 bis 15 Jahren dient. Dies zwingt ein sparsam wirtschaftliches Krankenhaus auch zum Ansparen solcher Mittel für teure, lebenswichtige Anlagen, wie z.B. Röntgenanlagen, Intensivüberwachungsgeräte u.ä..

Zu § 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie

=====
Grundstückskosten
=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt folgende Neufassung vor:

"Es werden gefördert:

1. Anlauf- und Umstellungskosten, wenn bei wirtschaftlicher Betriebsführung des Krankenhauses die Kosten nicht gedeckt sind (Betriebsgefährdung),

2. Kosten für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, wenn sie im Rahmen der Krankenhausplanung notwendigerweise entstehen."

Begründung:

Das KHG verlangt als Voraussetzung für die Förderung keinen Zusammenhang von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten mit förderungsfähigen Investitionen nach § 18. Es muß unterschieden werden zwischen Anlauf- und Umstellungskosten einerseits und den Kosten für den Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken andererseits. Notwendige Anlauf- und Umstellungskosten müssen voll finanziert werden. Die Kosten für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken sind dann zu bezuschussen, wenn sie notwendigerweise im Rahmen der Krankenhausplanung entstehen. Darüber hinaus sollte die Betriebsgefährdung davon abhängig gemacht werden, daß die Anlauf- und Umstellungskosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht gedeckt sind.

Zu Abs. 2

Die KGNW schlägt vor, diese Vorschrift zu streichen.

Begründung:

Bei der Beurteilung, ob eine Betriebsgefährdung vorliegt, muß allein auf die Finanzkraft des Krankenhauses bei wirtschaftlicher Betriebsführung abgestellt werden. Die Vertrags- und Finanzlage des Krankenhausträgers kann für die Beurteilung der Betriebsgefährdung des einzelnen Krankenhausbetriebes nicht maßgebend sein. Es wäre völlig sachwidrig, wenn bei mehrgliedrigen Einrichtungen das gesamte Vermögen des Trägers und bei gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen die Finanzlage der Gesellschafter

einbezogen würde. Im übrigen ist auf § 32 Abs. 1 zu verweisen, wonach das Krankenhaus als organisatorisch und wirtschaftlich eigenständiger Betrieb zu führen ist.

Zu Abs. 3

Dieser Absatz sollte ersatzlos gestrichen werden, da die Verknüpfung der Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten mit der Förderung der Errichtung von Krankenhäusern, der Wiederbeschaffung von Anlagegütern sowie des Ergänzungsbedarfs nicht durch das KHG gedeckt ist.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Die gewichtige Vorschrift über die Anlauf- und Umstellungskosten wurde im Vergleich zum Referentenentwurf überhaupt nicht verändert. Die Bedenken der Krankenhausgesellschaft und unserer Arbeitsgemeinschaft bleiben daher aufrechterhalten. Wegen der Einzelheiten nehmen wir Bezug auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft.

Zu Abs. 2

Bei der Beurteilung, ob eine Betriebsgefährdung vorliegt, kann nur allein auf die Vermögenslage des Krankenhausbetriebes für sich abgestellt werden. Bezieht man bei mehrgliedrigen Einrichtungen das gesamte Vermögen des Trägers ein, so verletzt man seine allgemeine Handlungsfreiheit und Planungshoheit.

Ebenso grundsätzlichen Bedenken begegnet es, bei gesellschaftlichen Betriebsformen die Finanzlage der Gesellschafter einzubeziehen. Denn dies stellt eine rechtlich

unzulässige Durchgriffshaftung und Ungleichbehandlung der juristischen Personen dar. Diese sind kraft Bundesrechts (GmbH-Gesetz) abschließend geregelt. Das GmbH-Gesetz kennt eine solche Durchgriffshaftung nicht. Der Landesgesetzgeber höhlt hier den Charakter der GmbH aus. Das GmbH-Recht als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes (Artikel 74 Nr. 1 GG) geht jedoch dem Landesrecht vor. Die betroffenen Verbände bzw. ihre Mitgliedskrankenhäuser werden eine rechtlich so bedenkliche Vorschrift nicht hinnehmen.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Zu Abs. 2

Es wird vorgeschlagen, Satz 1 wie folgt zu ändern:

"Eine Betriebsgefährdung i.S. von Absatz 1 ist nur dann gegeben, wenn die Finanzlage des Krankenhausbetriebs eine Abgeltung aus eigener Kraft als nicht zumutbar erscheinen läßt."

Begründung:

Die Förderung kann nicht von der Finanzlage des Krankenhausträgers und seiner Gesellschafter abhängig gemacht werden. Sie stünde auch nicht im Einklang mit § 4 KHG. Entscheidend kann allein die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses sein.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Kranken-
anstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 2

Die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gesellschafter zur Beurteilung der Betriebsgefährdung stellt eine Diskriminierung von gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen dar; sie ist deshalb zu streichen.

Zu § 26 Ausgleich für Eigenmittel

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1 Satz 1

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Werden in einem Krankenhaus..., so wird dem Krankenhausträger nach Feststellung des völlig oder teilweisen Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan..."

Begründung:

Der Wortlaut des § 26 Abs. 1 orientiert sich an der Rechtslage des KHG in der Fassung von 1972. In diesem Zusammenhang ist auf eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 24.09.1985, AZ: 3 C 68.84 hinzuweisen, welche sich mit dem Ausgleich für Eigenmittel befaßt. Diese Entscheidung berührt § 13 KHG in der Fassung 1972; diese Norm ist durch Artikel 1 Nr. 14 des Krankenhauskostendämpfungsgesetzes vom 22.12.1981 geändert worden. In § 13 Abs. 1 Satz 2 KHG sind die Worte "Beendigung der Förderung" durch die Worte "Ausscheiden aus dem Kranken-

hausplan" ersetzt worden. Nach der seinerzeitigen amtlichen Begründung zu dieser Änderung sollte dadurch die Möglichkeit beseitigt werden, daß ein Träger eines in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhauses durch einen einseitigen Verzicht auf die Förderung den Anspruch auf den Ausgleich auslöst. Es sollte daher überlegt werden, eine entsprechende Änderung in § 26 Abs. 1 des Entwurfs vorzusehen.

Zu § 27 Ausgleichsleistungen bei Einstellung des

=====

Krankenhausbetriebes

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Statt "...kann abgesehen werden," sollte nach Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen stehen "...ist abzusehen."

Begründung:

Eine Rückforderung der Fördermittel ist auszuschließen, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

Zu Abs. 2

Die KGNW schlägt vor, nach Ziffer 1 anzufügen:

"sowie sonstigen Verpflichtungen".

Nach Ziffer 2 sollte angefügt werden:

"3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden."

Begründung:

Zweck der Vorschrift ist es, die Einstellung oder Umstellung des Krankenhausbetriebes zu erleichtern. Ausgleichszahlungen sind auch für die Abwicklung sonstiger Verpflichtungen z.B. für die Fortführung von Altarchiven durch andere Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger zu verwenden. Ferner sollten Ausgleichszahlungen auch für die Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, verwendet werden können (§ 8 Abs. 2 Ziffer 34 KHG (alt)).

Zu Abs. 4

Diese Vorschrift sollte als Kann-Vorschrift ausgestaltet werden, um z.B. bei einer nicht verschuldeten Fristüberschreitung durch den Krankenhausträger sachgerechte Entscheidungen zu ermöglichen.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Abs. 4 sollte wie folgt gefaßt werden:

"Die Ausgleichszahlungen sind zurückzuzahlen, wenn der Krankenhausbetrieb aus einem von dem Krankenhaus zu vertretenden Grund nicht innerhalb der vorgesehenen Frist eingestellt oder auf andere Aufgaben umgestellt ist."

Begründung:

Bei einer unverschuldeten Fristüberschreitung ist eine Rückerstattung der Ausgleichszahlungen nicht gerechtfertigt.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nord-
rhein-Westfalen, 10/947

Die DAG begrüßt, daß Fördermittel auch für die Umstellung und Einstellung von Krankenhausbetrieben verwendet werden dürfen.

Eine Hilfe für die Beschäftigten, denen in Folge der Umstellung oder Einstellung des Krankenhausbetriebes beträchtliche Nachteile entstehen, ist zwingend erforderlich. Die Grenzen hierfür dürfen nicht zu eng gezogen werden. Nach Auffassung der DAG sollten beispielsweise auch Umschulungsmaßnahmen von der Förderung erfaßt werden können.

