



Landschaftsverband
Westfalen-Lippe

Abteilung
Krankenhäuser und Psychiatrie

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 48133 Münster

Landtagsverwaltung
z.Hdn. Herrn Schlichting
Postfach 101143

40002 Düsseldorf

Per Telefax: 0211/884-3002

Besuche: Warendorfer Straße 21-23
Sprechzeiten, Telefonate: Mo-Do 8.30 - 12.30 Uhr, 14.00 - 15.30 Uhr
Fr 8.30 - 12.30 Uhr

Auskunft erteilt.
Margarete Weber

Tel.: (02 51) 5 91 - 3786

Fax: (02 51) 5 91 - 267

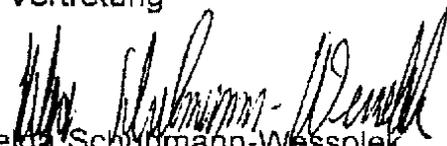
Az.: 651030/4 -Web/Sei-

Münster, 28.08.1998

Sehr geehrter Herr Schlichting,

zur Vorbereitung auf die öffentliche Anhörung zum Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein Westfalen -Gesetzentwurf der Landesregierung- am 16.09.1998 erhalten Sie die Stellungnahme des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe Sie wurde am heutigen Tage durch den Landschaftsausschuß beschlossen.

Mit freundlichem Gruß
In Vertretung


Helga Schürmann-Wessolek
Landesrätin

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
12. WAHLPERIODE
ZUSCHRIFT
12/2124
A 01 + A 06

LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE

<input checked="" type="checkbox"/> Beschlußvorlage	<input type="checkbox"/> Berichtsvorlage	<input type="checkbox"/> Nachtrag
Federführende Abteilung: Abt. 65	Datum: 01.07.1998 <input checked="" type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nichtöffentlich	DrucksacheNr.: 10/ 1440
Berichterstatte(r)/in: Frau Schuhmann-Wessolek/Herr Sudbrock		
Beratungsfolge: Finanzausschuß		Sitzungstermin: 20.08.1998
Gesundheits- und Krankenhausausschuß		26.08.1998
Landschaftsausschuß		28.08.1998
Kommission zur Beratung von Funktional-, Regional-, Haushalts- und Strukturfragen		

Betreff: Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NW). Gesetzentwurf der Landesregierung eines Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NW)

1 Finanzielle Auswirkungen?	<input type="checkbox"/>	nein	<input checked="" type="checkbox"/>	ja	
Im Haushaltsplan vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, HhSt:	
Im Wirtschaftspl./an vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
2 Die Leistungen sind	3 Rechtsgrundlage/Ausschußbeschuß:				
<input type="checkbox"/> freiwillig	(Ggf. weitergehende Erläuterungen siehe Begründung, Seite/Ziffer)				
<input type="checkbox"/> durch Gesetz/Verordnung pp.					
<input type="checkbox"/> durch Ausschlußbeschuß des LWL					
<input type="checkbox"/> der Art nach bestimmt					
<input type="checkbox"/> dem Grunde nach bestimmt					
<input type="checkbox"/> der Höhe nach bestimmt					
5	Investitionskosten/einmalige Ausgaben:		Laufende Kosten jährlich:		6
Insgesamt: DM	Beteiligung Dritter: DM		Insgesamt: DM		Ergänzende Darstellung zu den finanziellen Auswirkungen (Kosten, Folgekosten, Finanzierung pp.) siehe unter Ziffer der Begründung
Belastung LWL: DM	Belastung LWL: DM		Belastung LWL: DM		
Stichwort für Dokumentation: KHG NW (Regierungsentwurf)					
<input type="checkbox"/> Es wird um Kenntnisnahme gebeten.					
Beschlußvorschlag: Der Landschaftsausschuß nimmt den Bericht der Verwaltung zur Kenntnis und stimmt der Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen KHG NW zu.					

Beschlußvorschlag:

In der Vorlage 10/1080, die am 19.09.1997 im Landschaftsausschuß beschlossen wurde, hat der Landschaftsverband Westf.-Lippe ausführlich zum damaligen Referentenentwurf eines Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen Stellung genommen.

