

Marburger Bund, Landesverband, Riehler Straße 6/II, 5000 Köln I

An den
Präsidenten des
Landtags Nordrhein-Westfalen
Referat I.1.C - Herrn Hoffmann
Postfach 11 43

4000 Düsseldorf 1

Riehler Straße 6/II
5000 Köln I
Telefon (0221) 73 20 22/23

Landesverband

Nordrhein-Westfalen / Rheinland-Pfalz

Köln, den 24.04.1987
Aktenz.: L-SE-21-02



Betr.: Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
-KHG NW- Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache
10/1799

hier : Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Ge-
sundheit und Soziales und Angelegenheiten der Vertrie-
benen und Flüchtlinge am 19. April 1987

Bezug : Ihr Schreiben vom 26.3.1987

STELLUNGNAHME DES MARBURGER BUNDES

- Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz -

zum Entwurf des Krankenhausgesetzes NW

1.) Grundsätzliches zum Entwurf :

Die Notwendigkeit der Novellierung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen -KHG NW- vom 25.2.1975 ist durch die Neu-
regelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespfle-
gesatzverordnung jedoch nur zum Teil durch die Entscheidung
des Bundesverfassungsgerichtes vom 25.03.1980 -2 BvR 208/79-
(NJW 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 ersatzlos 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 Anwendbarkeit auf Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft für verfassungswidrig und damit für unanwendbar 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.

a) Die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter :

Das bisherige KHG NW sieht in §25 die Verpflichtung für den Krankenhaussträger 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 (Beschluß 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 Mitarbeiterbeteiligung 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 krankenhausesärztliche 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 Aufgabe 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 entsprechenden 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 zu 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 bestünde diese angebliche Chancengleichheit dann darin, Bewerbern für Chefarztpositionen günstigere, weil nicht mit einer Beteiligungspflicht zu Gunsten 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 Beteiligungsverpflichtung 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 lediglich 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 zu Gunsten der ärztlichen Mitarbeiter enthalten.
2. Verträge angestellter Chefärzte, die zwischen 1975 und 1988 geschlossen wurden und die eine Beteiligungsregelung enthalten, die als Vertrag zu Gunsten 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.

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, dergemäß Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft eine abweichende innere Struktur bestimmen können.

2.) Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes :

a) Zu §5 :

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 schwerwiegenden Fällen an die zuständige Behörde wenden."

b) Zu §6 :

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.

c) Zu §7 :

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.

d) Zu §8 :

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 Maßnahmen in einer gesonderten Verordnung könnte den gewünschten Erfolg nicht effektiver sichern.

e) Zu §9 :

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.

f) Zu §13 :

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.

g) Zu §14 :

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.

h) Zu §15 :

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 Zuweisung 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.

i) Zu §§32 bis 37 (Krankenhausstruktur) :

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.

k) Zu §37 :

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.

3.) Stellen für Ärzte im Praktikum (AIP) :

Abschließend wird angeregt, das KHG NW um eine Vorschrift zu ergänzen, mit der sichergestellt wird, die Krankenhausträger verpflichtet werden, Stellen für Ärzte im Praktikum (§ 3 Abs.1 S.1 Nr.5 i.V.m. § 4 Abs.4 S.1 Bundesärztorordnung) vorzuhalten.

MARBURGER BUND

Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland Pfalz



(Dr. med. Jörg-Dieter Hoppe)
- 1. Vorsitzender -



(Assessor Rolf Lübke)
- Geschäftsführer -