Zu § 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 2

Dieser Absatz sollte ersatzlos gestrichen werden, da die regelmäßige Wartung und Instandsetzung sämtlicher Anlagegüter bereits im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes des KHG erforderlich ist. Im übrigen enthalten gesetzliche Bestimmungen, wie etwa die Medizingeräte-Verordnung, spezielle Verpflichtungen zur Wartung und Instandsetzung von Anlagegütern. Zudem ist ein praktikables und kostengünstig halbwegs tragbares Verfahren zum Nachweis nicht denkbar. Eine Versicherungspflicht ist darüber hinaus nicht zweckmäßig.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Abs. 2 sollte ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung gehören auch die regelmäßige Wartung und Instandhaltung der Anlagegüter der Krankenhäuser, so daß diese Vorschrift überflüssig ist.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Kranken-
anstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Bestimmungen sollten ersatzlos gestrichen werden. Es gehört zur Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser, Versicherungen im verkehrsüblichen Umfange abzuschließen. Dabei ist auch die Wirtschaftlichkeit solcher Versicherungen in jedem Einzelfall abzuwägen. Eine generelle Verpflichtung zum Abschluß von Versicherungen setzt die Krankenhäuser einem sicherlich nicht gewollten Druck der Versicherungsunternehmen aus.

Es entspricht auch einer verantwortungsbewußten Betriebsführung, daß alle Anlagegüter regelmäßig gewartet und instandgesetzt werden, sofern die dafür erforderliche Finanzierung ausreichend gesichert ist.

Zu § 29 Zweckbindung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt vor, dem § 29 Abs. 1 folgenden Satz anzufügen:

"Die Nebenbestimmungen dürfen die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus nicht beeinträchtigen."

Begründung:

Nebenbestimmungen müssen sich innerhalb der Grenzen von § 1 Abs. 2 KHG halten.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

Abs. 1 ist wie folgt zu ändern:

"Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Bedingungen und Auflagen nur verbunden werden, soweit sie für die Einhaltung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

Begründung:

Die vorgesehene Vorschrift geht weit über § 14 KHG a.F. hinaus und ist daher abzulehnen. Sie führt in dieser Form zu einer erheblichen Verunsicherung der Krankenhausträger und schränkt den Förderanspruch unzumutbar ein. Es sollte

daher die alte Fassung des § 14 KHG übernommen werden. Die Notwendigkeit dieser Äußerung ergibt sich auch aus § 1 Abs. 2 Satz 3 KHG. Danach darf die Gewährung von Fördermitteln nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

Abs. 4 Satz 1 sollte ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Es sollte weiterhin i.S. einer sparsamen Wirtschaftsführung möglich sein, die pauschalen Fördermittel zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen einzusetzen. Eine Abkehr von dieser Übung würde die Inanspruchnahme von Kapitalmarktmitteln mit entsprechend hohen Kreditzinsen verlangen, während andererseits aufgrund eines sparsamen Mitteleinsatzes vorhandene Rücklagen aus Pauschalen nicht genutzt werden dürfen. Die zusätzliche Belastung der Selbstkosten mit Kreditzinsen ist nicht im Sinne der Versicherungsgemeinschaft. Darüber hinaus widerspricht diese Vorschrift der Regelung in § 9 Abs. 3 KHG, wonach die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge zu fördern haben, "mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann".

Zu § 30 Rückforderung von Fördermitteln

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Die KGNW schlägt für den gesamten § 30 folgende Neuformulierung vor:

"(1) Fördermittel können ganz oder teilweise versagt, zurückbehalten und zurückgefordert werden, wenn von den Festlegungen im Feststellungsbescheid tatsächlich abgewichen wird, ohne dies der zuständigen Behörde rechtzeitig anzuzeigen. Das gleiche gilt, wenn das Krankenhaus die im Soll ausgewiesenen Betten oder Abteilungen aus Gründen, die es zu vertreten hat, nicht bis zum vorgesehenen Zeitpunkt tatsächlich vorhält.

(2) Werden Fördermittel nicht ihrem Zweck entsprechend verwendet, werden geförderte Anlagegüter nicht zweckentsprechend genutzt oder werden sonstige mit den Fördermitteln verbundenen Auflagen nicht erfüllt, kann der Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise widerrufen werden.

(3) Die Fördermittel können zurückgefordert werden, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von

ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid unmöglich wird. Bei teilweiser Nichterfüllung der Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ist die Erstattungspflicht entsprechend anteilig begrenzt. (§ 27 Abs. 1 bleibt unberührt.)

(4) Zinsen bis 500,-- DM werden nicht erhoben.

(5) Das VwVfG NW findet Anwendung."

Begründung:

Die Voraussetzungen, unter denen Fördermittel ganz oder teilweise versagt, zurückbehalten und zurückgefordert werden können, sollten in einer Vorschrift zusammengefaßt werden. Wir schlagen daher vor, die Rückforderungstatbestände des § 15 Abs. 2 Satz 3 und 4 des Gesetzentwurfes in den Regelungsbereich des § 30 einzubeziehen. § 15 Abs. 2 Satz 3 und 4 sollte als neuer Absatz 1 des § 30 den weiteren Rückforderungstatbeständen vorangestellt werden.

Dabei bedarf die Regelung des § 15 Abs. 2 Satz 3 eines flexibleren Inhaltes. Die Versagung, Zurückbehaltung und Rückforderung sollte zumindest in Fällen kurzfristiger und vorübergehender Abweichungen nicht von der fehlenden Zustimmung der zuständigen Behörde abhängig gemacht werden. In Fällen kurzfristiger und vorübergehender Abweichungen reicht es aus, wenn das Krankenhaus seiner Verpflichtung aus § 15 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz, nicht nachgekommen ist, beabsichtigte Änderungen anzuzeigen.

Die in § 30 Abs. 1 Satz 1 genannten Gründe, aus denen der Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise widerrufen werden kann, sehen wir aufgrund der dort verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe ("unwirtschaftlich", "alsbald") als zu weitgehend an. Diese unbestimmten Rechtsbegriffe öffnen einer extensiven Auslegung Tür und Tor, da keine verbindlichen, abgesicherten Maßstäbe für ihre Auslegung vorhanden sind. Die Widerrufsgründe des § 30 Abs. 1 Satz 1 sollten daher auf die "zweckwidrige Verwendung" der Fördermittel beschränkt werden.

Die Rückforderungsregelung des § 30 Abs. 1 steht darüber hinaus in Widerspruch zum Verwaltungsverfahrensgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVfG NW). Die Begründung zum Entwurf des KHG NW weist zutreffend darauf hin, daß das Verwaltungsverfahrenrecht einen Widerruf für die Vergangenheit nicht kennt. Da derzeit nicht abzusehen ist, wann und in welchem Umfang eine Änderung des VwVfG NW in Kraft tritt, ist der Widerruf des Bewilligungsbescheides an die jeweils geltende Rechtslage zu koppeln.

Die Anwendung des Verwaltungsverfahrensgesetzes muß sich darüber hinaus auch auf die übrigen Tatbestände des § 30 beziehen. Das gilt insbesondere für die Ausschlußfrist des § 49 Abs. 2 in Verbindung mit § 48 Abs. 4 VwVfG.

In § 30 ist auf das Verwaltungsverfahrensgesetz NW ausdrücklich Bezug zu nehmen.

Begründung zu Abs. 2

Durch den Wegfall der Rückforderungsmöglichkeit für die Vergangenheit und den Verweis auf das VwVfG wird Absatz 2 entbehrlich.

Begründung zu Abs. 3

Die Regelung des § 30 Abs. 3 sollte gestrichen werden. Die Formulierung widerspricht dem Gedanken der Pauschalförderung und würde die Bildung von Reserven und die Ansammlung von Mitteln unmöglich machen.

