



Krankenhaus  
Gesellschaft  
Nordrhein-Westfalen

Krankenhausgesellschaft NW Tersteegenstraße 12 40474 Düsseldorf

er Geschäftsführer

Herrn  
Ulrich Schmidt MdL  
Präsident des Landtags  
Nordrhein-Westfalen  
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Unser Zeichen

Telefon

Datum

Durchwahl 0211/47819-30

17. Juli 1998

### Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW

Sehr geehrter Herr Präsident!

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
12. WAHLPERIODE

**ZUSCHRIFT**  
**12/ 2042**

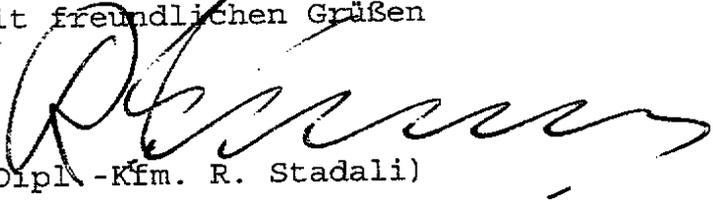
A01.A06

Wir bedanken uns für die Übermittlung des Entwurfs für ein neues Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen. Zur am 16. September 1998 stattfindenden Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge ist auch die KGNW als Zusammenschluß der Krankenhäuser und Krankenhausverbände des Landes geladen. Für diese Teilnahmemöglichkeit sind wir dankbar.

Wir übersenden Ihnen hiermit unsere Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf. In diesem bedarf es noch erheblicher Differenzierungen, Bereinigungen und Präzisierungen, um eindeutige und klare Rahmenvorgaben bei gleichzeitig hinreichendem Freiraum der Krankenhäuser für eine wirtschaftliche Ausgestaltung ihrer Aufgaben zu schaffen. Wir hoffen, daß es damit gelingt, ein Gesetz zu verabschieden, das die Sicherung und Fortentwicklung einer qualitativ hochstehenden Krankenhausversorgung als wesentliches Element der Daseinsvorsorge für all unsere Bürger gewährleistet.

Ihrem Wunsch entsprechend haben wir unsere Stellungnahme in 2 Exemplaren unmittelbar dem betreffenden Ausschußsekretariat (Herrn Schlichting) zugeleitet.

Mit freundlichen Grüßen

  
(Dipl.-Kfm. R. Stadali)

Anlage



Krankenhaus  
Gesellschaft  
Nordrhein-Westfalen

17. Juli 1998

S t e l l u n g n a h m e

der

**KRANKENHAUSGESELLSCHAFT NORDRHEIN-WESTFALEN (KGNW)**

zum Gesetzentwurf der Landesregierung (RegE)

für ein Krankenhausgesetz des

Landes Nordrhein Westfalen (KHG NW)

Teil A. Zusammenfassende Bewertung

Teil B. Grundsätze der Bewertung

Teil C. Stellungnahme zu den Einzelbestimmungen des Gesetzes

Die KGNW behält sich vor, auch zu einem späteren Zeitpunkt ergänzende Stellungnahmen zur geplanten Gesetzesnovellierung abzugeben.

## Teil A: Zusammenfassende Bewertung

Die kritische Durchleuchtung des Regierungsentwurfs des KHG NW ergibt dringenden Korrektur- und Ergänzungsbedarf, schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen:

- **Einhaltung verfassungsmäßiger Grundsätze**
- **Abbau von massiven Überregulierungen**
- **Stärkung der Eigenverantwortung der Krankenhäuser**
- **Schaffung klarer und eindeutiger Handlungsbedingungen**
- **rechtlich eindeutige und stringente Gesetzesformulierungen**
- **Schaffung von Planungssicherheit**
- **Finanzierungssicherheit**

Im folgenden findet die Herausstellung dieser Probleme ihre Erläuterung und Begründung.

Insbesondere die für das Verfahren der Krankenhausplanung vorgesehenen Regelungen sind vollkommen unklar und verworren und bedürfen insofern unbedingt einer umfassenden Überarbeitung. Sofern hierzu eine zeitgerechte Gesamtlösung nicht realisiert werden kann, spricht sich die KGNW bei der Novellierung dafür aus, zunächst die Vorschriften des Abschnitts II aus dem bestehenden Gesetz fortgelten zu lassen. Damit würde gleichzeitig sichergestellt, daß die überfällige und allseits gewollte Neuregelung der Pauschalförderung in jedem Fall zeitnah zum Zuge kommen kann.

Grundsätzlich begrüßt die KGNW zwar, daß im Rahmen der im Regierungsentwurf nunmehr enthaltenen Änderungen ihre zentrale Forderung nach Beibehaltung der öffentlich-parlamentarischen

Kontrolle der Krankenhausversorgung berücksichtigt wurde, indem die Planungsverantwortung für alle drei Teile des Krankenhausplans beim Land bleibt. Insgesamt aber ist der vorliegende Regierungsentwurf durch eine zu große Zahl an Ungenauigkeiten, unklaren Formulierungen und Ungereimtheiten des Verfahrens gekennzeichnet - insbesondere bezüglich der Regelungen zur Krankenhausplanung -, als daß die KGNW diesem Entwurf zustimmen könnte.

Mit den vorgesehenen Regelungen werden weder klare und eindeutige Rahmenbedingungen als wichtigste Grundlage für unternehmerorientiertes wirtschaftliches Handeln und für eine zielgerichtete Leistungs- und Kostenplanung der Krankenhäuser - wie sie die Gesundheitsreform fordert - noch eine Stärkung der Eigenverantwortung der Krankenhäuser geschaffen. Vielmehr wird die bürokratische Regelungsdichte gegenüber der Vergangenheit noch erweitert, obwohl generell "Deregulierung" zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit gefordert ist. Auch werden den Krankenhäusern neue Verpflichtungen zugewiesen, ohne dafür einen klaren Finanzierungsausgleich im Gesetz vorzusehen.

In praktizierter Überregulierung werden erhebliche Bereiche, die der Krankenhausverantwortung und damit der Krankenhausdisposition unterliegen müßten, bis ins letzte Detail geregelt und kontrolliert, anstatt durch Stärkung der Eigenverantwortung und die Setzung von Anreizen eine Beschränkung auf notwendigerweise erforderliche Regeln und unverzichtbare Kontrolle zu erreichen. Als Beispiele seien die Fremdvergabe von Leistungen sowie die Zusammenarbeit mit komplementären medizinischen Einrichtungen genannt.

Formen aktiver Kooperation werden, trotz grundsätzlich positiver Bewertung, durch die Gesetzesbestimmungen nicht gefördert, sondern aufgrund von bürokratischen Forderungen wie etwa dem überzogenen Verlangen nach behördlicher Genehmigung und durch "Strafandrohungen" in Form von Kürzungen der Fördermittel bis hin zum Ausschluß aus dem Krankenhausplan behindert und be-

strafft. Eine Vorschrift, nach der die Einnahmen aus der Nutzung geförderter Krankenhauseinrichtungen den Fördermitteln zugeführt werden müssen, wäre ausreichend und würde den Zweck - mißbräuchliche Nutzung zu verhindern - bereits voll erfüllen.

Diese "Verhinderung" von in der Regel erwünschten Verhaltensweisen ist z.B. auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Krankenhäusern festzustellen. Während die Zusammenarbeit grundsätzlich von den Krankenhäusern gefordert wird, werden im konkreten Einzelfall vielfältig hemmende Bedingungen gestellt oder Fördermittelkürzungen vorgenommen. Damit wird nicht nur ein Übermaß an Kontrolle erforderlich, sondern auch das an sich Gewollte verhindert.

Die generell enge Sichtweise mit der "Überregelung" von vielen Details wird auch deutlich in der Begründung zu § 14 (Rahmenvorgaben), wo die "Abgrenzung" von stationären und ambulanten Versorgungsformen als Aufgabe herausgestellt und demgemäß eine formelle starre Lösung in einem Bereich gesucht wird, in dem der Gesetzgeber mit der Gesundheitsstrukturreform gerade die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufweichen wollte.

Unklarheiten der gesetzlichen Formulierungen, vor allem für das Verfahren der Krankenhausplanung, lassen befürchten, daß die für die Krankenhäuser bisher bereits im Finanzierungsbereich mit den Reformgesetzen der letzten Jahre entstandenen Unsicherheiten und der erhebliche bürokratische Mehraufwand sich nun auch im Planungsbereich fortsetzen werden. Klarheit dürfte in diesen Fällen oft erst durch langwierige Verfahren vor den Gerichten erreicht werden, so daß eine gezielte und unternehmensorientierte Wirtschaftsführung nahezu unmöglich wird.

Vorlage und Genehmigung von Planungskonzepten durch Bescheid der Behörde aufgrund von weitgehend auslegungsbedürftigen Kriterien, Genehmigungen der Behörde in abgewandelter Form, das Verhältnis der Feststellungsbescheide, somit des Krankenhaus-

plans zu diesen verschiedenen Konzeptbestandteilen, für die teilweise Nichtanfechtbarkeit vor Gericht gelten soll, produzieren mehr Fragen als Antworten und müssen daher zu der massiv zu kritisierenden Planungsunsicherheit für die Krankenhäuser führen. Auch ist nirgendwo festgelegt, was im Falle der Ablehnung oder Teilablehnung von Planungskonzepten geschieht, und wann oder unter welchen Umständen die Behörde eine Ersatzentscheidung treffen kann oder treffen muß.

Insgesamt ist eine Vereinfachung und Deregulierung bei der Kodifizierung des KHG NW ebenso erforderlich wie die Wahl klarer Formulierungen und eine eindeutige Festlegung der angedachten Verfahrensabläufe (speziell zur Planung). Insbesondere ist der Rechtsweg im Hinblick auf die Regelung zur Anfechtung von Entscheidungen der zuständigen Behörde zur Krankenhausplanung dem geltenden Recht entsprechend festzulegen.