Inzwischen liegt der Gesetzentwurf der Landesregierung (Anlage 1) vor. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat zum Gesetzentwurf der Landesregierung ebenfalls Stellung genommen (Anlage 2). Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe schließt sich dieser Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vom 28.05.1998 an. Im übrigen ist ergänzend folgendes vorzutragen:

- Die überarbeitete Neuordnung des Verfahrens zur Festlegung des Krankenhausplanes trägt den damals vorgetragenen Bedenken der KGNW und der Landschaftsverbände überwiegend Rechnung. Es wird begrüßt, daß die Krankenhausplanung nicht mehr schwerpunktmäßig durch sogenannte "Planverträge", sondern weiterhin durch die Feststellungsbescheide der zuständigen Behörde erfolgt. Damit ist ein bundesgesetzlich zulässiges Planungsverfahren gewählt worden. Nach wie vor ist das Verfahren zur Aufstellung eines Krankenhausplanes jedoch vielschichtig und in Teilbereichen nicht näher ausdifferenziert. Beispielhaft ist § 16 Abs. 1 Satz 2 anzuführen, in dem niedergelegt ist, daß die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vorlegen. Es bleibt unklar, welche Rolle den Kommunen hierbei zukommen soll.
- Hinsichtlich der Veränderung der Bettenpauschalen ergibt sich in § 25 Abs. 6 des Regierungsentwurfes wie schon im Referentenentwurf vor einem Jahr eine Benachteiligung der Psychiatrie. Im derzeitigen KHG NW ist die Verteilung der pauschalen Fördermittel für somatische und psychiatrische Betten nahezu gleich geregelt. Nunmehr findet unter anderem eine finanzielle Umverteilung zu Lasten der Psychiatrie statt, da die stationäre Psychiatrie lediglich 80 % der pauschalen Fördermittel der ersten Anforderungsstufe erhält, für teilstationäre Angebote sind dies lediglich 50 %. Bereits in der Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen in 1997 haben beide Landschaftsverbände auf diese nicht hinnehmbare Benachteiligung der Psychiatrie hingewiesen. In einem gemeinsamen Schreiben beider Landschaftsverbände wurde dies zwischenzeitlich erneut gegenüber dem Land deutlich gemacht. Gleichwohl sieht auch der Regierungsentwurf diese Benachteiligung in unveränderter Form vor. Die Regelung steht zudem in einem deutlichen Widerspruch zu Planungsgrundsätzen des Landes, in denen festgelegt ist, daß die gemeindenahere Psychiatrie weiterzuentwickeln ist und der teilstationäre Bereich schwerpunktmäßig der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Nachholbedarf hat.

Die Jahresfördermittelpauschale der Kliniken des Landschaftsverbandes beträgt 1998 nach dem geltenden Recht 13,9 Mio. DM. Nach der neuen Systematik des Regierungsentwurfes führen Berechnungen auf der Grundlage der erneut reduzierten Planbetten zu einer Jahrespauschale ab dem 01.01.1998 in Höhe von 12,2 Mio DM.

Zwischen 1993 und 1995 verwendeten die Kliniken des Landschaftsverbandes durchschnittlich 14,4 Mio. DM im Jahr an pauschalen Fördermitteln für Krankenhauszwecke. Damit öffnet sich die Schere zwischen den zur Verfügung stehenden Fördermitteln und den tatsächlichen Kosten im Bereich der Finanzierung kurzfristiger Anlagegüter. Ohne eine erhebliche reduzierte mittelfristige Finanzplanung im kurzfristigen Anlagegüterbereich der Westf. Kliniken würden diese Erlöseinbußen nicht aufzufangen sein. Vor diesem Hintergrund ist die Neuregelung der Pauschalförderung im Regierungsentwurf von seiten des Landschaftsverbandes abzulehnen.

- Bezüglich der Zulassung von Institutsambulanzen an ausgelagerten Tageskliniken sieht auch der Regierungsentwurf weiterhin keine Klarstellung vor. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hatte in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf gefordert, daß auch räumlich ausgelagerte Tageskliniken Krankenhäuser im Sinne des § 118 Abs. 1 SGB V sind und somit Anspruch auf uneingeschränkte Zulassung und Finanzierung einer Institutsambulanz haben. Diese Forderung wurde im Regierungsentwurf nicht berücksichtigt, so daß letztlich auch der Bundesgesetzgeber gefragt ist.