Begründung zu Abs. 4

Die Vorschrift sollte als Kann-Bestimmung ausgelegt werden. Bei den dort genannten Rückerstattungstatbeständen dürfte es sich regelmäßig um Einzelfallentscheidungen handeln, um jeweils die Umstände des Einzelfalles berücksichtigen und den Verhältnissen im einzelnen Krankenhaus Rechnung tragen zu können, sollte in dieser Vorschrift eine Ermessensentscheidung vorgesehen werden.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
10/936 und 10/950

Die Absätze 1 - 3 sollten ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Eine Konkretisierung von einzelnen Vorschriften des Verwaltungsverfahrensgesetzes wird nicht für notwendig gehalten. Zudem sind Vorgriffe auf beabsichtigte Änderungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes entschieden abzulehnen, da hierfür eine Notwendigkeit nicht anerkannt wird.

Einfügung eines neuen § 31 a - Förderung des theoretischen Teils der Ausbildung

Es wird gebeten, folgende Vorschrift in das Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen:

"Für den theoretischen Teil der Ausbildung in mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes gefördert werden, sind Fördermittel zu gewähren, soweit diese Kosten nicht aufgrund anderer Vorschriften gedeckt werden. Die Fördermittel können mit Zustimmung des Trägers auch auf Grund pauschaler Kostenwerte festgesetzt werden."

Begründung:

Da die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung nach § 17 Absatz 4 a Satz 2 KHG nur noch bis zum 31.12.1988 über den Pflegesatz finanziert werden, muß die Anschlußfinanzierung durch das Land sichergestellt werden. Es ist den Krankenhausträgern sowie den Schülern und Schülerinnen nicht zuzumuten, daß die Finanzierung weiter offen bleibt, zumal bei den dreijährigen Ausbildungen schon heute die letzten beiden Jahre nicht mehr geregelt sind. Entsprechend ist in § 41 des Gesetzes das Inkrafttreten ab 1.1.1989 aufzunehmen.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 3

Die Bestimmung kann sich nur auf die Einzelförderung nach § 18 und § 20 des Gesetzentwurfes beziehen, weil sonst die Formulierung dem Charakter der Pauschalförderung widersprechen würde. Deshalb sollte zur Klarstellung formuliert werden:

"(3) Werden Fördermittel im Rahmen der Einzelförderung..."

Zu § 31 Investitionsverträge

=====

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Nach Auffassung der DAG sind Investitionsverträge nach § 18 b Krankenhausfinanzierungsgesetz sehr bedenklich: Maßnahmen, die die öffentliche Hand zu finanzieren hat, werden entgegen dem Prinzip der Kostenaufteilung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Nach unserer Auffassung kann das Sparziel als Zweck das Mittel "Investitionsverträge" nicht heilen. Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung III §. f. (Seite 14).

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

In der Gesetzesbegründung zu § 31 im Zusammenhang mit dem Zustimmungserfordernis zu den Investitionsverträgen wird ausdrücklich darauf abgestellt, daß die beabsichtigten Investitionen oder Maßnahmen mit dem Ziel der Krankenhausplanung übereinstimmen und nicht zu Folgeinvestitionen führen. Es wird also dafür Sorge getragen, daß durch den Abschluß von Investitionsverträgen, deren Kosten über die Pflegesätze abgedeckt werden, keine Folgekosten auf das Land wegen möglicher weiterer Investitionen zukommen. Hier schützt sich das Land demnach durch das Zustimmungserfordernis vor der Belastung mit Kosten, die auf Maßnahmen der Krankenversicherungs- und der Krankenhausträger zurückzuführen ist. Daher ist es auch geboten, die Krankenversicherungsträger und damit die Beitragszahler vor

Kosten zu schützen, die das Land zu tragen verpflichtet ist. Andernfalls sichert sich das Land ein Recht, das es seinerseits bei einem umgekehrten Kostenrisiko den Kostenträgern vorenthält.

Zu Abschnitt IV

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Gegen die Bestimmungen zur Krankenhausstruktur in diesen Paragraphen wird aus verfassungsrechtlichen Gründen nachhaltiger Widerspruch erhoben. Sie sind mit dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 25.3.1980 nicht zu vereinbaren. Wir behalten uns ausdrücklich vor, dies gegebenenfalls nachprüfen zu lassen. Wir halten unsere Bedenken deswegen für so gravierend, weil der angezogene Beschluß des Bundesverfassungsgerichts so eindeutig ist, daß er mit den hier vorgelegten Bestimmungen nicht in Einklang gebracht werden kann.

Zudem halten wir die Vorschrift, daß der Abschlußbericht der zuständigen Behörde auf Verlangen vorzulegen sei, für eine Vorschrift, die der Rechtsgrundlage entbehrt und für die durch dieses Gesetz auch keine Rechtsgrundlage geschaffen werden kann. Tatsächlich wird nämlich durch diese Bestimmung eine gesetzliche Aufsicht über die Geschäftsführung eines Krankenhauses eingeführt, die inakzeptabel ist, weil seitens der Behörde ein Instrument der wirtschaftlichen Führung eines Hauses zu Aufsichtszwecken gebraucht werden könnte, auf die der Staat keinen Anspruch hat. Wenn der Staat nach Absatz 2 Ziffern 3 und 4 auch das Recht hat, die Verwendung der von ihm gestellten Mittel nachzuprüfen, kann keine Rede davon sein, daß behördliches Verlangen, eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Einsicht in die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens oder die wirtschaftlichen Verhältnisse insgesamt sein könnte.

Wir bitten Sie sehr nachdrücklich darum, diese unsere Bedenken ernst zu nehmen, weil wir es für verheerend halten müßten, wenn sich der Landesgesetzgeber über einen Beschluß des Bundesverfassungsgerichts hinwegsetzen sollte. Wir haben auf jeden Fall nicht die Absicht, eine Einschränkung verfassungsmäßiger Rechte widerspruchslos hinzunehmen.

3. Evangelisches Büro, 10/943

Eine ganze Reihe von Bedenken ergeben sich schließlich gegen die Bestimmungen des IV. Abschnittes. Zwar sind einige Bestimmungen entfernt worden, die seinerzeit ausdrücklich als für die kirchlichen Krankenhäuser nicht geltend bezeichnet worden waren. Man hat aber offenbar nicht bedacht, daß alle Bestimmungen, die die Struktur und Organisation betreffen, dem formulierten hohen Anspruch gerecht werden müssen, wie er aufgrund der hohen Ausführungen des BVerfG deutlich ist. Es ist eigentlich nicht zu verstehen, daß man z.B. in § 36 die besondere kommunalverfassungsrechtliche Lage berücksichtigt, daß man aber nicht die von Verfassung wegen den Kirchen garantierten Rechte zur Kenntnis nehmen will.

Neben den Vorgaben für die Leitungsstruktur halten wir die durch § 33 vorgegebenen Kontrollmöglichkeiten für rechtsstaatlich bedenklich. Wenn § 33 Abs. 3 am Ende formuliert, daß der Abschlußbericht der zuständigen Behörde "im übrigen nur auf deren Verlangen" vorzulegen sei, so bedeutet dieses, daß offenbar die zuständige Behörde jederzeit ein solches Verlangen aussprechen kann. Die Grenzen dieser Bestimmung sind nicht deutlich. Es ist nicht erkennbar, welche Folgerungen sich für die Behörde aus

diesem Bericht ergeben sollen und welche Rechtsfolgen aus der Vorlage abzuleiten sind.

13. Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, 10/939

Im Gesetzentwurf fehlen Bestimmungen über die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Einkünften aus gesondert berechneten ärztlichen Leistungen der dazu berechtigten Ärzte.

Wenn auch nach § 2 Abs. 2 Satz 3 Privatstationen nicht mehr eingerichtet und betrieben werden, besteht nach § 2 Abs. 2 Satz 2 die Möglichkeit zum Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages.