#### Teil B. Grundsätze der Bewertung

Die wesentlichen Grundsätze und Grenzen, die der Landesgesetzgeber aufgrund übergeordneter Rechtsgrundlagen bei der Neukodifizierung zu beachten hat, bestimmen sich

- aus der Trägerschaft der Krankenhäuser und
- aus den bundesgesetzlichen Vorgaben und den damit verfolgten Zielsetzungen, die vom Land einzuhalten sind.

Bei Krankenhäusern in der Trägerschaft der Kirchen darf das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen, über Struktur und Organisation kirchlicher Krankenhäuser zu bestimmen, nicht beeinträchtigt werden (Artikel 140 Grundgesetz (GG) i. V. m. Artikel 137 III Weimarer Reichs-Verfassung (WRV) sowie Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 25.03.1980 - 2 BVR 208/76).

Bei Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft muß die verfassungsrechtlich garantierte kommunale Selbstverwaltung beachtet werden (Artikel 28 Abs. 2 GG).

In diesem Zusammenhang muß auf die bundesgesetzliche Maßgabe in § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG zur Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger verwiesen werden. Für Nordrhein-Westfalen heißt das, daß die spezielle Krankenhausträgerlandschaft mit ihrem außerordentlich hohen Anteil freigemeinnütziger Träger bei der Formulierung des KHG NW zu berücksichtigen ist.

Daraus ist folgendes abzuleiten:

**1. Nach § 1 KHG ist die wirtschaftliche Sicherung von eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.**

Im Rahmen der dualistischen Finanzierung ist das Land zuständig für die Finanzierung von Investitionskosten. Bei den Fördermitteln des Landes handelt es sich nicht um freiwillige Leistungen, die im Ermessen des Landes liegen und nach der jeweiligen Haushaltslage bemessen werden können, sondern um Ausgleichszahlungen mit Entschädigungscharakter für die vom Gesetzgeber ausgeschlossene Refinanzierung der Investitionen über die Pflegesätze. Das Krankenhaus erhält mit Aufnahme in den Krankenhausplan einen Rechtsanspruch auf Förderung, der letztlich grundgesetzlich begründet ist.

Diese Finanzierungsverpflichtung des Landes auf der Grundlage der Bundesgesetze bezieht sich sowohl auf die Finanzierung von Neu-, Um-, und Erweiterungsbauten als auch auf die Finanzierung und Refinanzierung der kurz- und mittelfristigen Anlagegüter.

Weiterhin gilt, daß für zusätzliche Leistungen, die den Krankenhäusern per Gesetz abgefordert werden, auch im Rahmen des jeweiligen Gesetzes eine Finanzierungslösung ausgewiesen werden muß. Außer den in der BPflV (§ 6 Abs. 3 Nr. 2) definierten Ausnahmen wird nämlich die Bindung der Krankenhausbudgets an die

Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen nicht durch landesrechtliche Leistungsverpflichtungen durchbrochen.

**2. Nach § 1 KHG ist insbesondere die Eigenverantwortung des Krankenhausträgers zu stärken.**

Der mit der Gesundheitsstrukturreform von 1992 eingeschlagene Weg einer stärkeren Einbeziehung marktwirtschaftlicher und wettbewerblicher Elemente erfordert unbedingt eine Stärkung der Handlungsfreiräume der Krankenhäuser. Die Führungsverantwortung der Krankenhausträger für die Gestaltung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen der Krankenhausmitarbeiter darf nicht eingeschränkt, sondern sollte durch geeignete Anreize gefördert werden.

Mit der Veränderung des Finanzierungssystems hin zu stärker leistungsbezogenen Entgelten wurde in den Krankenhäusern das erforderliche Management ausgebaut und verstärkt. Wenn diese Veränderungen die gewünschten Konsequenzen zeitigen sollen, sind die Krankenhäuser bei der geforderten wirtschaftlichen Betriebsführung unbedingt zu unterstützen und nicht einzuschränken.

**3. Das Land hat nach § 1 KHG in Verbindung mit § 6 KHG einen Krankenhausplan aufzustellen und fortzuschreiben.**

In der novellierten Form des Gesetzes besteht der Krankenhausplan aus drei Teilen. Es wird begrüßt, daß den Vorgaben des Bundesgesetzes entsprechend nunmehr das Land für die Aufstellung aller Teile verantwortlich zeichnet. Allerdings sind klare und eindeutige Verfahrensfestlegungen für alle Teile erforderlich. Warum hier grobe Mängel gesehen werden, wird bei den Einzelparagraphen dargelegt.

**4. Bei Normsetzung und Vollzug hat der Staat zwar seine notwendigen Pflichten zu erfüllen, darüber hinausgehend aber größtmögliche Zurückhaltung zu üben.**

Der Reduzierung der Regulierungsdichte ist eine hohe Priorität zuzumessen; die personellen Anforderungen und die Kosten der Bürokratie sind unbedingt auf das unabdingbar Notwendige zu beschränken. Die bürokratischen Anforderungen an die Krankenhäuser sind seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 durch zusätzlichen administrativen Aufwand und erheblich ausgeweitete Meldepflichten enorm aufgebläht worden. Bei zukünftigen Normsetzungen ist deshalb darauf zu achten, daß nicht noch zusätzlicher bürokratischer Aufwand entsteht; überflüssige Bürokratie ist vielmehr abzubauen. Der Gesetzgeber ist verpflichtet, das Mittel, das den geringsten Eingriff darstellt, aber noch den Zweck erfüllt, einzusetzen (Grundsatz der Verhältnismäßigkeit).

Vor allem bei Maßnahmen, die auf die interne Organisation der Krankenhäuser bezogen sind, ist strengste gesetzgeberische Zurückhaltung und äußerste Beschränkung im Gesetzesvollzug geboten. Autonomie und Entscheidungskompetenz des Krankenhausträgers sind, auch im Sinne des Grundsatzes 3 und nicht zuletzt wegen der Trägerhaftung, zu respektieren.

**5. Wesentliche Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit und Praktikabilität von gesetzlichen Regelungen ist deren Klarheit und Einfachheit**

Die Gesetzgebung hat für die Krankenhäuser in den letzten Jahren in kürzester Zeit eine Vielzahl von Gesetzen neu kodifiziert. Ein großer Teil dieser Gesetze trat rückwirkend in Kraft. Zudem ließen die Gesetze sowohl in Bezug auf die Einfachheit der Regelungen als auch in Bezug auf ihre Klarheit erheblich zu wünschen übrig.

Im gleichen Zuge wurde den Krankenhäusern eine stärkere Wirtschaftlichkeit ihrer Betriebsführung abverlangt; neue Ent-

gelte wurden eingeführt und eine Vielzahl von Datenübermittlungspflichten geschaffen. Die zur geforderten effektiven Betriebsführung erforderliche klare Leistungs- und Kostenplanung der Krankenhäuser setzt eine hinreichende Sicherheit der Rahmenbedingungen voraus. Dazu zählen vor allem schnelle, eindeutige und klare Entscheidungen zur Krankenhausplanung. Denn der Feststellungsbescheid stellt den Rahmen dar für den Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Erst auf dieser Grundlage kann das Krankenhaus seine Leistungsplanung im Detail vornehmen und die erforderlichen personellen und organisatorischen Entscheidungen treffen. Aufgrund der kritisierten Unklarheiten des Verfahrens der Krankenhausplanung ist diese erforderliche Sicherheit der Rahmenvorgaben nicht gegeben.

Bei der Anwendung des Bundesrechts hat sich gezeigt, daß aufgrund von unklaren, teilweise widersprüchlichen Gesetzesformulierungen die Zahl der erforderlichen Schiedsstellen- und Gerichtsverfahren flutartig angestiegen ist, so daß die Krankenhausbudgets erst im Laufe oder sogar nach Ablauf des Pflegezeitraums vereinbart werden können, obwohl die Bundespflegegesetzverordnung prospektive Budgetvereinbarungen vorschreibt. Die hierdurch für die Krankenhäuser entstandene Verwirrung sollte nicht noch durch mangelbehaftete Formulierungen des Landesgesetzes zusätzlich erhöht werden. Sicherheit und Zuverlässigkeit der Gesetze und Klarheit bei deren Anwendung sind eine wesentliche Grundlage für eine kontinuierliche Fortentwicklung der Krankenhäuser in unserem Land auf hohem medizinischem Standard.

Teil C. Stellungnahme der KGNW zu den Einzelbestimmungen des Gesetzes:

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

zu § 1 Grundsatz

zu § 1 Abs. 1 Satz 2

Hier wird neu eingefügt, daß die Zusammenarbeit der Krankenhäuser ... gefördert und Zusammenschlüsse erleichtert werden sollen. Dies ist zu begrüßen, erfordert aber, daß entsprechende Aktivitäten der Krankenhäuser aktiv unterstützt und nicht durch Kürzungsmaßnahmen z.B. bei der Pauschalförderung konterkariert werden.

zu § 1 Abs. 4

Absatz 4 ist zu streichen.

Begründung:

Die Krankenhäuser haben in der Vergangenheit auch ohne gesetzliche Regelung bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe mitgewirkt. Falls die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung gesehen wird, so ist gleichzeitig eine Finanzierungsregelung aufzunehmen.

zu § 2 Krankenhausleistungen

zu § 2 Abs. 1 Satz 3

Es wird folgende Formulierung vorgeschlagen: "Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt - soweit es die Art und Größe der Abteilung zuläßt - die Pflichtversorgung" ... ein.

Begründung:

Damit wird berücksichtigt, daß die Übernahme der Pflichtversorgung in kleineren, spezialisierten Abteilungen nicht möglich sein kann.

zu § 2 Abs. 1

Zusätzlich sollte ein Satz 5 eingefügt werden:  
"Krankenhäuser, die spezifische stationäre oder teilstationäre Versorgung anbieten, sollten mit ihren je-

weiligen Angeboten zur gemeindenahen ambulanten Versorgung ermächtigt werden."