Anlage zur Ergänzungsvorlage zu TOP 8 der Tagesordnung für die 140. Sitzung des Vorstandes der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen am 08.06.1998 in Düsseldorf

28. Mai 1998

Erste vorläufige Stellungnahme
der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)
zum Regierungsentwurf eines Krankenhausgesetzes
Nordrhein-Westfalen
(Kabinettsbeschluss vom 12.05.1998)

Die KGNW nimmt bei ihrer Stellungnahme zum Regierungsentwurf (RegE) des KHG NW Bezug auf ihre umfassende Stellungnahme zum Referentenentwurf, die dem zuständigen Minister mit Datum des 11. September 1997 übermittelt wurde, aber auch - sofern keine Veränderungen vorgenommen wurden - auf die übrigen bisher abgegebenen Stellungnahmen zum Referentenentwurf des KHG NW. Im Übrigen behalten wir uns vor, auf der Grundlage von Beratungen in unseren Gremien auch zu einem späteren Zeitpunkt weitere Stellungnahmen zum geplanten Gesetz abzugeben.

Die KGNW begrüßt die eindeutige und uneingeschränkte Übernahme des Sicherstellungsauftrags für die Krankenhausversorgung entsprechend § 1 Abs. 2 des RegE durch das Land in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Gemeindeverbänden.

Zu begrüßen ist auch, daß in § 1 zur Versorgung der Bevölkerung durch die Wohnortnähe eine Spezifizierung im Sinne der Bürger unseres Landes vorgenommen wird.

In § 2 wird ein Absatz 4 angefügt, wonach das Krankenhaus auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SCHKG) hinwirkt. Dementsprechend soll das Krankenhaus auf ein Angebot zum Schwangerschaftsabbruch hinwirken. Dieses Behandlungsangebot bleibt dem Krankenhaus - wie alle anderen Angebote

im Rahmen der Krankenhausplanung - überlassen und bedarf keiner gesonderten Erwähnung im Gesetz. In diesem Fall müßten auch andere Behandlungsangebote einzeln erwähnt werden, was die KGNW für nicht sachgerecht hält.

Unsere Kritik des RefE zu § 3 möchten wir unterstreichen: bei der jetzt gewählten Formulierung handelt es sich um einen Pleonasmus, durch den sich "Pfleger/innen und Betreuer/innen" der Patienten/innen negativ betroffen fühlen dürften. Im Sinne einer möglichst stringenten Gesetzesformulierung empfehlen wir die Streichung dieses Paragraphen.

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.

In § 6 des RegE sind erhebliche zusätzliche Aufgaben des Sozialen Dienstes ("...hat die Aufgabe, ...Hilfen zu vermitteln") im Gesetz verblieben, ohne eine zusätzliche Finanzierung im Gesetz zu regeln. Die davon abweichenden Regelungen an anderer Stelle - auf die wir in unserer Stellungnahme verwiesen haben - sind nicht berücksichtigt worden. Lediglich die kommunalen Pflegekonferenzen nach § 5 des Landespflegegesetzes sind durch Einbeziehung in die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus berücksichtigt. Ferner ist mit einer Information der Patientinnen und Patienten eine weitere Aufgabe des Sozialdienstes in den RegE aufgenommen worden. Die KGNW betont ihre Aussage, daß dem Krankenhaus per Gesetz keine neuen Aufgaben übertragen werden dürfen, ohne daß im Gesetz zugleich deren Finanzierung geregelt wird.

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 Geräten ist in § 10 Abs. 2 Nr. 8 allgemein auf die Nutzung von Medizin-

produkten 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 sind. Die KGNW fordert, daß das zuständige Ministerium für diese Entscheidung das Einvernehmen mit dem Landesausschuß (§ 17 Abs. 1 RegE) anzustreben hat.

§ 26 Abs. 2 Nr. 1 widerspricht grundsätzlich dem Finanzierungsrecht, wonach das Land die kurz- und mittelfristigen Anlagegüter zu finanzieren hat.