Die Notwendigkeit einer Regelung wie bisher im § 25 KHG NW aus dem Jahre 1975 ist demnach immer noch gegeben.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland Pfalz e.V., 10/938

Es ist, wie unter Ziff. 1 schon ausführlich dargestellt und eingehend begründet, unser dringendes Anliegen, daß die Strukturvorschriften des alten KHG NW ohne wesentliche Änderungen übernommen werden, insbesondere die Vorschriften über den ärztlichen Vorstand und die Mitarbeiterbeteiligung erhalten bleiben. Selbst wenn man sich nicht der Ansicht anschließt, es reiche in bezug auf die Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft der Vorbehalt einer anderweitigen generellen kirchenrechtlichen Regelung aus, bliebe die Möglichkeit, es bei der jetzigen

Rechtslage zu belassen, wonach die Vorschriften über den ärztlichen Vorstand und die Mitarbeiterbeteiligung nur an diesen Krankenhäusern keine Anwendung finden. So sehen es die bereits in Kraft getretenen Novellierungen der Krankenhausgesetze von Rheinland-Pfalz, Hessen und Baden-Württemberg vor. Es bliebe dann die Möglichkeit, entsprechend der Regelung in Rheinland-Pfalz zu verfahren und seitens des zuständigen Ministeriums Empfehlungen an die kirchlich getragenen Krankenhäuser herauszugeben, den ärztlichen Vorstand und die Mitarbeiterbeteiligung so zu regeln, wie dies das Krankenhausgesetz für Krankenhäuser in nichtkirchlicher Trägerschaft vorsieht.

20. Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
10/940

Zu §§ 32 - 37, Krankenhausstruktur

Den vom Verband im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes von 1980 geäußerten Bedenken wurde im Rahmen des vorliegenden Entwurfes Rechnung getragen. Dies wird nachdrücklich begrüßt, weil anderenfalls neuerliche Verfassungsbeschwerden unvermeidbar gewesen wären. Auch sonst wurden wesentlichen Bedenken des Verbandes gegen die bisherigen Regelungen zur inneren Struktur Rechnung getragen. Nach wie vor bestehen allerdings Bedenken gegen die Regelung in § 35 Abs. 2 wonach Belegärzte nur dann tätig werden dürfen, soweit die Abteilung nach dem Feststellungsbescheid als Belegabteilung zugelassen ist. Denn gerade in ländlichen Bereichen stellt die Einbeziehung von Belegärzten in die stationäre Versorgung auf hauptamtlichen Abteilungen einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der personellen Situation im Krankenhaus und damit zur Verbesserung der wirtschaftlichen Betriebsführung dar.

7. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 10/941

Im Vergleich zum Referentenentwurf aus dem Dezember 1985 sollen die psychiatrischen Sonderkrankenhäuser nach dem Regierungsentwurf nach wie vor der niedrigsten Versorgungsstufe/Anforderungsstufe zugeordnet werden, allerdings mit dem Unterschied, daß ihnen ab dem 350. Bett nur noch die halbe Bettenpauschale zugewiesen wird. Der Berechnungsmodus entspricht insbesondere bei größeren Krankenhäusern im Grundsatz der Erkenntnis, daß eine proportionale Beziehung zwischen der Anzahl der Betten und dem Mittelbedarf nur eingeschränkt hergestellt werden kann. Dies ist darauf zurückzuführen, daß ein großer Teil der Investitionen nur bedingt von der Anzahl der betreuten Patienten abhängig ist.

Die Gesetzesbegründung gibt allerdings nicht Aufschluß darüber, warum die Kürzung des Fördermittelbetrages ab dem 350. Bett ansetzt und läßt auch offen, inwieweit dies empirisch belegt ist. Die Aussage der Begründung, daß in psychiatrischen Einrichtungen grundsätzlich der Wiederbeschaffungsbedarf für hochwertige medizinisch-technische Einrichtungen relativ gering ist, wird von mir geteilt. Zu beachten ist aber andererseits, daß die psychiatrischen Krankenhäuser bei der Pavillonbauweise mit überdurchschnittlichen Infrastrukturproblemen behaftet sind, die den angeführten Kürzungsgründen gegenzurechnen sind.

Zu § 32 Wirtschaftliche Betriebsführung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 2

Der letzte Halbsatz "...in denen insbesondere...vorgehalten werden" sollte gestrichen werden, da diese Regelung die Fusion von Krankenhäusern mit dem Ziel der Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erschwert und dem Geist des § 10 des Gesetzentwurfes widerspricht.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936 und 10/950

In Absatz 1 ist folgender Satz 2 anzufügen:

"Zusammenschlüsse von Krankenhäusern innerhalb eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt sind zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig."

Absatz 2 kann dann gestrichen werden. Anderenfalls ist der letzte Halbsatz 2 in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden" zu streichen.

Begründung:

Das hier vorgesehene Verbot ist sachlich nicht gerechtfertigt. Dadurch wird die Fusion von Krankenhäusern aus nicht anzuerkennenden Gründen erschwert. Offenbar soll verhindert werden, daß das Krankenhaus durch einen Zusammenschluß in eine höhere Versorgungsstufe kommt und damit höhere Fördermittel erhält. Wenn künftig die Pauschalförderung nicht mehr ausschließlich an der Bettenzahl orientiert

tiert wäre, würde dieser Gesichtspunkt in Zukunft keine Bedeutung mehr haben. Insbesondere unter den Gesichtspunkten der Kostendämpfung und einer wirtschaftlichen Betriebsführung sollte die Fusion mehrerer Krankenhäuser zu einem Krankenhaus nicht in dieser Form erschwert werden. Auf unsere einleitenden Ausführungen (S. 3 Ziff. 4) wird verwiesen.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Auch die DAG ist der Auffassung, daß Krankenhäuser organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein müssen. Sie weist jedoch darauf hin, daß eine Ver selbständigung von Krankenhausbetrieben nicht die Konsequenz haben darf, daß der Rationalisierungsschutz nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) ausgehebelt wird.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Abs. 2

Die vorgesehene Bestimmung, wonach Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden dürfen, erschwert die in bestimmten Fällen wünschenswerte Fusion von Krankenhäusern.

Zu § 33 Abschlußprüfung

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 2 Satz 2 Nr. 2

Diese Regelung sollte nach Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen gestrichen werden, wenn damit, wie die Begründung fordert, die Krankenhäuser einer Prüfung auf die Einhaltung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit unterzogen werden sollen. Sie verlangt damit im Rahmen von Abschlußprüfungen praktisch eine vollständige Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dies ist weder möglich noch sinnvoll. Auch das novellierte HGB schreibt in §§ 316 ff. HGB eine solche Prüfung nicht vor. Aus dem gleichen Grunde sollten die Worte "sparsame und wirtschaftliche" in Ziffer 3 gestrichen werden.

Zu Abs. 3

Diese Vorschrift sollte ersatzlos gestrichen werden, da die Herausgabe von Abschlußberichten an die zuständige Behörde für die Zwecke des KHG nicht erforderlich ist. Die Vorschrift stellt insofern ein Übermaß dar. Im übrigen handelt es sich bei den Abschlußberichten im Gegensatz zum Jahresabschluß um Dokumente, die ausschließlich für interne Zwecke des Krankenhausträgers bestimmt sind.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Zu Abs. 3

Diese Vorschrift ist ersatzlos zu streichen, weil die Herausgabe von Abschlußberichten an die zuständige Behör-

de für die Überwachung der Zwecke des KHG nicht erforderlich ist. Die Vorschrift widerspricht insbesondere dem Rechtsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit in dem Fall, daß grundsätzlich die Vorlage verlangt wird bei eingeschränkter Erteilung des Bestätigungsvermerks. Denn das kann aus verschiedenen Gründen geschehen, ohne daß es ein Indiz für desolate wirtschaftliche Verhältnisse eines Krankenhauses zu sein braucht. Wesentlich aber ist, daß die Rechtsaufsicht über die zweckentsprechende Verwendung der Krankenhausförderung keine betriebswirtschaftliche Zweckmäßigkeitsaufsicht ist. Mit anderen Worten, die Rechtsaufsicht nach dem dualen Finanzierungssystem erlaubt keine prospektive Wirtschaftlichkeitsüberwachung, sondern nur die Überwachung der zweckentsprechenden Verwendung.

Völlig unverständlich ist der letzte Halbsatz von § 33 Absatz 3, wonach die Vorlage des Abschlußberichtes unabhängig vom Fall eingeschränkter oder versagter Bestätigung jederzeit auf Verlangen der Behörde möglich sein soll. Diese Formulierung erscheint rechtsstaatlich äußerst bedenklich, weil im ersten Halbsatz das Vorlage-recht an konkrete einschränkende Merkmale geknüpft wird, im zweiten Halbsatz jedoch das uneingeschränkte Einsichtsrecht auf bloßes Verlangen der Behörde festgelegt wird.