**zu § 2 Abs. 4**

In § 2 wird ein Absatz 4 angefügt, wonach das Krankenhaus auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SCHKG) hinwirkt. Dieser Absatz ist zu streichen.

**Begründung:**

Das Krankenhaus soll dieser Regelung entsprechend auf ein Angebot zum Schwangerschaftsabbruch hinwirken. Generell bleibt aber das Behandlungsangebot im einzelnen im Rahmen der Festlegungen des Feststellungsbescheides dem Krankenhaus überlassen - wie alle anderen Versorgungsangebote - und bedarf keiner gesonderten Erwähnung im Gesetz. Ansonsten müßten auch andere Behandlungsangebote einzeln erwähnt werden, was die KGNW für nicht sachgerecht hält.

Im übrigen wird auf den diesbezüglichen Widerspruch in § 38 Abs. 1 hingewiesen. Mit Satz 1 werden zwar die Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden, u.a. von § 2 Abs. 4 ausgenommen, zugleich wird aber in Satz 3 verlangt, daß von den Religionsgemeinschaften in eigener Zuständigkeit Regelungen getroffen werden, die den Zielen der Vorschrift entsprechen. Da in diesem Fall der Schwangerschaftsabbruch als solcher abgelehnt wird, bedeutet dies einen Widerspruch in sich.

**zu § 3 Pflege und Betreuung der Patienten**

Dieser Paragraph ist zu streichen.

**Begründung:**

Mit diesem Paragraphen werden keine regelungsbedürftigen Tatbestände erfaßt, sondern selbstverständliche Behandlungs- und Betreuungsgrundsätze, die in den Krankenhäusern tagtäglich praktiziert werden; bei der gewählten Formulierung handelt es sich um einen Pleonasmus, durch den sich "Pfleger/innen und Betreuer/innen" negativ betroffen fühlen dürften. Im Sinne einer möglichst stringenten Gesetzesformulierung empfehlen wir die Streichung dieses Paragraphen.

**zu § 4 Kind im Krankenhaus**

Hinsichtlich des Zusammenwirkens des Krankenhauses mit dem örtlichen Schulträger (§ 4 Abs. 3) ist die

Formulierung zu korrigieren, da nicht der Schulträger für Unterrichtsangebote bzw. -inhalte zuständig ist.

#### zu § 5 Patientenbeschwerdestellen

Der Paragraph ist in der Fassung des geltenden Gesetzes beizubehalten.

##### Begründung:

Die Aufgaben der genannten Einrichtungen sind nicht miteinander und mit den Aufgaben der Patientenbeschwerdestelle kompatibel.

#### zu § 6 Patientenberatung, Patientenseelsorge, Überleitungen aus dem Krankenhaus, Sozialer Dienst

Es wird vorgeschlagen, § 6 in der zur Zeit gültigen Fassung zu übernehmen.

##### Begründung:

Absatz 1 sieht eine wesentliche Erweiterung der Aufgaben der sozialen Dienste der Krankenhäuser vor. Finanzierungsregelungen werden nicht getroffen.

Teilweise sind im Bundesrecht hiervon abweichende Aufgabenzuweisungen vorgesehen. Z. B. trifft nach § 7 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB XI die Pflegekassen eine umfangreiche Beratungspflicht im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit, Leistungen der Pflegekassen sowie im Hinblick auf Leistungen und Hilfe anderer Träger. Das Krankenhaus hat nach § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI lediglich die Pflicht, mit Einwilligung des Patienten die zuständige Pflegekasse unverzüglich zu benachrichtigen.

Hinzuweisen ist ferner darauf, daß hinsichtlich des Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die Pflege bzw. in die Rehabilitation vertragliche Regelungen nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V bestehen bzw. nach § 3 PflG NW zur Zeit - aufgrund von Modellversuchen - erarbeitet werden. Die Selbstverwaltung würde durch die Gesetzesformulierung einseitig zu Lasten der Krankenhäuser benachteiligt.

Eine erhebliche Ausweitung der Aufgaben des Sozialen Dienstes würde auch erhebliche Mehrkosten verursachen. Hierzu müßten Finanzierungsregelungen getroffen werden.

### zu § 7 Qualitätssicherung

Es wird die Formulierung vorgeschlagen: "Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus führen sie externe qualitätssichernde Maßnahmen nach Maßgabe der gesetzlichen Verpflichtungen durch."

#### Begründung:

Die Verpflichtung der Krankenhäuser, sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, ist bereits in § 137 i. V. m. § 112 SGB V bzw. 137a SGB V hinreichend geregelt.

Durch die Formulierung im Gesetzentwurf wird eine zusätzliche Verpflichtung auf Landesebene geschaffen. Vor dem Hintergrund der vertraglichen Regelungsmöglichkeit auf Selbstverwaltungsebene ist eine landesrechtliche Vorgabe nicht erforderlich. Durch die Richtlinienkompetenz der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene kann in Bereichen, die aufgrund ihrer besonderen Struktur die Einbeziehung von Leistungserbringern über die Landesgrenzen hinweg erforderlich machen, ein bundesweiter Vergleich hergestellt werden. Landesrechtliche Regelungen sind in diesen Fällen aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit nicht zielführend.

Die Formulierung im geltenden KHG NW ist jedoch korrekturbedürftig, da durch eine Öffnung der Krankenhäuser für nicht-vollstationäre Leistungen der Kreis der Beteiligten über Ärztekammern und Krankenkassen hinaus erweitert werden muß.

### zu § 8 Krankenhaushygiene

#### zu § 8 Abs. 2

Es muß darauf geachtet werden, daß bei den durch Rechtsverordnungen vorzulebenden Maßnahmen auch hinreichende Finanzierungsregelungen vorgesehen werden.

### zu § 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Die KGNW bleibt bei ihrer Feststellung, daß die ausgedehnte Einzelaufstellung in § 10 Abs. 2 bezüglich der Zusammenarbeit von Krankenhäusern eine Überregulierung darstellt und den eigentlichen Zweck verwässert. Daran wird auch durch die Umwandlung der Kann- in eine Soll-Bestimmung nichts geändert.

Statt der Ausführungen zu den medizinisch-technischen (Groß-)Geräten ist in § 10 Abs. 2 Nr. 8 allgemein auf

die Nutzung von Medizinprodukten Bezug genommen worden. Was die Finanzierung durch besondere Beträge gem. § 26 RegE angeht, so behält sich das zuständige Ministerium vor, diejenigen Medizinprodukte zu bestimmen, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig ist. Die KGNW fordert, daß das zuständige Ministerium für diese Entscheidung das Einvernehmen mit dem Landesausschuß (§ 17 Abs. 1 RegE) anzustreben hat.

zu § 10 Abs. 1 Satz 1

Es wird die Übernahme des bestehenden § 10 Abs. 1 Satz 1 in gestraffter Form empfohlen:  
"Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, dem Rettungsdienst, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet."

zu § 10 Abs. 1 Satz 3

Satz 3 ist zu streichen.

Begründung:

Er stellt eine Überregulierung dar, da die Zusammenarbeit auch die gegenseitige Unterrichtung umfaßt; dies muß nicht gesondert im Gesetz geregelt werden.

zu § 10 Abs. 2

Der Absatz ist zu streichen.

Begründung:

Der Vorschlag zu § 10 dient der Gesetzesklarheit. Die enumerative Aufzählung einzelner Möglichkeiten muß immer unvollständig bleiben und wird durch ihre Beliebigkeit unklar.

Mehrfachregelungen müssen vermieden werden. Die Zusammenarbeit ist vielfach bereits an anderer Stelle geregelt, z.B.:

zu Nr. 6

Nach § 12 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG) sind die Krankenhäuser bereits zur Zusammenarbeit mit den Trägern des Rettungsdienstes verpflichtet.

zu Nrn. 14, 15 Hierzu existiert bereits ein Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V.

Nach § 3 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfGNW) ist - als Modellversuch - eine vorläufige Vereinbarung im Rheinland und in Westfalen-Lippe vereinbart worden.

Grundsätzlich gilt, daß für Leistungen des Krankenhauses, die es im Rahmen einer Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes erbringt, Vergütungsregelungen vorgesehen werden müssen.

zu Nr. 13 Die Krankenhäuser sind bereit, im Rahmen ihrer Möglichkeiten notärztliches Personal für den Rettungsdienst bereitzustellen, wenn eine ausreichende und dauerhafte Finanzierung gewährleistet ist.

zu § 10 Abs. 3

Absatz 3 ist ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Diese Regelvorgabe stellt eine Überregulierung dar; die Fortentwicklung der Krankenhäuser wird durch diese Formulierungen behindert und die Eigeninitiative keineswegs gefördert.

zu § 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

zu § 11 Abs. 2

Die Mitwirkung des Krankenhauses an der Bewältigung von Großschadensereignissen ist selbstverständlich; allerdings macht die Formulierung in § 11 Abs. 2 die grundsätzliche, federführende Verantwortung der zuständigen Behörde nicht hinreichend klar.

Abschnitt II  
Planung

Die KGNW begrüßt, daß bezüglich der Krankenhausplanung deutliche Veränderungen gegenüber den ersten Referentenentwürfen vorgenommen wurden, vor allem, daß das Land mit der zuständigen Behörde - den Forderungen des KHG entsprechend - den Planungsauftrag übernehmen will und auch für die sonstigen Festlegungen des Krankenhausplans mit der zuständigen Behörde die Verantwortung übernehmen soll.