Zur Krankenhausplanung

Die umfassendsten Veränderungen sind im Zusammenhang mit Abschnitt II, der Planung, vorgenommen worden. Vor allem die Bestimmung, daß - entsprechend der Regelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) - die Struktur des Krankenhauses durch einen - vom Krankenhaus beklagbaren - Feststellungsbescheid der Behörde und nicht durch "Planverträge" festgelegt wird, findet die Zustimmung der KGNW.

Hierdurch wird eine größere Klarheit und eine eindeutige Zuständigkeit geschaffen. Allerdings läßt der Regierungsentwurf dennoch - insbesondere unter dem Blickpunkt der Klarheit und Eindeutigkeit der Formulierung und Festlegung der Verfahrenswesen insgesamt - speziell im Hinblick auf den Planungsteil "sonstige Festlegungen" eine Reihe von Fragen offen.

Der Krankenhausplan besteht nach § 13 des RegE des KHG NW aus

1. den Rahmenvorgaben (§ 14)
2. den Schwerpunktfestlegungen (§ 15) und
3. den sonstigen Festlegungen (§ 16),

wobei alle drei "Festlegungen" durch das Land erfolgen und in einem beklagbaren Feststellungsbescheid nach § 18 ihren Ausdruck finden.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der drei Teilbereiche. Die Letztentscheidung trifft die zuständige Behörde, indem sie - entsprechend den Rahmenvorgaben - die Änderungen der Schwerpunktfestlegungen und der sonstigen Festlegungen durch Bescheid nach § 18 RegE gegenüber den Krankenhäusern feststellt.

Die Rahmenvorgaben müssen hierzu die regionale Festlegung des Standortes enthalten. Die KGNW schlägt vor, diese Spezifizierung in § 14 Abs. 1 wieder aufzunehmen, da die Zusatzregelungen der § 15 und 16 nur bei dieser Spezifizierung eine Vervollständigung der Festlegungen darstellen.

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.

Hinsichtlich der Fortschreibung der Schwerpunktfestlegungen (§ 16) werden seitens der KGNW keine Einwände erhoben. 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.

Nicht sachgerecht erscheint teilweise das sehr uneinheitliche und unklare Verfahren zur Fortschreibung der sonstigen Festlegungen (§ 16 RefE). Hierbei ist eine Reihe von Problemen zu erwarten, da das im Regierungsentwurf festgelegte Verfahren zum Teil sehr zeitaufwendig ist, in etlichen Punkten diffus und teilweise nicht gesetzeskonform.

Der genaue Stellenwert, der in diesem Zusammenhang dem von den Krankenhäusern, den Kostenträgern und ggf. den Kreisen/kreisfreien Städten ("gleichberechtigt"!) auszuhandelnden und zu erstellenden Konzept zukommt, geht nicht eindeutig aus dem Gesetz hervor. Dem Krankenhausträger und den Verbänden der Krankenkassen sowie den betroffenen Kreisen/kreisfreien Städten obliegt es, zur Fortschreibung des Krankenhausplans für diesen Teil der sonstigen Festlegungen (§ 16 RegE) ein Konzept zu er-

arbeiten. Zu dieser Erarbeitung eines Konzepts kann sowohl die zuständige Behörde als auch einer der Verhandlungspartner auffordern.

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, wird im Gesetzentwurf nicht bestimmt. Auf diese Weise bleibt nach dem Gesetz offen, wer auf Krankenseite Verhandlungspartner ist, sofern für mehrere Krankenhäuser ein Konzept erstellt wird, so daß einer gewissen Willkür der Weg eröffnet ist, je nachdem, welcher der Beteiligten jeweils die Initiative ergreift.

Was der Begriff "Konzept" beinhaltet, bleibt ebenso unklar. Unbestimmt bleibt auch die Funktion der Kreise/kreisfreien Städte bei der Erarbeitung des Konzepts. Wenn entsprechend § 1 Abs. 2 Gemeinden und Gemeindeverbände als Mitwirkende bei der Sicherstellung der Krankenhausversorgung einbezogen werden sollen, müßte dies einheitlich geschehen. Dagegen spricht allerdings, daß die Bedarfsfeststellung über die Grenzen der Gemeinden hinausgeht, so daß diese Gebietsfestlegung zu Recht nicht im Regierungsentwurf aufgegriffen wird.