Sollte eine Streichung des § 33 Absatz 3 nicht in Frage kommen, dann muß der verwaltungsrechtlich belastende Eingriffstatbestand "Vorlage des Abschlußberichtes" an konkrete Tatbestände im Gegensatz geknüpft werden. Vor allem aber kann der Tatbestand der eingeschränkten Erteilung nicht mit den gleichen Rechtsfolgen belegt werden wie derjenige der völligen Versagung des Prüfungsvermerks.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Wir gehen davon aus, daß der Abschlußbericht auch auf Verlangen der Pflegesatzparteien in den Pflegesatzverhandlungen vorgelegt werden muß.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 19/942

Abs. 3 Satz 2

Diese Bestimmung ist zu streichen. Die Vorlage des Abschlußberichtes an die zuständige Behörde ist für Zwecke der Planung und Investitionsförderung nicht erforderlich.

Zu § 34 Leitung und medizinische Organisation

=====

7. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 10/941

Nach Absatz 2 des § 34 ist das Krankenhaus nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben des Feststellungsbescheides in Abteilungen zu gliedern.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat seine Krankenhäuser bisher als Fachkrankenhäuser einer ärztlichen Fachdisziplin definiert und innerhalb der Fachdisziplin unter dem Gesichtspunkt überschaubarer Verantwortungsbereiche sowie nach medizinischen Gesichtspunkten Funktionsbereiche gebildet. Diese Gliederung hat sich bewährt.

Nach einem Erlaß des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 26.11.1984 wird derzeit im Krankenhausbedarfsplan auch eine Differenzierung des Disziplinspiegels nach Teilgebieten der Psychiatrie vorgenommen.

Die Verknüpfung der Gliederung des Krankenhauses mit den Vorgaben aus dem Krankenhausplan erscheint dann zumindest für den Bereich "Psychotherapie/Neurosen/Psychosomatik" mit Schwierigkeiten verbunden, da nicht in allen Häusern des LWL die Betten dieser Teilgebiete in gesonderten Abteilungen vorgehalten werden.

Im übrigen verweise ich zu § 34 auch auf die Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. vom 2.4.1984, der sich gegen die Zergliederung des Krankenhauses in Organisationsbereiche auf der Basis medizinischer Teilgebietsbezeichnungen gewandt hat.

10. Ärzttekammer Nordrhein, 10/931

Wir bitten, hinter Absatz 1 die jetzige Fassung des § 17 Abs. 2 aus dem geltenden KHG NW vom 25.2.1975 einzufügen:

"Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung und ihre personelle Erweiterung sind zulässig, wenn die in Absatz 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind."

Die vorgeschlagene Ergänzung gibt den Krankenhausträgern Gestaltungsspielraum für abweichende Formen der Betriebsleitung. Der jetzige Absatz 2 des Entwurfs soll Absatz 3 werden.

11. Ärzttekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe vertritt die Auffassung, daß in diesem Paragraph die Gleichberechtigung des leitenden Krankenhausarztes unbedingt zum Ausdruck kommen muß.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Hier muß im 1. Absatz folgendes angefügt werden:

"Soweit der Leiter des techn. Dienstes nicht als Mitglied der Betriebsleitung bestellt ist, gehört er mit beratender Stimme der Betriebsleitung an."

Durch die zunehmende technische Entwicklung im Krankenhaus hat die Aufgabe des technischen Leiters an Bedeutung zugenommen. Seine Sachkenntnis ist hier unbedingt erforderlich.

Abs. 2

Bei der Gliederung des Krankenhauses dürfen die pflegerischen Gesichtspunkte nicht übersehen werden. Aus diesem Grund ist in der zweiten Zeile

"und" durch ein Komma zu ersetzen; nach "medizinischen" wird ergänzt:
"und pflegerischen".

Zur Entlastung und zur rationellen Ausnutzung der Akutkrankenhäuser sollten vermehrt Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge geschaffen werden.

18. Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
10/934

Nach Meinung des Hartmannbundes müssen auch Belegärzte die Möglichkeit haben, bei der Betriebsleitung zumindest mitzuwirken. Dieses Mitwirkungsrecht steht dann auch in Einklang mit der Vorschrift in § 35 über den ärztlichen Dienst.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Die in § 34 enthaltenen Vorschriften zur Betriebsleitung sind überflüssig; sie sollten deshalb ersatzlos entfallen. Letztlich kann und muß der Krankenhausträger die in diesen Bestimmungen angesprochenen Organisationsmaßnahmen - auch im Hinblick auf haftungsrechtliche Konsequenzen für den ordnungsgemäßen Betrieb - selbst regeln.

23. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), 10/945

Ergänzung:

Dieser Paragraph muß neu eingefügt werden und sollte überschrieben sein:

§ 34 a Pflegerischer Dienst

(1) Die Leitende Krankenschwester/der Leitende Krankenpfleger und ihre/seine Vertretung werden vom Träger des Krankenhauses bestellt. Sie/er muß über eine entsprechende Weiterbildung verfügen.

(2) Die Leitende Pflegekraft ist für die Pflege verantwortlich. Sie hat insbesondere die Aufgabe,

- die Pflegequalität zu gewährleisten
- den Personaleinsatz zu organisieren
- die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhausbereichen sicherzustellen
- auf Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit im Pflegebereich zu achten.

Begründung:

Die Aufgaben der Leitenden Pflegekraft sollten benannt werden, um Verantwortlichkeit und Kompetenz in Übereinstimmung zu bringen. Das Pflegepersonal hat als einzige Berufsgruppe ständigen Patientenkontakt und damit direkten Einfluß auf das Wohlbefinden der Patienten. Der Krankenhausaufenthalt wird überwiegend durch Medizintechnik und die Anforderung der sogenannten "Funktionsabteilungen" bestimmt. Sach- und fachkundige Vorstellung von Krankenpflege können kaum noch verwirklicht werden. Die Krankenpflege ist deshalb auf die gesetzliche Aufgabenbeschreibung zum Wohle der Patienten angewiesen.

Zu § 35 Ärztlicher Dienst

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Zu Abs. 1

Die KGNW schlägt zu Satz 1 folgende Neuformulierung vor:

"Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen in medizinischen Fragen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen,..."

Begründung:

Das Weisungsrecht des Krankenhausträgers in nichtmedizinischen Bereichen muß bestehen bleiben.

Zu Abs. 2

Die KGNW schlägt folgende Neuformulierung vor:

"Belegärzte sollen grundsätzlich nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Krankenhausplan als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte in einer Fachrichtung, die nach dem Feststellungsbescheid im Krankenhaus nicht vorgesehen ist, nur zu ergänzenden Untersuchungen und Behandlungen tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist."

Begründung:

Bezüglich des Tätigwerdens von Belegärzten sollte eine flexiblere Regelung getroffen werden.

7. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 10/941

Im Gegensatz zu den Referentenentwürfen ist im Absatz 1 erstmals vorgesehen, daß der Träger des Krankenhauses für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen hat, der für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Die Weisungsgebundenheit des Abteilungsarztes ist somit zusätzlich im Gesetzentwurf aufgenommen worden.

Auch für den Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist unbestritten, daß der jeweilige Abteilungsarzt für die Untersuchung und Behandlung der einzelnen Patienten seiner Abteilung verantwortlich und insoweit weisungsungebunden ist. Die zusätzliche Aufnahme des Erfordernisses der Weisungsungebundenheit im Gesetzentwurf ist aber zumindest in ihrer Formulierung mißverständlich. Da sie nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfes ganz offenbar über die patientenbezogene Weisungsungebundenheit im Einzelfall hinausgeht, würde dies bedeuten, daß der Abteilungsarzt auch im übrigen an Weisungen der Betriebsleitung bzw. des Leitenden Arztes im organisatorischen und personellen Rahmen nicht gebunden wäre. Dies kann so nicht richtig sein.

Im übrigen ist seitens des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe darauf hinzuweisen, daß gerade in psychiatrischen Fachkrankenhäusern auch bezogen auf therapeutische Fragestellungen zumindest ein ständiger Erfahrungsaustausch und eine kritische Diskussion zwischen dem Leitenden Arzt und den Abteilungsärzten bzw. Bereichsärzten schon im Interesse der Patienten notwendig ist. Selbst im Akut-Bereich halten sich die Patienten in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern häufig doppelt und dreifach so lange auf wie die Patienten in somatischen Kliniken. Hier ist ein ständiger fachlicher Austausch im Interesse der Patienten schon wegen dieser längeren Verweildauern unumgänglich.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe schlägt daher vor, im Absatz 1 des § 35 die Worte "nicht weisungsgebunden" zu streichen.