Der weitgehend undurchschaubare Weg, den der Gesetzentwurf bis zum letztendlichen Bescheid der Behörde hier vorsieht, kann aber nicht zur Erreichung von

Planungssicherheit und -klarheit führen. Die Krankenhäuser sollen zusammen mit den Kostenträgern und möglicherweise den Kreisen bzw. kreisfreien Städten - dies wird aus dem Regierungsentwurf nicht eindeutig klar - Plankonzepte vorlegen, die mit oder ohne Änderungen genehmigt oder nicht genehmigt werden können; dabei gehen einzelne Planungsbestandteile in den Krankenhausplan ein, andere nicht. Unklar bleibt nicht nur der rechtliche Stellenwert dieser Planungsbestandteile, sondern auch die Möglichkeit von deren richterlicher Überprüfung. Art. 19 Abs. 4 GG gibt jedermann das Recht, den Rechtsweg zu beschreiten. Gegen eine Verletzung dieses Grundrechtes kann bekanntlich Verfassungsbeschwerde erhoben werden.

Es steht zu befürchten, daß für viele Krankenhäuser eine unklare rechtliche Situation über längere Zeit geschaffen wird, die ihnen die Anpassung an die durch die Gesundheitsreformgesetze veränderten Umstände unmöglich macht oder zumindest erheblich erschwert. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird aber gerade eine Erleichterung für die Krankenhäuser in dieser Situation als Grund für die Neufassung des KHG NW angegeben. Unternehmerische Elemente und zeitgemäßes Wirtschaften sind den Krankenhäusern nur dann möglich, wenn die Rahmenbedingungen für die Leistungsplanung des "Betriebes" Krankenhaus klar und eindeutig sind. Eine möglichst bedarfsgerechte Leistungs- und Kostenplanung stellt aber, insbesondere in Zeiten nicht mehr steigender Finanzmittel, das zentrale Steuerungsinstrument der Krankenhäuser dar.

Vor allem bezüglich des Zeitablaufs der Planung, der Rechte der einzelnen Beteiligten und der Klarheit des Rechtsweges stellen sich somit viele Fragen, auf die das Gesetz keine Antwort ermöglicht. Im folgenden wird auf die Probleme paragraphenbezogen eingegangen.

**zu § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4**

Hier wird bereits die Unklarheit deutlich, durch welche Entscheidung der Behörde die Änderung der sonstigen Festlegungen in welcher Weise verbindlich werden soll.

**zu § 13 Abs. 4 Satz 2**

Formulierungsvorschlag: "Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete in anderen Bundesländern sind zu berücksichtigen; ..."

### zu § 14 Rahmenvorgaben

Die KGNW plädiert dafür, daß die Rahmenvorgaben auch den Standort enthalten. Vorschlag zur Ergänzung in § 14 Abs. 1:

"Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze, besondere Aufgaben und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität sowie dem Standort. Sie sind Grundlage für die Festlegungen nach § 15 und § 16."

#### Begründung:

Das Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans auf der Grundlage der Rahmenvorgaben soll in zwei verschiedenen, parallel ablaufenden Planungsprozessen für die Schwerpunktplanung einerseits und für die sonstigen Festlegungen andererseits erfolgen. Die Rahmenvorgaben müssen daher auch die Festlegung des Standortes enthalten, da die Zusatzregelungen der §§ 15 und 16 (Schwerpunktfestlegungen und sonstige Festlegungen) nur dann eine klare Zuordnung der einzelnen Teile des Krankenhausplans ermöglichen.

### zu § 14 Abs. 3

Die Formulierung "die in den Rahmenvorgaben festgelegte Regelauslastung ... unterschreiten" muß ersetzt werden durch die Formulierung "von der in den Rahmenvorgaben festgelegten Regelauslastung ... abweichen"

#### Begründung:

Information ist erforderlich nicht nur bei einer potentiell zu hohen Kapazität, sondern auch bei einem potentiellen Mangel an Kapazität.

### zu § 15 Schwerpunktfestlegungen

Die KGNW begrüßt die Einbeziehung des Landesausschusses für Krankenhausplanung nach § 17 Abs. 1 bei diesen Festlegungen nach § 15 und die Anhörung durch die zuständige Behörde. Beide Vorgehensweisen sind jedoch auch bei den sonstigen Festlegungen nach § 16 vorzusehen.

### zu § 15 Abs. 4 Satz 2

Hier wird festgelegt, daß bei Aufgaben der Ausbildung die Finanzierung gewährleistet sein muß. Es fragt sich, ob mit dieser Formulierung die Absicht des Landes zum Ausdruck gebracht wird, Verantwortung für die

Ausbildungsfinanzierung zu übernehmen, sofern die Krankenhausbudgets aufgrund der Begrenzung nach § 6 GPflV hierfür nicht ausreichen.

Da Ausbildungsaufgaben nicht nur im Rahmen von Schwerpunktfestlegungen sondern auch im Rahmen sonstiger Festlegungen vorkommen, muß die Finanzierungsregelung auch in § 16 aufgenommen werden.

#### zu § 16 sonstige Festlegungen

Zur Finanzierung der Ausbildungskosten verweisen wir auf den voraufgehenden Paragraphen.

Wenig sachgerecht ist das sehr uneinheitliche und unklare Verfahren zur Fortschreibung der sonstigen Festlegungen. Das vorgesehene Verfahren läßt befürchten, daß es sehr zeitaufwendig ist, zumindest wird vom Gesetzentwurf keine klare Zeitperspektive vorgegeben. Ferner ist das Verfahren in etlichen Punkten diffus und - was den Rechtsweg betrifft - nicht mit dem Grundgesetz zu vereinbaren.

Die KGNW verweist bezüglich der insgesamt unklaren Bündelung von Konzepten auf ihren mit Datum vom 11.09.1997 dem zuständigen Ministerium und den Vorsitzenden der Landtagsfraktionen übermittelten Vorschlag, bei den Bezirksregierungen je ein ständiges Planungsgremien für jeden Regierungsbezirk einzurichten. Durch die Schaffung eines derartigen Gremiums wird einerseits eine Regionalisierung erreicht und andererseits eine sachgerechte Erörterung und Bündelung der Einzelvorschläge ermöglicht.

#### zu § 16 Abs. 1

Die KGNW begrüßt, daß nunmehr die zuständige Behörde auch diesen Teil des Krankenhausplans entsprechend § 6 KHG festlegt.

Hierzu legen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt mit den Kreisen und kreisfreien Städten erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vor und beantragen dessen Genehmigung. Unbestimmt bleibt die Funktion der Kreise/kreisfreien Städte bei der Erarbeitung des Konzepts. Grundsätzlich muß die Aufgabe der Kreise/kreisfreie Städte bei der Krankenhausplanung im Gesetz klar und eindeutig formuliert werden. Die jetzt enthaltenen Widersprüche dürfen nicht stehen bleiben.

Desgleichen geht der dem auszuhandelnden Konzept zukommende Stellenwert insgesamt aus dem Gesetz nicht eindeutig hervor. Ob für jedes Krankenhaus gesondert

ein Konzept erarbeitet wird und wie in diesem Fall die Kompatibilität hergestellt wird, oder ob für mehrere Krankenhäuser und - wenn ja - für welche Krankenhäuser ein gemeinsames Konzept entworfen wird, ist ebensowenig ersichtlich.

Was der Begriff "Konzept" umfaßt und die Folgen der Erarbeitung bleiben ebenfalls im Dunkeln. Offenbar können Teile des Konzeptes genehmigt werden, ohne daß sie auch in den Plan Eingang finden. Welchen Stellenwert haben diese Teile des Plankonzeptes? Welchen Stellenwert haben von der zuständigen Behörde geänderte Bestandteile des Plankonzeptes, die aber nicht in den Krankenhausplan eingehen? In § 18 Abs. 2 wird nämlich bestimmt, daß Feststellungen nach § 16, die über die Angaben nach Abs. 1 hinausgehen, in der Regel nicht Bestandteil des Krankenhausplans werden. Was ist in diesem Fall die Regel?

Im Klageverfahren (§ 16 Abs. 7) hätten die Gerichte die Regelungen im Bescheid nach § 16 Abs. 5 als verbindlich anzusehen.

#### zu § 16 Abs. 2

Zur Erarbeitung eines Konzepts kann sowohl die zuständige Behörde als auch einer der Verhandlungspartner auffordern. Zugleich wird bestimmt, daß die Vertragsverhandlungen innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung aufzunehmen sind.

Diese Frist von drei Monaten, die entsprechend § 16 RegE bis zum Beginn der Verhandlungen einzuhalten ist, soll den erforderlichen Prozeß beschleunigen. Ob dieses Ziel allerdings auf dem Wege der Festlegung des Verhandlungsbeginns erreichbar ist, bleibt mehr als zweifelhaft, da bei Nichteinigung die Vertragspartner das Ende der Verhandlungen beliebig hinauszögern können. Der Zeitraum zwischen Verhandlungsbeginn und -ende ist nämlich in keiner Weise terminiert.

#### zu § 16 Abs. 3

§ 16 Abs. 3 legt fest, daß eine Anhörung der übrigen Beteiligten (§ 17 Abs. 2) erfolgt. Die betroffenen Krankenhäuser sollen einen Verband zur Durchführung der Anhörung bestimmen. Falls kein Verband bestimmt wird, soll die Krankenhausgesellschaft die Durchführung übernehmen.

Bereits in unserer Stellungnahme gegenüber dem Staatssekretär mit Datum vom 17.02.1998 haben wir abgelehnt, daß die Durchführung von Anhörungen auf die Krankenhausverbände bzw. die KGNW übertragen werden soll. Wir haben deutlich gemacht, daß hiermit der Grundsatz grundlegend mißachtet wird, daß für die Durchführung (Organisation, Regie, Auswertung) von

Anhörungen zum Krankenhausplan die für die Aufstellung des Plans zuständige Institution verantwortlich zeichnen muß. Die KGNW hat deutlich gemacht, daß das Land diese Aufgabe ebensowenig auf Dritte übertragen kann wie die Verantwortung für die Planung insgesamt. An dieser Darstellung der KGNW hat sich nichts geändert, so daß die in § 16 Abs. 3 RegE auf die "mittelbar Beteiligten" nach § 17 Abs. 2 RegE bezogene Anhörung durch einen Verband/die Krankenhausgesellschaft nicht akzeptiert wird.