Die KGNW verweist bezüglich der Bündelung von Konzepten auf ihren mit Datum vom 11.09.1997 übermittelten Vorschlag. Durch die Einrichtung von ständigen Planungsgremien für jeden Regierungsbezirk bei den Bezirksregierungen wird eine sachgerechte Bündelung der einzelnen Vorschläge und eine gemeinsame und einheitliche Schau in der Region ermöglicht. Auch wird das Ungleichgewicht zwischen dem einzelnen Krankenhausträger auf der einen Seite und den Verbänden der Krankenkassen auf der anderen Seite verhindert.

Die 3-Monatsfrist, 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, insofern als bei Nichteinigung die Vertragspartner das Ende der Verhandlungen beliebig hinauszögern kön-

nen. Der Zeitraum zwischen Verhandlungsbeginn und Ende ist nämlich in keiner Weise terminiert.

Sofern Kreise/kreisfreie Städte sich nicht an der Erarbeitung eines Konzepts beteiligen, werden sie in die Anhörung entsprechend § 16 Abs. 3 RegE einbezogen, andernfalls nicht. Ob diese unterschiedliche Behandlung der Planungsregion "Kreis"/"Kreisfreie Stadt" sich in einer unterschiedlichen Versorgungslage hinsichtlich der Kapazitäten zur stationären Krankenhausbehandlung auswirkt, wird sich erst zu einem späteren Zeitpunkt zeigen.

Sogar bezüglich der Anhörung wird getrennt zwischen der Entscheidung zur Krankenhausplanung einerseits, für die sachgerecht die Bezirksregierung die Verantwortung übernimmt, und der Entscheidung zur Konzeptvorlage andererseits, für die die Verantwortung zur Anhörung auf die verschiedenen Krankenhausverbände bzw. mangels anderer Institutionen auf die KGNW verlegt werden soll.

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 Letztverantwortung für die Planung insgesamt. An dieser Darstellung der KGNW hat sich in unserer Auffassung nichts geändert, so daß wir die in § 16 Abs. 3 RegE auf die "mittelbar Beteiligten" nach § 17 Abs. 2 RegE bezogene Anhörung durch einen Verband/die Krankenhausgesellschaft nicht akzeptieren können.

In die erforderliche Genehmigung der zuständigen Behörde wird 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 unbedingt diese Aufgabe sachgemäß der entsprechende Behörde zuzuordnen ist.

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 eher fraglich. Es ist zu prüfen, ob eine genauere Spezifizierung möglich ist.

Die Genehmigung kann von der zuständigen Behörde mit Nebenbestimmungen verbunden werden oder in veränderter Form erfolgen. Eine in diesem Fall mögliche Anfechtung der Genehmigungen bei der Behörde ist innerhalb von drei Monaten zu entscheiden. Auch hier ist 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 der zuständigen Behörde, demgemäß von Verwaltungsakten der Bezirksregierung, rechtens ist. 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.

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 das Krankenhaus und die Krankenkassenverbände kein Konzept vorlegen. Ohne Frist für die Vorlage eines Konzeptes ist die Ersatzvornahme der Planungsbehörde nicht einzuleiten.

Die Erarbeitung des Konzeptes wird in der Begründung zum vorgesehenen Regierungsentwurf als "Vorstufe zur abschließenden Planungsentscheidung" bezeichnet. Es bleibt unklar, welche Schritte im einzelnen vor der endgültigen Planungsersatzentscheidung des Landes stattfinden müssen. Die Anfechtungsmöglichkeit gegen den Bescheid nach § 18 RegE, mit dem die Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt, bleibt zwar vom vorbereitenden Verfahren unberührt, zu befürchten ist aber, daß eine zeitgerechte Abwicklung des Planungsvorhabens ohne entsprechende gesetzliche Befristung der Vorstufe der Planung nicht zu sichern ist. Daher wird die Praktikabilität dieses Verfahrens ohne Nennung eines Termins für die Ersatzentscheidung der zuständigen Behörde in Frage gestellt.