10. Ärztekammer Nordrhein, 10/931

Wir bitten dringend, den zweiten Absatz ersatzlos zu streichen. Die Frage, wie ein Krankenhaus im einzelnen organisiert wird, insbesondere ob die Patienten durch hauptberufliche Krankenhausärzte oder Belegärzte zu versorgen sind, sollte nicht der Staat durch Krankenhausplan und Feststellungsbescheid entscheiden, sondern den Krankenhausträgern in Zusammenwirken mit der Ärzteschaft und den Kostenträgern überlassen sein (s. Allgemeiner Teil dieser Stellungnahme).

11. Ärztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Unserer Auffassung nach muß der 2. Absatz ersatzlos gestrichen werden. Es muß der Entscheidungsfreiheit eines Krankenhauses überlassen bleiben, ob eine Abteilung durch einen hauptberuflich tätigen Arzt geleitet werden soll, oder ob die Patientenversorgung mehreren Belegärzten im kooperativen Belegarztsystem übertragen werden soll.

15. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen, 10/947

Zu Absatz 2 ist zu prüfen, ob eine darüber hinausgehende Öffnung für konsultatorische Behandlung möglich ist.

21. Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e.V., 10/949

Die in § 35 enthaltenen Vorschriften zum ärztlichen Dienst sind überflüssig; sie sollten deshalb ersatzlos entfallen. Letztlich kann und muß der Krankenhausträger

die in diesen Bestimmungen angesprochenen Organisationsmaßnahmen - auch im Hinblick auf haftungsrechtliche Konsequenzen für den ordnungsgemäßen Betrieb - selbst regeln.

Zu § 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

=====

14. Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung NRW 1, 10/944

Hier verweisen wir auf unsere Forderung in der allgemeinen Vorbemerkung zum KHG NW.

Zu § 37 Statistik

=====

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Es ist umstritten, wie weit die Ermächtigung des Bundes aufgrund von § 28 KHG zum Erlaß einer Bundesstatistikverordnung geht. Sofern die Bundesstatistikverordnung zustande kommt, ist eine landesrechtliche Regelung nicht zweckmäßig. In jedem Falle ist sicherzustellen, daß eine Doppelbelastung der Krankenhäuser durch eine Bundesstatistik und eine Landesstatistik vermieden wird.

4. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, 10/1008

Diese Vorschrift erscheint insoweit nicht hinreichend durchdacht, als über die Grundsätze der Erhebung von Daten für eine sachgerechte Krankenhausplanung keine Klar-

heit besteht. Dies wird insbesondere aus den Angaben in der Klammer in Satz 1 deutlich, die für eine im Gesetz unübliche Weise zweifach durch Zusätze wie "z.B." und "usw." relativiert sind.

Ferner ist nicht deutlich, was mit "Krankenhaushäufigkeit" gemeint ist. Wenn das die Fallzahl ist, dann ist das als zutreffender Begriff zu verwenden. Über die Krankenhaushäufigkeit kann ein einzelner Krankenhausträger keine Angaben treffen.

Satz 2 sollte insoweit redaktionell überarbeitet werden, als nicht die Rede sein sollte von "... unter die Auskunftspflicht fallende Umstände", sondern zutreffender von "Daten".

Ferner empfiehlt es sich, die zu erhebenden Daten mit den unmittelbar Beteiligten gemäß § 14 Absatz 1 abzustimmen. Formulierungsvorschlag:

"Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nach Abstimmung mit den unmittelbar Beteiligten nach § 14 Absatz 1 die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im einzelnen festzulegen."

10. Arztekammer Nordrhein, 10/931

Bei allen statistischen Erhebungen im Krankenhaus muß der Schutz sensibler Daten gewährleistet sein. Auf Ziffer 5 des Allgemeinen Teils der amtlichen Begründung zu dem Gesetzentwurf weisen wir hin.

11. Ärztekammer Westfalen-Lippe, 10/937

Nach Auffassung der Ärztekammer Westfalen-Lippe muß hier zum Ausdruck kommen, daß die Sicherung der persönlichen Daten nach de Datenschutzbestimmungen gewährleistet ist.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

Speziell im Hinblick auf die beabsichtigte gesetzliche Regelung über den Datenschutz in Krankenhäusern wäre insoweit ein Vorbehalt wünschenswert, daß Auskünfte von den Krankenhäusern nur insoweit verlangt werden können, als dadurch weder die ärztliche Schweigepflicht noch datenschutzrechtliche Bestimmungen berührt werden.

22. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, 10/942

Diese Regelung ist entbehrlich, weil der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung eine Statistikverordnung nach § 28 KHG vorbereitet. Es muß jedenfalls vermieden werden, daß die Krankenhäuser getrennte Statistiken, die mit Doppelbelastungen verbunden sind, führen müssen.

Zu Abschnitt V

Zu § 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

=====

8. Verband der Ortskrankenkassen, 10/948

zugleich im Namen

- des AOK-Landesverbandes Westfalen-Lippe,
- des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz,
- des Landesverbandes der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen,
- des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Bezirksausschuß Westfalen-Lippe,
- der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
- der Westfälischen landwirtschaftlichen Krankenkasse,
- der Bundesknappschaft.

Wegen der unterschiedlichen Organisation der Krankenkassen und deren Verbände halten wir zur Klarstellung bei

der Zuständigkeit eine Bestimmung für erforderlich, die diesen Besonderheiten Rechnung trägt; auch deshalb, weil für einige Kassenarten Landesverbände nicht gebildet sind.

Aus diesem Grunde sollte § 38 ein Absatz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt werden:

Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 525 a RVO gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse wahr.

III. Weitere Bemerkungen

1. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 10/990

Die KGNW schlägt vor, nach § 30 den § 31 a einzufügen:

"§ 31 a

Für den theoretischen Teil der Ausbildung in mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes gefördert werden, sind Fördermittel zu gewähren, soweit diese Kosten nicht aufgrund anderer Vorschriften gedeckt werden. Die Fördermittel können auch aufgrund pauschaler Kostenwerte festgesetzt werden. Letztere sind in regelmäßigen Abständen der Kostenentwicklung anzupassen."

Begründung:

Im vorliegenden Gesetzentwurf ist der im Referentenentwurf vom Dezember 1985 enthaltene § 29 "Förderung des theoretischen Teils der Ausbildung" nicht mehr enthalten. Die Pflegesatzfähigkeit der Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung endet nach § 17 Abs. 4 a KHG am 31. Dezember 1988. Derzeit ist nicht erkennbar, ob diese Vorschrift geändert wird. Vorsorglich muß deshalb in das KHG NW eine entsprechende Vorschrift aufgenommen werden. Andernfalls laufen die Krankenhausträger Gefahr, daß die betreffenden Kosten ab 1989 nicht gedeckt sind; zudem würden die Ausbildungsplätze gefährdet.

2. Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, 10/1016

Wir vermissen die gesetzliche Sicherung des seelsorglichen Beistands für die Patienten, die dies wünschen. Wenn Patienten geistlichen Beistand wünschen, muß der Zutritt des Seelsorgers gesichert werden, damit nicht unter dem Vorwand organisatorischer, hygienischer oder medizinischer Einwände der Besuch durch den Seelsorger verhindert wird. Für einen gläubigen Christen kann im Angesicht des Todes der Besuch eines Geistlichen von existentieller Bedeutung sein. Wir fordern daher, das Recht auf Seelsorge für den Patienten im Sinne einer patientengerechten Fürsorge sicherzustellen.

3. Evangelisches Büro, 10/943

Abschließend äußern wir unser Bedauern darüber, daß das Problem der Seelsorge im Krankenhaus in diesem umfänglichen Gesetz nicht angesprochen ist. Die Kirchen nehmen aufgrund des grundrechtlich geschützten Rechtes zur Religionsausübung die Seelsorge in den Krankenhäusern wahr. Obgleich es sich also nur um eine deklaratorische Regelung handeln könnte, ist doch darauf hinzuweisen, daß z.B. in dem Entwurf des saarländischen Gesetzes eine solche Bestimmung vorgesehen ist.

5. Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, 10/936

Der Regierungsentwurf enthält keine Vorschriften zur Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung für die mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten. Da die Übergangsregelung nach dem Krankenhausfinanzierungs-

gesetz zum 31.12.1988 ausläuft und sowohl die Schulträger als auch die Schüler und Schülerinnen bereits heute über die Finanzierung der jetzt begonnenen Ausbildungen im Unklaren gelassen werden, ist dringend die Aufnahme einer eindeutigen Finanzierungsregelung ab 1.1.1989 erforderlich.

Ab Herbst 1988 sind Ausbildungsplätze für Ärzte im Praktikum zu schaffen. Die kommunalen Krankenhausträger haben ihre Bereitschaft erklärt, dabei mitzuwirken. Da die geforderte pflegesatzneutrale Umwandlung von Assistenzarztstellen in Praktikantenstellen nicht ausreichen wird, um der Nachfrage gerecht zu werden, muß das Land für die Schaffung der zusätzlich notwendigen Plätze entsprechende Mittel zur Verfügung stellen.

6. Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland, 10/1011

Fachbereich/Fachbereichsarzt

In den Rhein. Landeskliniken hat sich der Fachbereich als Organisationseinheit beschwert, in der mehrere psychiatrische Fachabteilungen gegenüber den besonderen Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie etc. zusammengefaßt sind. Dies gilt auch für den Fachbereichsarzt, der u.a. für die ärztliche Weiterbildung zuständig ist und den ärztlichen Dienst innerhalb des Fachbereichs koordiniert.

Zwar sollten aufgrund des Selbstorganisationsrechts der jeweiligen Krankenhausträger Fachbereich und Fachbereichsarzt im Gesetz nicht mehr als pflichtige Organisationsform vorgesehen sein. Die Möglichkeit entsprechender Organisationseinheiten bzw. Funktionsträger sollte jedoch weiterhin offen bleiben.

Wegfall des ärztlichen Vorstands

Der Landschaftsverband Rheinland hat bereits darauf hingewiesen, daß sich der ärztliche Vorstand (bisher § 18 KHG NW sowie § 5 Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung) in den Rhein. Landeskliniken bewährt hat. Es wird daher besonderen Wert darauf gelegt, daß die bisherige Regelung auch in der beabsichtigten Novellierung Berücksichtigung findet, wobei allerdings genügt, die Möglichkeit der Einrichtung eines ärztlichen Vorstandes zu eröffnen. Andere im Krankenhaus tätige Berufsgruppen sollten dieses Gremium erweitern oder aber innerhalb sonstiger Koordinierungsgremien repräsentiert werden.

Es kann nicht hingenommen werden, daß die Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung in den mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten wegen der zwischen Bund und Ländern ungeklärten Zuständigkeit in Frage gestellt ist.

Nach § 17 Abs. 4 a KHG sind die Kosten nur bis zum 31.12.1988 im Pflegesatz berücksichtigt. Nach Ablauf dieser Frist sind nach dem Willen des Bundesgesetzgebers die Betriebskosten des theoretischen Ausbildungsteils von den Ländern zu tragen. Der Landschaftsverband hat als Träger von 10 den Landeskliniken angegliederten Ausbildungsstätten (8 Krankenpflegeschulen sowie 2 Beschäftigungs- und Arbeitstherapieschulen) ein großes Interesse daran, daß die Anschlußfinanzierung durch das Land gewährleistet ist. Die Verpflichtung des Landes zur Übernahme dieser Kosten muß daher im Gesetz verankert werden.

7. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 10/941

Zur Beteiligung der Landschaftsverbände an Planungen von psychiatrischen Einrichtungen

Der bisherige § 13 des KHG NW sah vor, daß die Landschaftsverbände bei der Planung von Objekten anzuhören waren, soweit es sich um die Errichtung von psychiatrischen Einrichtungen handelte. Diese Vorschrift soll ersatzlos entfallen. Die Landschaftsverbände können daher in Zukunft bei der Errichtung von psychiatrischen Einrichtungen anderer Träger ihre Auffassung nur noch im Verfahren bei der Aufstellung der Krankenhauspläne und des Investitionsprogramms zur Geltung bringen.

Die konkreten Erfahrungen bei der Planung von psychiatrischen Fachabteilungen belegen jedoch, daß eine beratende Anhörung der Landschaftsverbände in diesem Bereich nicht nur wünschenswert, sondern im Interesse der zu versorgenden Patienten letztlich notwendig ist. Dies gilt jedenfalls für die Planung solcher Fachabteilungen, die den Anspruch erheben wollen oder sollen, psychiatrische Pflichtversorgung zu betreiben.

Als aktuelles Beispiel sei auf den Ausbau der psychiatrischen Fachabteilung beim Kreiskrankenhaus Siegen (Haus Hüttental) zu verweisen. Hier sollen 90 psychiatrische Betten neu errichtet werden, die zusammen mit den 52 im Altbau verfügbaren Betten die künftige psychiatrische Fachabteilung mit insgesamt 140 Betten darstellen werden. Bei einer Grundsatzbesprechung am 31.3.1987 im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales mußten die Vertreter des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe auf einige schwerwiegende Mängel in der bisherigen Planung hinwei-

sen. Es würde zu weit führen, hier alle Einzelheiten darzustellen. Jedenfalls kam das Ministerium aufgrund der vielen Anmerkungen zur Planung zu der Auffassung, daß diese nochmals zwischen dem Regierungspräsidenten, dem Krankenhausträger und dem Landschaftsverband besprochen werden sollte. Im Ergebnis kann hier festgehalten werden, daß die künftige Fachabteilung ohne ein Einschalten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in ihrer baulichen Gliederung und Ausgestaltung dem vorgesehenen Pflichtversorgungsauftrag nur sehr schwer hätte entsprechen können.

19. Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz e.V., 10/938

a) Die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter

Das bisherige KHG NW sieht in § 25 die Verpflichtung für den Krankenhausträger vor, bei der vertraglichen Gestaltung des Dienstverhältnisses eines Chefarztes dafür Sorge zu tragen, daß die ärztlichen Mitarbeiter an dessen Liquidationserlösen beteiligt werden. Der Marburger Bund befürwortet die Beibehaltung dieser gesetzlichen Bestimmung, die auch nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichtes notwendig ist.

Der gleiche Senat des Bundesverfassungsgerichtes, der über die Verfassungsmäßigkeit des bisherigen KHG NW entschieden hat, befaßte sich bereits in einer früheren Entscheidung (Beschuß v. 07.11.1979 - 2 BvR 513, 558/79, NJW 1980, S. 1327 ff.) eingehend mit den gesetzlichen Regelungen der Mitarbeiterbeteiligung dort des Landeskrankenhausreformgesetzes Rheinland-Pfalz und hat darin die Einführung der Mitarbeiterbeteili-

gung als das Anliegen des Gesetzgebers charakterisiert,

"...die Struktur des heutigen Krankenhauses den gewachsenen Anforderungen und den mehr denn je vielfältig aufgefächerten Ansprüchen anzupassen und die Grundlage und die Gewähr für eine bestmögliche krankenhausärztliche Versorgung der Bevölkerung und des einzelnen Patienten zu schaffen. ..." (BVerfG, NJW 1980, 1327 ff., 1329)

Dies sei, so führt das Bundesverfassungsgericht weiter aus, der Zentralpunkt der öffentlichen Aufgabe, die sich dem Staat auf diesem Sektor des Gesundheitswesens stelle und zur Bewältigung dieser Ausgabe sollte die Krankenhausgesetzgebung als Ganzes aber auch die hier angegriffenen Vorschriften des Gesetzes im einzelnen beitragen. Das Bundesverfassungsgericht kommt dann zu dem Ergebnis, daß die Steigerung der Leistungsfähigkeit in einer Funktionseinheit, wie sie sich im modernen Krankenhaus darstellt, die Förderung der Zusammenarbeit in jeder Form voraussetze, das Bemühen, die schutzwürdigen Interessen aller beteiligten Leistungsträger in einen gerechten Ausgleich und ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Die Streichung der Vorschriften über die Mitarbeiterbeteiligung wäre deshalb auch nach der Erkenntnis des Bundesverfassungsgerichtes ein Rückschritt und der (unnötige) Verzicht des Gesetzgebers auf die Möglichkeit Maßstäbe für eine den Anforderungen der heutigen Zeit entsprechende Struktur des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus zu setzen.