In die erforderliche Genehmigung der zuständigen Behörde wird nach § 16 Abs. 4 eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe einbezogen. Die Beurteilung, ob die jeweilige Dokumentation den Anforderungen gerecht wird, kann nur die für die Planung und die Genehmigung zuständige Behörde treffen. Auch dies verdeutlicht, daß hier diese Aufgabe unbedingt sachgemäß der entsprechenden Behörde zuzuordnen ist.

Nicht zu akzeptieren ist auch, daß die unmittelbar Beteiligten in die Anhörung nicht einbezogen werden sollen. Die Feststellung in der Begründung, daß diese Regelung sicherstellt, daß damit die nicht in die Verhandlungen einbezogenen Beteiligten angehört werden, ist unzutreffend, da von den unmittelbar Beteiligten nur die Krankenkassenverbände Vertragspartner und somit Verhandlungsbeteiligte sind, für die Krankenhausverbände gilt dies dagegen lediglich im Einzelfall. Damit werden die unmittelbar an der Krankenhausversorgung Beteiligten in diese Planungsphase nicht einbezogen, obwohl hier die für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten bürgernahen Versorgung grundlegenden Entscheidungen fallen sollen. Die Anhörung wird damit der Anforderung des § 7 KHG nicht gerecht, wonach einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind.

#### Zu § 16 Abs. 5

Als Genehmigungskriterien werden die Rahmenvorgaben sowie der allgemeine Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin genannt. Gegen diese Kriterien wird von der KGNW generell kein Einspruch erhoben; ob jedoch diese Kriterien in dieser Unverbindlichkeit sachdienliche Entscheidungen stützen, erscheint mehr als fraglich. Eine genauere Spezifizierung ist vorzugeben.

Die Genehmigung kann von der zuständigen Behörde mit Nebenbestimmungen verbunden werden oder in veränderter Form erfolgen. Über eine in diesem Fall mögliche Anfechtung der Genehmigungen bei der Behörde ist innerhalb von drei Monaten zu entscheiden. Hier fragt sich, ob eine Anfechtung der Genehmigung auf den Fall einer von der Behörde mit Nebenbestimmungen versehe-

nen Genehmigung begrenzt sein soll oder ob auch betroffene, nicht an der Vereinbarung beteiligte Krankenhäuser ein Anfechtungsrecht bei der Behörde haben sollen.

Auch hier ist grundsätzlich die zeitliche Befristung im Sinne einer Beschleunigung zwar zu begrüßen, insgesamt bleibt jedoch zu befürchten, daß diese Befristung sich auf den Ablauf des Prozesses nur rudimentär auswirkt, da das gesamte Verfahren hierdurch nur in einem Teilschritt erfaßt wird.

Vor allem sind erhebliche Zweifel angebracht, ob die hierfür gesetzlich festgelegte Nichtbeklagbarkeit von Entscheidungen, somit die Nichtanfechtbarkeit von Verwaltungsakten der zuständigen Behörde, rechtmäßig ist. Denn die Entscheidungen werden letztendlich damit zwangsläufig bestandskräftig und damit vorentscheidend für die gerichtliche Prüfung von Bescheiden nach § 18 RegE werden. Eine derartige Regelung des Planungsverfahrens erscheint unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten mehr als fragwürdig. Das Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz aus Artikel 19 Abs. 4 des Grundgesetzes (GG), das sich aus dem Rechtsstaatsprinzip ergibt, gewährleistet, daß staatliches Handeln an Rechtssätze gebunden ist und daß die Möglichkeit bestehen muß, die Rechtmäßigkeit durch unabhängige Gerichte überprüfen zu lassen. Ergänzend sei noch bemerkt, daß die gegebenenfalls nach § 16 Abs. 7 Satz 2 ergehende gerichtliche Entscheidung eine bestandskräftige Entscheidung nach § 16 Abs. 5 nicht abändern dürfte, so daß diesbezüglich der Rechtsweg abgeschnitten ist.

#### Zu § 16 Abs. 6

Der RegE legt weiterhin fest, daß die Behörde von Amts wegen zum Krankenhausplan entscheidet, soweit Konzepte nicht vorgelegt werden. Damit ist - ohne Vorgabe eines bestimmten Eingriffszeitpunkts - nicht entscheidbar, zu welcher Zeit die Behörde von Amts wegen tätig werden kann oder tätig werden muß, wenn kein Konzept vorgelegt wird. Ohne Frist für die Vorlage eines Konzeptes ist der Zeitpunkt einer Ersatzvornahme der Planungsbehörde nicht klar.

#### zu § 17 Beteiligte an der Krankenhausversorgung

##### zu § 17 Abs. 1

Die Neuregelung wird abgelehnt.

##### Begründung:

Die Neuregelung der Zusammensetzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung ist nicht sachgerecht. Eine ausgeglichene Gewichtung von Krankenkassen- und Krankenhausseite wird zugunsten eines offen-

sichtlichen Übergewichts der Krankenkassenverbände über Bord geworfen.

Von den Verbänden der Krankenkassen werden nunmehr, einschließlich Privatversicherungen 9 Vertreter benannt, während die Krankenhausgesellschaft lediglich 5 Vertreter entsenden soll. Von einer paritätischen Besetzung - wie sie in dem entsprechenden Abschnitt der Begründung behauptet wird - kann daher nicht die Rede sein. Vertreter kommunaler Spitzenverbände haben durch die Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags und weiterführender Funktionen der allgemeinen Daseinsvorsorge eine eigenständige Position bei ihrer Vertretung im Landesausschuß und können ebensowenig automatisch der Krankenhausesseite zugerechnet werden wie die Vertreter der katholischen und der evangelischen Kirche.

#### zu § 17 Abs. 3 Satz 2

Die Regelung, daß der Landesausschuß vorschlagen soll, welche planungsrelevanten Daten der zuständigen Behörde bis zum 01. September jeden Jahres von den Krankenhausträgern zu melden sind, wird abgelehnt.

#### Begründung:

Es bestehen bereits umfassende Meldepflichten auf der Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV), bei deren Verabschiedung die Länder mitgewirkt haben. Diese umfassende Datenweitergabe ist bereits gegenwärtig Pflicht und sollte aus Gründen der Vermeidung zusätzlichen Aufwands nicht erweitert werden.

#### Zu § 17 Abs. 4 Sätze 3 und 4

Die Sätze 3 und 4 sind zu streichen.

#### Begründung:

In § 17 Abs. 4 wurden die Sätze 3 und 4 eingefügt, daß der Landesausschuß Unterausschüsse bildet, wobei Mitglieder der Unterausschüsse auch mittelbar Beteiligte nach § 17 Abs. 2 RegE sein können. Unklar bleibt, welche Aufgaben derartige Unterausschüsse haben sollen und was im einzelnen von ihnen bestimmt werden kann. Hier werden Kompetenzen und Verantwortungen zersplittert und auf ansonsten mit dem Bereich nur indirekt Befasste verteilt.

#### zu § 18 Feststellungen im Krankenhausplan

Zu begrüßen ist, daß die Feststellungen nach § 18 RegE im Krankenhausplan grundsätzlich die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser festlegen und damit einen

klaren Rahmen schaffen, innerhalb dessen das Krankenhaus planen und wirtschaften kann.

Zu § 18 Abs. 2

In diesem Zusammenhang wird die Unklarheit im Planungsverfahren deutlich aufgezeigt, die wir bereits in Zusammenhang mit § 16 im Detail kritisiert haben. Welchen Rechtscharakter besitzen welche Festlegungen? Wann werden welche Festlegungen zu Feststellungen? Handelt es sich bei den Genehmigungen der Konzepte, somit den Festlegungen um Bescheide der zuständigen Behörde? Wie wird rechtlich vertreten, daß derartige Bescheide nur bei der erlassenden Behörde selbst angefochten werden können und damit der Rechtsweg gegenüber dem Handeln der Behörde abgeschnitten wird? Gegen solche Festlegungen stehen dem Krankenhausträger keine Rechtsschutzmöglichkeiten zu. Ist dies so gewollt?

Zu § 18 Abs. 3

Diese Neuregelung wird als Überregulierung bei gleichzeitiger Unklarheit abgelehnt.

Begründung:

Hier wird eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan angedroht, wenn das Krankenhaus von den Feststellungen nach Abs. 1 (dies sind die Feststellungen des Feststellungsbescheides) abweicht oder planwidrige Versorgungsangebote an sich bindet. Während der erste Halbsatz eindeutig und durch Bezug auf den Feststellungsbescheid unmißverständlich nachzuvollziehen ist, läßt die Feststellung der "planwidrigen Bindung von Versorgungsangeboten an das Krankenhaus" eine weitgehende Interpretation zu. Dies gilt insbesondere auch, weil der Krankenhausplan nicht alle Details der Versorgung beinhaltet und daher im Einzelfall nicht eindeutig bestimmt ist, wann ein Versorgungsangebot planwidrig ist.

Da in den Plan zu Recht Versorgungsangebote erst aufgenommen werden, wenn sie erprobt und standardisiert sind, muß im Sinne der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung erwünscht sein, daß das Krankenhaus im Sinne von Erprobungen auch neue Angebote entwickeln kann. Durch das Verbot bzw. die Androhung der Plan- und Förderschädlichkeit werden die Krankenhäuser von vornherein daran gehindert, Fortentwicklungen frühzeitig zu erproben.