Im übrigen kann die Anfechtung der Vorentscheidung - dies ist die Genehmigung des Konzeptes durch die Bezirksregierung - die dem Gesetz entsprechend nach § 16 Abs. 5 Satz 3 RegE möglich ist, beliebig oft wiederholt werden, so daß ein Entscheidungszeitpunkt von den Verhandlungspartnern beliebig herausgezögert werden kann.

Im Hinblick auf die Komplexität des Planungsprozesses ist in § 13 Abs. 4 Satz 2 der Zusatz "auch außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen" zu streichen.

Wenn der Planungsbehörde nach § 14 Abs. 3 eine die Regelauslastung in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren um 10 %-Punkte unterschreitende Auslastung gemeldet werden muß, so bleibt unverständlich, warum sich diese Bestimmung nur auf das Unterschreiten bezieht, nicht aber auf das Überschreiten der Regelauslastung. Insofern die Krankenkassen von den Krankenhäusern jedes Jahr die Auslastungszahlen der verschiedenen Abteilungen bereits seit Jahren erhalten, erscheint die Meldung an die Kostenträger als bürokratisch erheblicher, nicht erforderlicher Mehraufwand, der zu streichen ist.

Zur Zahl der Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 17 RegE

Von der KGNW wurde bei der ersten Vorlage des Referentenentwurfs die große Zahl der Beteiligten an der Krankenhausversorgung bemängelt, die nach § 17 Abs. 1 RegE dem Landesausschuß für Krankenhausplanung angehören, da hierdurch eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gewährleistet ist. Dies wurde zwar in der Neufassung des RegE korrigiert; jedoch wurde die Zahl der unmittelbar Beteiligten der Krankenkassenseite einseitig erhöht und damit ein Übergewicht der Krankenkassenseite geschaffen. Von den Verbänden der Krankenkassen werden nunmehr 8, einschließlich Privatversicherungen sogar 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 Krankenhaussseite zugerechnet werden wie die Vertreter der katholischen und der evangelischen Kirche.

Unklar bleibt, ob es hinreicht, daß der Landesausschuß lediglich bei der Festlegung des Rahmenplans und der Schwerpunkte gehört wird, nicht aber im Hinblick auf die sonstigen Festlegungen. Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben der Schwerpunktfestlegungen sind mit dem Landesausschuß ebenso wie bei der Aufstellung des Investitionsprogramms einvernehmliche Regelungen anzustreben. Dies soll jedoch nicht für die sonstigen Festlegungen gelten. In diesem Fall soll lediglich für die Konzepterarbeitung (§ 16) eine Anhörung durch die Krankenhausverbände bzw. die KGNW durchgeführt werden, deren Folgewirkung bzw. Stellenwert unklar bleibt.

Zusätzlich ist in § 17 Abs. 4 Satz 3 und 4 eingefügt, daß der Landesausschuß Unterausschüsse bildet, wobei Mitglieder der Un-

terausschüsse 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 für den Bereich nur indirekt zuständige verteilt. Die gesetzliche Bildung von Unterausschüssen sollte gestrichen werden, allenfalls wäre eine Kann-Bestimmung hinzunehmen, aber nur für eine Besetzung mit Mitgliedern des Landesausschusses.

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.

Im Hinblick auf § 18 Abs. 3 müssen wir auf unsere bisherige Stellungnahme verweisen. Hier wird festgelegt, daß das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden kann, wenn es 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. Da in den Plan zurecht erst Versorgungsangebote aufgenommen werden, die erprobt und standardisiert sind, muß im Sinne der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung erlaubt sein, daß das Krankenhaus im Sinne von Erprobungen auch neue Angebote entwickeln kann. Durch das Verbot bzw. die Androhung der Planschädlichkeit werden die Krankenhäuser von vornherein daran gehindert, derartige Fortentwicklungen frühzeitig zu erproben.

Zur Krankenhausförderung

In § 21 (Einzelförderung) des RegE ist die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit mittelfristiger Dauer erneut gestrichen worden. In der anschließenden Begründung wird hierzu keinerlei Stellung genommen. Die vorgenommene Streichung ist für die Krankenhauseite nicht nachvollziehbar und nicht akzeptabel.