Es darf in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden, daß die Bestimmungen über die Mitarbeiterbeteiligung trotz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 25.3.1980 von den konfessionellen Krankenhausträgern ausnahmslos angewendet wurden und auch heute noch zur Grundlage der Chefarztdienstverträge gemacht werden. Dies ging zum Teil sogar soweit, daß die erheblich schärferen Vorschriften des Krankenhausreformgesetzes Rheinland-Pfalz herangezogen worden sind.

Schon in dem Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht wurde deutlich, daß sich die beschwerdeführenden kirchlichen Träger im Grunde gar nicht gegen den materiellen Inhalt der gesetzlichen Regelung gewandt haben. Das Bundesverfassungsgericht stellt in seinem Beschluß vom 25.3.1980 ausdrücklich fest:

"Der Angriff der Beschwerdeführer richtet sich nicht gegen die Krankenhausreform als solche, im Grunde auch nicht gegen die vom Gesetzgeber als förderlich und zweckmäßig beurteilten Mitsprache-, Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte der sachkundigen Fachkräfte. Beanstandet wird aber zu Recht, daß der Gesetzgeber es hier verfassungswidrig unterlassen hat, den religiösen Vereinigungen auf diesem Teilgebiet des Reformanliegens eigene Wege offen zu halten, auf denen sie die etwa erforderlichen Strukturverbesserungen und Erneuerungen an der Organisation des Krankenhauses unter Berücksichtigung der besonderen kirchlichen Aspekte und in der vom kirchlichen Selbstverständnis gebotenen Form verwirklichen." (BVerfG, NJW 1980, 1895 ff., 1897)

Damit zeigt sich auch das von der Landesregierung für die ersatzlose Streichung der Mitarbeiterbeteiligung verwendete Argument einer notwendigerweise zu schaffenden Chancengleichheit zwischen konfessionellen und insbesondere öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern als nicht schlüssig. Außerdem bestände diese angebliche Chancengleichheit dann darin, Bewerbern für Chefarztpositionen günstigere, weil nicht mit einer Beteiligungspflicht zugunsten der ärztlichen Mitarbeiter belastete, Vertragsmodalitäten anbieten zu können, obgleich damit der Verstoß gegen die berufsrechtlich weiterhin bestehende Beteiligungspflicht provoziert würde.

Obwohl die Beteiligungspflicht berufsrechtlich geregelt ist, bedarf es angesichts der besonderen Strukturen und Machtverhältnisse im Krankenhaus einer gesetzlichen Regelung, weil einerseits die Berufsordnung insoweit keinen im Einzelfall einklagbaren Anspruch konstituiert und zum anderen die ärztlichen Mitarbeiter die Tätigkeit im Liquidationsrecht schon aus arbeitsrechtlichen Gründen nicht von der Zusage einer Beteiligung durch den Chefarzt abhängig machen können. Die berufsrechtliche Beteiligungspflicht bedarf im Krankenhaus auch deswegen einer besonderen gesetzlichen Konkretisierung, weil aufgrund der vielfältigen wechselseitigen Aufgabenübertragungen Art und Umfang der Tätigkeit im Liquidationsbereich nicht immer genau festgestellt werden kann.

Aus diesem Grunde anerkennt selbst das Bundesverfassungsgericht die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Mitarbeiterbeteiligung und hat ledig-

lich den Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft das Recht eingeräumt, die Form der Beteiligung, also das "Wie" nicht aber das "Ob" der Beteiligung selbst zu regeln:

"...Beanstandet wird aber zu Recht, daß der Gesetzgeber es hier verfassungswidrig unterlassen hat, den religiösen Vereinigungen auf diesem Teilgebiet des Reformanliegens eigene Wege offen zu halten, auf denen sie die etwa erforderlichen Strukturverbesserungen und Erneuerungen an der Organisation des Krankenhauses unter Berücksichtigung der besonderen kirchlichen Aspekte und in der vom kirchlichen Selbstverständnis gebotenen Form verwirklichen. ..." (BVerfG, NJW 1980, S. 1895 ff., 1897)

Aus diesen Ausführungen ergibt sich, daß dem Gesetzgeber nicht einmal der Weg versperrt ist, durch gesetzliche Regelungen auch Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft eine bestimmte innere Struktur und die Aufnahme von Regelungen über eine Mitarbeiterbeteiligung in den Chefarztverträgen vorzuschreiben, solange den Kirchen nur die Möglichkeit eingeräumt bleibt, durch eigene generelle Regelungen hiervon abzuweichen.

Auch aus rechtlichen Erwägungen ist an der Regelung der Mitarbeiterbeteiligung im Krankenhaus festzuhalten. Schon aufgrund der geltenden Berufsordnungen für Ärzte in den Ärztekammerbereichen Nordrhein und Westfalen-Lippe (jeweils § 15 Abs. 2) besteht wie dargelegt die Verpflichtung, ärztliche Mitarbeiter, die im Liquidationsbereich tätig werden, angemessen an den Liquidationseinnahmen zu beteiligen.

Nicht unberücksichtigt bleiben kann aber auch, daß die ersatzlose Streichung der Bestimmungen über die Mitarbeiterbeteiligung erhebliche Rechtsunsicherheit entstehen lassen würde. Man hätte dann zwischen drei oder gar vier Ärztegruppen mit verschiedenen Beteiligungsregelungen zu unterscheiden:

1. Angestellte Chefärzte mit Verträgen, die vor 1975 abgeschlossen worden sind und keine Beteiligungsregelung zugunsten der ärztlichen Mitarbeiter enthalten.
2. Verträge angestellter Chefärzte, die zwischen 1975 und 1988 geschlossen wurden und die eine Beteiligungsregelung enthalten, die als Vertrag zugunsten Dritter nur mit Zustimmung der Begünstigten, mithin der beteiligten ärztlichen Mitarbeiter geändert werden können.
3. Verträge mit angestellten Chefärzten, die nach dem Inkrafttreten des vorliegenden Entwurfes abgeschlossen werden, ohne eine gesetzliche Verpflichtung des Krankenhausträgers, hierin eine Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter vorzusehen, bei denen lediglich die Beteiligungsverpflichtung aufgrund der Berufsordnung besteht.
4. Dienstverhältnisse von beamteten Chefärzten mit gesetzlich geregelter Beteiligungsverpflichtung durch das Beamtenecht in Verbindung mit den Nebentätigkeitsverordnungen.

10/107

Schon zur Vermeidung dieser Rechtsunsicherheit sollte an der bewährten Mitarbeiterbeteiligung festgehalten werden. Auch den Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft sollte durch das Krankenhausgesetz die Mitarbeiterbeteiligung dem Grunde nach vorgeschrieben werden. Aufgrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 25.3.1980 bedarf es aber eines Vorbehaltes demgemäß kirchliche Krankenhausträger das Recht haben, eine von den gesetzlichen Bestimmungen abweichende generelle Beteiligungsregelung für das Krankenhaus vorzuschreiben.

b) Der ärztliche Vorstand

Auch die Einrichtung des ärztlichen Vorstandes im Krankenhaus hat sich bewährt. Aufgrund der Entwicklung des Krankenhauses zum Großbetrieb und der zunehmenden Spezialisierung der Medizin hat er als Instrument der Reintegration besondere Bedeutung. Erst durch die Einbeziehung auch der nachgeordneten Ärzte in den Gedankenaustausch und in die Meinungsbildung bleibt der notwendige breite Konsens der Mitarbeiter innerhalb des Krankenhauses gesichert. Wegen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 25.3.1980 bedarf es auch insoweit eines Vorbehaltes, demgemäß Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft eine abweichende innere Struktur bestimmen können.

Stellen für Ärzte im Praktikum (AIP)

Abschließend wird angeregt, das KHG NW um eine Vorschrift zu ergänzen, mit der sichergestellt wird, daß die Krankenhausträger verpflichtet werden, Stellen für Ärzte im Praktikum (§ 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 i.V.m. § 4 Abs. 4 S. 1 Bundesärzteordnung) vorzuhalten.