Im Gesetzentwurf werden Verzahnungen, Kooperationen und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsbereichen befürwortet und unterstützt. Die eigenverantwortliche Wirtschaftsführung der Krankenhäuser soll gefördert werden. Hierzu ist es nicht förderlich, wenn dem

Krankenhaussträger die Herausnahme aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise angedroht wird für den Fall, daß er planwidrige Versorgungsangebote an sich bindet.

Deutlich wird die Unklarheit des Begriffs "planwidrige Angebote" auch an der Formulierung von § 18 Abs. 2, wo explizit auf Feststellungen nach § 16 Bezug genommen wird, die über die Angaben nach § 18 Abs. 1 hinausgehen und in der Regel nicht Bestandteil des Krankenhausplans werden sollen. Kann es sich dabei auch um planwidrige Angebote handeln?

### Abschnitt III Krankenhausförderung

#### zu § 19 Förderungsgrundsätze

##### zu § 19 Abs. 2 Satz 2

Es muß eine Ergänzung erfolgen um: "..., sofern das Krankenhaus diese Unterlassung zu vertreten hat."

##### Begründung:

Es kann dem Krankenhaus nicht angelastet werden, wenn die erforderliche Förderung der Instandhaltung oder Wartung durch den zuständigen Finanzierungsträger nicht gewährt wurde.

##### zu § 19 Abs. 4

Es ist die Formulierung von § 17 Abs. 4 des geltenden Gesetzes beizubehalten.

##### Begründung:

Abweichungen vom Feststellungsbescheid sind eindeutig identifizierbar. „Planwidrige Angebote“ jedoch lassen sich nicht klar feststellen, da die Feststellungsbescheide nicht alle Leistungsaspekte umfassen.

##### § 19 Abs. 5

Es wird empfohlen, einen zusätzlichen Absatz 5 folgenden Inhalts einzufügen:

"Die Förderung kann auch durch Übernahme des Schuldendienstes (Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten) für Darlehen und im Ausnahmefall als Ausgleich für Kapitalkosten nach § 2 Nr. 3 Buchstabe b und d KHG vorgenommen werden, soweit mit vorheriger Zustimmung der zuständigen Behörde zur Finanzierung von förderfähigen Investitionen Darlehen aufgenommen werden oder der Krankenhaussträger Eigenmittel einsetzt."

Begründung:

In den letzten Jahren sind zahlreiche öffentliche Projekte über alternative Finanzierungsformen realisiert worden. Das KHG sieht auch für die Krankenhäuser eine entsprechende Fördermöglichkeit vor. Beispielsweise für den Krankenhausbereich seien die Krankenhausneubauten in Güstrow und Bad Doberan in Mecklenburg-Vorpommern genannt. Insbesondere für Großprojekte mit hohem Bedarf an Interimsmaßnahmen sind Finanzierungsmodelle wie Leasing- oder Mietkaufkonstruktionen attraktiv, da sie erfahrungsgemäß die Bauzeit reduzieren. Vor dem Hintergrund des in Nordrhein-Westfalen anwachsenden investiven Nachholbedarfs im Krankenhausbereich muß den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet werden, solche alternativen Finanzierungsmodelle zu nutzen.

zu § 20 Investitionsprogramm

zu § 20 Satz 2

Satz 2 ist wie folgt zu ändern: "Darin wird die vorgesehene Verwendung der Fördermittel für Maßnahmen nach § 21 dargestellt."

Begründung:

Der "Haushalts-Vorbehalt" ist zu streichen. Wir weisen hierzu auf unsere Ausführungen zu § 21 Abs. 1.

zu § 20 Satz 3

Satz 3 ist wie folgt zu ändern:  
„Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm erfolgt mit der Veröffentlichung des Investitionsprogramms im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen und ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden.“

zu § 20 Satz 4

Der Satz 4 ist ersatzlos zu streichen

Begründung:

Der Rechtsanspruch auf Förderung besteht nach § 8 Abs. 1 KHG dem Grunde nach bereits mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan.

zu § 21 Einzelförderung

zu § 21 Abs. 1

Energisch wendet sich die KGNW gegen den Haushaltsvorbehalt in § 21 Abs. 1. Gem. den §§ 4, 8 und 9 Abs. 1 KHG handelt es sich bei den Fördermitteln der Länder nicht um freiwillige Leistungen, die im Ermessen des Landes liegen und nach der jeweiligen Haushaltslage des Landes bemessen werden können, sondern um Ausgleichszahlungen mit Entschädigungscharakter für die vom Gesetzgeber ausgeschlossene Refinanzierung der Investitionen über die Pflegesätze.

Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Kommentar, Wiesbaden, Stand 8/97, Seite 63 führen hierzu aus, daß das Krankenhaus bereits mit Aufnahme in den Krankenhausplan einen Rechtsanspruch auf Förderung erhält. Es erlangt den Rechtsstatus eines geförderten Krankenhauses. Dieser Rechtsstatus begründet eine Anwartschaft auf Förderung, die sich bei Vorliegen sämtlicher tatbestandlicher Voraussetzungen einer Förderung zum konkreten Rechtsanspruch verdichtet.

zu § 21 Abs. 1 Nr. 2

§ 19 Abs. 1 Nr. 2 KHG NW a.F. ist gestrichen. Unter Bezugnahme auf Absatz 2 Satz 1 RegE, in dem auf „Absatz 1 Nrn. 2 und 3“ verwiesen wird, sowie die Tatsache, daß die Streichung in keiner Weise begründet wird, gehen wir jedoch davon aus, daß es sich hier um einen redaktionellen Fehler handelt, zumal in § 25 Abs. 1 die entsprechende Regelung für die Pauschalförderung nicht gestrichen wurde. Sollte die Streichung bewußt vorgenommen worden sein, nehmen wir wie folgt Stellung:

Die Streichung des § 19 Abs. 1 Nr. 2 KHG NW a.F. ist nicht mit der Ermächtigungsgrundlage im KHG in Einklang zu bringen. Infolgedessen muß § 21 Abs. 1 Nr. 2 lauten: " die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren, "

§ 21 Abs. 1 Nr. 2 wird dann zu § 21 Abs. 1 Nr. 3.

Begründung:

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat mit Urteil vom 21.1.93 entschieden, daß das KHG keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für die alte Fassung der Abgrenzungsverordnung darstellte, die Finanzierung der Instandhaltungsmaßnahmen aus Fördermitteln der Länder daher nicht zulässig war. Darauf basiert die mittlerweile vorgenommene Änderung der Finanzie-

zung der Instandhaltungsmaßnahmen durch das 2. NOG (Anpassung der Abgrenzungsverordnung und der BPflV'95). Das KHG als Ermächtigungsgrundlage ist unverändert geblieben. Seine entsprechenden Vorschriften (§ 2 Nr. 2 Buchst. b, § 9) sind für die Investitionsförderung der Länder weiterhin zwingend zu beachten.

Vor diesem Hintergrund gibt es keinerlei Veranlassung für eine Streichung der Vorschriften des § 19 Abs. 1 Nr. 2 (Wiederbeschaffung mittel- und langfristiger Anlagegüter) und des § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHG NW a.F. (kleine Baumaßnahmen).

Zwischen der Wiederbeschaffung von Anlagegütern und der Erhaltung und Wiederherstellung von Anlagegütern (Instandhaltung) muß deutlich unterschieden werden. Ihre Abgrenzung ergibt sich einmal aus § 4 Abs. 1 AbgrV sowie weiterhin aus den Verzeichnissen II und III der Abgrenzungsverordnung. Das o. g. BVerwG-Urteil bezieht sich ausschließlich auf den Bereich Instandhaltung/Erhaltungsaufwand. Mit der Streichung des § 3 Abs. 2 Nr. 3 AbgrV durch das 2. NOG ist dem Urteil Rechnung getragen worden.

Der Hinweis in der Begründung zu § 21 Abs. 2 RefE, die sog. kleinen Bauvorhaben seien im Gesetz nicht mehr vorgesehen, widerspricht der Vorschrift des § 9 Abs. 3 KHG, nach der nach wie vor ausdrücklich die Förderung kleiner baulicher Maßnahmen durch die Länder zu erfolgen hat.

In diesem Zusammenhang ist noch einmal daran zu erinnern, daß die Finanzierung des Erhaltungsaufwandes in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen fast 4 Jahre lang komplett brach lag. Mit dem 2. NOG hat der Gesetzgeber auf Bundesebene nunmehr die Finanzierung in pauschalierter Form über die Krankenhausbudgets geregelt. In der Gesetzesbegründung verweist er darauf, daß die damit implizierte Begrenzung des Finanzierungsvolumens "vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs (BFH) zur Abgrenzung zwischen Erhaltungs- und Herstellungsaufwand bei grundlegender Instandsetzung und Modernisierung von Gebäuden (s. BFH-Urteile vom 9. und 10.5.95, Der Betrieb 1995, 1841 ff., 1888 ff.)" ausreichend erscheint. "Greifen Erweiterungen mit Modernisierungs- und Instandhaltungsmaßnahmen bautechnisch ineinander, so sind die Aufwendungen nicht in Herstellungs- und Erhaltungsaufwand aufzuteilen, sondern einheitlich als Herstellungsaufwand zu beurteilen.", führt der Gesetzgeber weiter aus. Die KGNW fordert daher, das Fördervolumen bei der Einzelförderung an die Rechtsprechung des BFH anzupassen. Hier sollte genauso schnell und unkompliziert gehandelt werden wie 1993,

als das Land aufgrund des BVerwG-Urteils die Finanzierung des Erhaltungsaufwandes einstellte.

zu § 21 Abs. 5 und 6

Der Absatz 5 Satz 1 und der Abs. 6 sind ersatzlos zu streichen. Absatz 5 Satz 2 wird redaktionell angepaßt und zu Satz 1: "Bei der Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses sind anteilige Fördermittel, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nach § 25 nicht verwendet worden sind, grundsätzlich zurückzuerstatten." Satz 3 wird zu Satz 2.