In § 25 (pauschale Förderung) ist eine 4. Anforderungsstufe hinzugefügt worden. Es fehlt allerdings in der Begründung der Hinweis darauf, daß diese Anhebung bei den betreffenden Krankenhäusern nicht zu Lasten der übrigen Krankenhäuser bzw. anderer Ausgabetitel für die Krankenhäuser erfolgt.

Ansonsten bleibt der RegE bei der Anpassung der Pauschalförderung beim Stichtag des 31.12.1996 und berücksichtigt nicht den von der KGNW geforderten Termin des 20. 11. 1995. Ebenso bleibt die Regierung dabei, daß die Leistungspauschale 75 % der zu diesem Stichtag gewährten pauschalen Fördermittel beträgt. Die KGNW hat den geforderten Termin in ihrer Stellungnahme sachlich begründet und deutlich gemacht, daß die von der Krankenhauseseite geltend gemachte 90 %ige Leistungspauschale der veränderten Bedeutung des Bettes für die Leistungsbeschreibung realer entspricht und vor allem eine Anpassung des einzelnen Krankenhauses in der Bettenzahl begünstigt.

Die Kürzung der Fördermittel in § 25 Abs. 6 für psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Allgemein-Krankenhäusern auf 80 % der ersten Anforderungsstufe sowie bei anderen Angeboten in Fachkrankenhäusern auf die erste Anforderungsstufe und für teilstationäre Einrichtungen auf 50 % der ersten Anforderungsstufe werden inhaltlich nicht begründet und müssen daher als willkürliche Festsetzung angesehen werden.

Bei § 25 Abs. 12 muß die Zuführung der pauschalen Fördermittel bei Ausgliederung nach § 21 Abs. 5 Satz 1 begrenzt werden auf bestimmte Anteile der Nutzungsentgelte (z. B. Kaltmiete) und dies bei dem geförderten Anteil der jeweiligen Einrichtung. Eine Kürzung der pauschalen Fördermittel entsprechend Abs. 2 bei Ausgliederung investitionsintensiver Abteilungen behindert sachgerechte Entscheidungen des Krankenhauses bezüglich der Ausgliederung. Desgleichen betonen wir nochmals, daß mit § 25 Abs. 10, d. h. der Ablehnung einer gesetzesgemäßen Berechnung der Anforderungsstufe, die eigenverantwortliche Wirtschaftstätigkeit des Krankenhauses deutlich in Frage gestellt wird.

Im übrigen reicht es nicht aus, den Rechtsanspruch auf Förderung - wie in § 20 vorgesehen - erst mit der schriftlichen Bewilligung zu begründen. Es muß vielmehr - wie bereits von der KGNW mehrfach gefordert - ein genereller Rechtsanspruch auf Förderung vor dem Hintergrund des KHG in dem betreffenden Landesgesetz verankert werden. Würde man - wie Prof. Redeker in seiner kurzen rechtlichen Stellungnahme vom 07.04.1998 feststellt - auch der Mitteilung über die Aufnahme in das Investitionsprogramm keine verbindliche Bedeutung zumessen, sondern erst einem späteren Bewilligungsbescheid, auf dessen Erlaß anscheinend kein Anspruch bestehen soll, so würde die Konzeption des KHG, würden insbesondere aber auch die Grenzen des verfassungsrechtlich Zulässigen, wohl endgültig überschritten.

Bezüglich der Ausbildungsstätten wird in § 41 Abs. 1 festgelegt, daß die Vorschriften des § 30 nicht anzuwenden sind, demgemäß Ausgleichsleistungen bei Einstellungen oder Einengung des Betriebes nicht geleistet werden. Für diese Sonderbehandlung der Ausbildungsstätten wird keinerlei Begründung angegeben. Sie wird von der KGNW abgelehnt.

Zusätzlich wird in § 42 Abs. 5 des RegE bestimmt, daß die Landesregierung dem Landtag 5 Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes einen Bericht über das Verfahren nach § 16 (Planungsprozeß) vorlegt, die es ermöglichen soll, diesen Prozeß zu überprüfen.