Begründung:

Hier wird versucht, Fragen in die gesetzliche Regelung einzubeziehen, die unmittelbar die Organisationshoheit des Krankenhauses betreffen; dieser Eingriff in die Eigenverantwortung des Krankenhauses ist nicht zu akzeptieren, zumal - nach den Änderungen des Gesundheitsstrukturgesetzes mit Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips - von den Krankenhäusern betriebswirtschaftliches, eigenverantwortliches Handeln eingefordert wird.

zu § 22 Umfang der Einzelförderung

zu § 22 Abs. 2 Satz 1

Dieser Satz sollte im Sinne der Konzentration auf wesentliche Regelungen gestrichen werden.

Begründung:

Mit dieser Regelung wird vor allem erreicht, daß die jeweils betroffenen Krankenhäuser dafür Sorge tragen; daß bis zum Bewilligungszeitpunkt die Pauschalfördermittel nach Möglichkeit verausgabt sind.

zu § 24 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

zu § 24 Abs. 2 Satz 2

Der Zusatz in Absatz 2 Satz 2 mit dem Verweis auf § 32 muß entfallen, da § 32 ersatzlos zu streichen ist (siehe Ausführungen zu § 32).

zu § 25 Pauschale Förderung

zu § 25 Abs. 3

Die Einführung einer vierten Anforderungsstufe darf im Ergebnis nicht zu einer Absenkung der Pauschalförderersummen bei den Krankenhäusern der ersten drei Anforderungsstufen führen. Auch eine Finanzierung zu Lasten anderer Krankenhaustitel im MAGS-Haushalt kann nicht akzeptiert werden.

zu § 25 Abs. 4

Veränderungen der Punktwerte bedürfen nach Auffassung der KGNW einer ausreichenden Fundierung. Die Absenkung des Punktwertes im Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten von 3,3 auf 2,5 ist nicht nachvollziehbar. Hierzu empfiehlt es sich, ein entsprechendes Gutachten durch das Land in Auftrag zu geben (siehe auch ASG-Ausschußsitzung am 16.4.97).

Die KGNW fordert, daß die erhöhten Punktwerte gem. Satz 1 auch auf Belegabteilungen Anwendung finden.

zu § 25 Abs. 5

Die Anpassung der Pauschalfördermittel der Höhe nach muß zum 1.1.1998 erfolgen, da die letzte Anpassung zum 1.1.1996 vorgenommen wurde (siehe KGNW-Schreiben vom 1.7.98).

Die Anhebung um 5 % ist nicht ausreichend. Die KGNW hat mit Schreiben vom 2.9.97 eine entsprechende Forderung gegenüber dem MAGS NW geltend gemacht.

Ausgehend von den geltenden Beträgen (gem. Verordnung vom 31.7.96; veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen - Nr. 40 vom 5.9.96) ergeben sich daher ab 1.1.98 die im folgenden Tableau aufgeführten neuen Beträge. Die Beträge im vorliegenden Gesetzentwurf sind - bei Berücksichtigung einer 5 %-igen Anhebung - fehlerhaft.

Anforderungsstufe	KGNW-Forderung	Beträge bei Erhöhung um 5 %
1	3471 .-- DM	3343 .-- DM
2	4042 .-- DM	3893 .-- DM
3	5175 .-- DM	4985 .-- DM
4	5700 .-- DM	5700 .-- DM

zu § 25 Abs. 6 Sätze 1 bis 3

Die Sätze 1 bis 3 mit den Sonderregelungen für den Bereich Psychiatrie bzw. teilstationäre Einrichtungen müssen gestrichen werden.

Begründung:

Die Neuregelung für den Bereich Psychiatrie mit der erstmaligen Einbeziehung auch der psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemein-Krankenhäusern wird abgelehnt, da die Kürzung der pauschalen Fördermittel eine Benachteiligung der Psychiatrie gegenüber der somatischen Medizin bedeutet.

Für den Ansatz von 50 % bei teilstationären Einrichtungen fehlt jegliche Begründung der Höhe nach; er ist daher unverständlich, zumal es gilt, teilstationäre Einrichtungen zu fördern, wie es das Land z.B. in seinem im November 1996 vorgelegten Konzept zur Weiterentwicklung der gemeindenahen Psychiatrie selbst vorsieht. Auch nach den Zielsetzungen der Gesundheitsreform sind die Möglichkeiten zur Erbringung teilstationärer Leistungen im Krankenhaus zu erweitern.

Bei teilstationärer Behandlung entfallen vielfach lediglich wenig geräteintensive Leistungen von Unterkunft und Verpflegung; Therapie und Diagnostik aber werden in üblichem Umfang durchgeführt.

Aus den Sätzen 4 und 5 in Abs. 6 werden aufgrund der Streichung der Sätze 1 bis 3 die Sätze 1 und 2; Satz 2 ist in seinem Wortlaut an diese Änderung anzupassen.

zu § 25 Abs. 7

Das in den Absätzen 7 bis 9 geregelte "Vorhaltemodell" wird grundsätzlich akzeptiert. Es ist jedoch zugleich eine Anpassung der Gesamtfördermittelsumme aus § 25 an den Gesamtbedarf vorzunehmen.

zu § 25 Abs. 8 Sätze 1 und 2

Die KGNW schlägt vor, Satz 1 zu ändern und einen neuen Satz 2 wie folgt einzufügen:

"Die Leistungspauschale beträgt 90 % der zum 20.11.95 gewährten pauschalen Fördermittel des jeweiligen Krankenhauses. Sofern seit dem Stichtag Anpassungen der Fördermittel in der Höhe gemäß § 23 Abs. 9 KHG NW

in der Fassung vom 3. November 1987 vorgenommen wurden, sind diese entsprechend zu berücksichtigen."

Begründung:

Der Stichtag 31.12.96 ist rein zufällig gewählt und wird der Intention der Vorschrift nicht gerecht, da gerade die Krankenhäuser, die frühzeitig nach In-gangsetzen der forcierten Einzelfortschreibung (Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung vom 20.11.1995) freiwillig eine Bettenanpassung vor-genommen haben, grob benachteiligt würden. Diese Rückwirkung muß berücksichtigen, daß die Pauschalför-dermittel gem. Abs. 5 zum 1.1.98 in ihrer Höhe fort-geschrieben werden; d.h., auch die Leistungspauschale ist an die Fortschreibungen anzupassen, da der Abs. 14 die Fortschreibung der Leistungspauschale nur für die Zukunft regelt.

Bei dem Vorhaltemodell stehen die Einfachheit und vor allem die Planungssicherheit für die Krankenhäuser im Vordergrund. Um letzterem tatsächlich gerecht zu wer-den, empfiehlt die KGNW die Relation zwischen Lei-stungspauschale und Zuschlag (Absatz 9) auf 90:10 zu ändern. Auf diese Weise würde nicht zuletzt die Be-reitschaft der Krankenhäuser zum Bettenabbau geför-dert.

Aus dem bisherigen Satz 2 wird Satz 3.

zu § 25 Abs. 8 Sätze 3 und 4

Das Wort „insbesondere“ sollte gestrichen werden, da es die Klarstellung relativiert.

Gesetzessystematisch sollten die Sätze 3 und 4 hier gestrichen werden. Statt dessen sollte in Absatz 7 Satz 2 geändert und Satz 3 hinzugefügt werden:

"Bei Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Kranken-  
hausplan **und bei wesentlichen Strukturveränderungen**  
erfolgt die Berechnung der pauschalen Fördermittel  
nach den Absätzen 2 bis 6. Eine wesentliche Struk-  
turänderung liegt vor, wenn die **Planbetten-** und Be-  
handlungsplatzzahl um mehr als 25 vom Hundert gesenkt  
oder erhöht wird."

zu § 25 Abs. 9

In Folge der vorgeschlagenen Relationsänderung zwi-  
schen Leistungspauschale und Zuschlag muß in Absatz 9  
die Zahl 25 durch die Zahl 10 ersetzt werden.

zu § 25 Abs. 10

Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Die unterschiedliche Fördermittelgewährung für bestehende Krankenhäuser einer bestimmten Größenordnung und für durch Fusionen entstandene Krankenhäuser, die danach eine gleiche Größenordnung aufweisen, ist nicht erklärbar. Dieser Unterschied stellt einen Systembruch innerhalb der geänderten Regelung der Pauschalförderung dar. Das Land wirkt damit der neu formulierten Zielsetzung in § 1 Abs. 1 entgegen, wonach Zusammenschlüsse von Krankenhäusern erleichtert werden sollen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, daß bei Krankenhausfusionen Strukturänderungen, z. B. Bettenreduzierungen und mittelfristig Änderungen in der Abteilungsstruktur vorgenommen werden, die wiederum Einfluß auf die Höhe der Pauschalfördermittel haben werden.

zu § 25 Abs. 12 Satz 1

Die vorliegende Fassung läßt vieles unklar. Satz 1 ist daher wie folgt zu ändern:

„Bei Ausgliederungen von Krankenhauseinheiten, deren Errichtung mit Fördermitteln erfolgte, sind Nutzungsentgelte nach Abzug der anteiligen Betriebskosten ganz oder teilweise den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.“

Begründung:

Satz 1 ist bzgl. des Begriffes „Ausgliederung nach § 21 Abs. 5 Satz 1“ zu konkretisieren, da dort einmal von Krankenhausfachabteilungen (Gesetzestext) und dann von Krankenhauseinheiten bzw. von selbständigen Einrichtungen (Begründung) die Rede ist. Die Voraussetzung einer Vereinbarung mit der zuständigen Behörde bedeutet zusätzlichen Verwaltungsaufwand und behindert unternehmerisches Handeln in den Krankenhausleitungen.

zu § 25 Abs. 12 Satz 2

Satz 2 muß gestrichen werden.

Begründung:

Die Vorschrift ist mit der Regelung zur Ermittlung der Höhe der Pauschalfördermittel (§ 25 Abs. 2 bis 6) nicht vereinbar. Einzige Bemessungsgrundlage ist da-

nach die Anzahl der Planbetten. Da radiologische Abteilungen jedoch nicht bettenführend sind, wäre eine Kürzung der Pauschalfördermittel bei deren Ausgliederung systemwidrig. Hinzu kommt, daß völlig unklar bleibt, nach welchen Kriterien und in welcher Höhe eine eventuelle Kürzung erfolgen soll. Außerdem ist die Intention der Vorschrift bereits durch die in § 25 Abs. 8 Satz 3 angedachte Regelung größtenteils abgedeckt.

#### zu § 25 Abs. 13

Dieser Absatz ist zu ergänzen um:  
"Soweit Nutzungsanteile auf die stationäre Krankenhausversorgung entfallen, ist das Land anteilig bei der Finanzierung mit einzubeziehen."

#### Zu § 25 Abs. 14

Folgende Klarstellung ist vorzunehmen:  
"..... Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2, die Förderbeträge nach Absatz 5 und die Leistungspauschale nach Absatz 8 ..."

#### Begründung:

Daß eine vorgesehene Anpassung der Pauschalfördermittel ebenfalls die Leistungspauschale erhöht, muß sich unmittelbar aus dem Gesetzeswortlaut ergeben (nicht nur aus der Gesetzesbegründung). Wäre die Fortschreibung der Leistungspauschale nicht gewährleistet, würden zahlreiche Krankenhäuser bei Änderungen der Planbettanzahlen durch das Vorhaltemodell (Abs. 7) schlechter gestellt, als bei Anwendung der herkömmlichen Fördermittelbemessung (Abs. 2-6).

#### zu § 26 Besondere Beträge

##### zu § 26 Abs. 2 Satz 1

Der Begriff „Medizinprodukte“ ist nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) sehr umfassend (er erfaßt z. B. jedes Pflaster oder Reagenzglas). Laut Begründung geht es letztlich um die nach § 10 KHG ehemals zu planenden medizinisch-technischen Großgeräte. Es muß eine Präzisierung erfolgen.

Die Einschränkung in Abs. 2 Satz 1 ist nicht akzeptabel und nicht systemkonform. Die Regelung der Anrechnung möglicher Einnahmen aus den Gebühren liquidationsberechtigter Ärzte bzw. aus der Leistungserbringung für andere Krankenhäuser bei der Finanzierung medizinisch-technischer Geräte kann nicht akzeptiert werden, da die Liquidationserlöse nach der GOÄ allein

den liquidationsberechtigten Ärzten zustehen und nicht zur Disposition des Krankenhauses stehen. Satz 1 ist daher komplett zu streichen.

Die KGNW weist ausdrücklich darauf hin, daß die bislang nach § 24 KHG NW für die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte zur Verfügung gestellten öffentlichen Mittel unbedingt nach wie vor den Krankenhäusern zukommen müssen. Die Finanzierung sollte gewährleisten, daß den "medizinisch-technischen Großgeräten" entsprechende Medizingeräte vorrangig im Krankenhaus aufgestellt werden können, damit bei den schwerkranken Patienten in den Krankenhäusern die entsprechenden Leistungen problemlos erbracht werden können. Kooperationen, wie sie in Nordrhein-Westfalen bereits vielfach vereinbart sind, sollten ausgebaut werden.

Satz 2 regelt, welche Medizinprodukte über § 26 förderfähig sein sollen. Bezüglich der Bestimmung der betreffenden Medizinprodukte durch das Ministerium ist die Mitwirkung der unmittelbar Beteiligten nach § 17 vorzusehen.

#### zu § 27 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

Die KGNW plädiert für die Beibehaltung der bestehenden Regelung.

##### Begründung:

Da mit dieser Möglichkeit auch Einsparungen gegenüber dem Kauf entsprechender Anlagegüter entstehen können, sollte der Abschluß solcher Verträge nicht erschwert werden.

#### zu § 30 Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes

##### zu § 30 Abs. 2

Vorschlag: Die bisherige Regelung des § 28 KHG NW ist beizubehalten

##### Begründung:

§ 30 Abs. 2 normiert eine Verpflichtung des Krankenhausträgers, mit den Verbänden der Krankenkassen über die Beteiligung an Ausgleichsleistungen zu verhandeln. Diese Regelung ist höchst bedenklich. Ausgleichskosten umfassen gemäß § 30 Abs. 1 unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen sowie angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder

Einstellung entstehen. Dieses sind allerdings Kosten, deren Übernahme den Kostenträgern gesetzlich verwehrt ist, da sich die der GKV obliegenden Leistungen nach SGB V und die pflegesatzfähigen Kosten abschließend aus dem KHG i.V.m. der BPflV ergeben. Durch diese Regelung ist eindeutig die Gefahr begründet, daß sich das Land auch bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebs - zu Lasten der Krankenhäuser - aus seiner Finanzverantwortung zurückziehen will. Die bloße „Beteiligung“ des Landes ist nicht ausreichend und daher nicht sachgerecht.

### Gesetzeslücke

Bei Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sind aufgrund von gesetzlichen Vorschriften bestimmte Krankenhauseinrichtungen weiterzuführen, wie z.B. das Patientenarchiv. Hierfür ist im Gesetz eine Regelung zu treffen.

### zu § 31 Rückforderung von Fördermitteln

#### zu § 31 Abs. 2 Satz 2

Satz 2 ist ersatzlos zu streichen.

#### Begründung:

Es kann nicht sein, daß Fördermittel per Generalklausel, einzig „unter Berücksichtigung des Einzelfalls“ zurückgefordert werden können. Der Satz ist im RegE neu und ohne jegliche Begründung aufgenommen. Die Regelungen in Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 sowie in §§ 19 Abs. 4 und 21 Abs. 5 Satz 1 sind ausreichend.

### zu § 32 Investitionsverträge

Die Vorschrift ist ersatzlos zu streichen.

#### Begründung:

Die Vorschrift ist nicht mit der Formulierung von § 18 b Abs. 2 KHG vereinbar, wonach der Abschluß solcher Investitionsverträge nicht die Verpflichtung des Landes berührt, die Investitionskosten durch Fördermittel zu decken.

### zu § 33 Wirtschaftliche Betriebsführung

#### zu § 33 Abs. 2

Der Passus „.. in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden“ ist zu streichen.

Begründung:

Falls die Vorhaltung parallel betriebener Abteilungen für die Versorgung der Patienten notwendig ist, darf hierdurch nicht eine gemeinsame Betriebsführung behindert werden. Die Regelung in § 35, daß "Träger von mehreren Krankenhäusern ... mit Erlaubnis der zuständigen Behörde eine gemeinsame Betriebsführung bilden" können, ist hier in § 33 Abs. 2 anzufügen.

**zu § 33 Wirtschaftliche Betriebsführung**

**zu § 33 Abs. 2**

Der Passus "... in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden" ist zu streichen.

Begründung:

Falls die Vorhaltung parallel betriebener Abteilungen für die Versorgung der Patienten notwendig ist, darf hierdurch nicht eine gemeinsame Betriebsführung behindert werden. Die Regelung in § 35, daß "Träger von mehreren Krankenhäusern ... mit Erlaubnis der zuständigen Behörde eine gemeinsame Betriebsführung bilden" können, ist hier in § 33 Abs. 2 anzufügen.

**zu § 35 Leitung und Organisation**

**zu § 35 Abs. 4**

Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Die Verpflichtung, eine den gesetzlichen Vorschriften entsprechende Organisation des Krankenhauses einzurichten, trifft grundsätzlich den Krankenhausträger. Insofern ist dieser Absatz überflüssig.

Auch die Begründung zu § 35 Abs. 4 ist demgemäß zu streichen; eine inhaltliche Überprüfung im Einzelnen wird abgelehnt.

**zu § 42 Übergangsvorschrift**

**zu § 42 Abs. 4**

Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Durch die geänderte Stichtagsregelung in § 25 Abs. 8 Satz 1 (20.11.1995) wird die Übergangsregelung über-

flüssig. Eine Gefahr von Doppelfinanzierungen existiert nicht. Erst der vorgesehene Absatz 4 würde zu nicht vertretbaren Unterschieden bei den Fördermittelsummen ähnlich betroffener Krankenhäuser führen.

**Zu § 43 Satz 2**

Die Regelung zum Inkrafttreten des § 25 Abs. 1 - 3, 5, 7, Abs. 8 Sätze 1 und 2 sowie Abs. 9 muß zeitlich der Regelung des § 25 Abs. 8 Satz 1 angepaßt werden. Das Inkrafttreten dieser Regelungen muß auf den dem Stichtag folgenden Kalendertag festgesetzt werden.

**Begründung:**

Die Krankenhäuser, die während des Gesetzgebungsverfahrens bereits Betten abgebaut haben, haben auf die frühzeitig bekanntgemachte, geplante Stichtagsregelung vertraut. Ein Auseinanderdriften von Stichtag und Inkrafttreten hat für diese Krankenhäuser zur Folge, daß im dazwischenliegenden Zeitraum die Pauschalförderung nach altem Recht und damit auf Grundlage der reduzierten Bettenzahl erfolgt und erst ab dem geplanten Inkrafttreten zum 01.01.1998 nach neuem Recht auf Grundlage der Stichtagsregelung erfolgen kann. Da mit der Stichtagsregelung letztlich ein Anreiz zum Bettenabbau geschaffen werden sollte, muß durch den Zeitpunkt des Inkrafttretens die Voraussetzung dafür geschaffen werden, daß der Übergang von altem zu neuem Recht nahtlos, das heißt ohne Benachteiligung betroffener Krankenhäuser erfolgt.