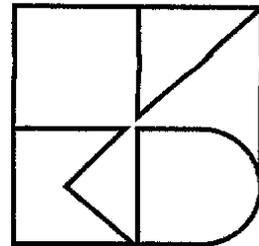


Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV

Landesgruppe
Nordrhein-Westfalen



LANDESVORSITZENDER Manfred Gotthardt

VKD · M. Gotthardt · Domagkstraße 5 · D-48149 Münster

An den
Präsidenten des Landtags Nordrhein-Westfalen

Herrn Ulrich Schmidt
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Verwaltung
der Medizinischen Einrichtungen
der Westfälischen Wilhelms-Universität
Domagkstraße 5
D-48149 Münster

Gladbacher Bank AG von 1922
Mönchengladbach
BLZ 31060181
Konto 26250013

- 55802
- 55803

Zeichen Br

Datum 26.08.1998

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -
Landtagsdrucksache 12/3073

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Landesregierung hat am 12.05.1998 den Gesetzentwurf für ein neues Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen verabschiedet. Der Entwurf befindet sich z.Zt. im Stadium der parlamentarischen Beratungen.

Die Landesgruppe Nordrhein-Westfalen des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands hat aus ihrer Sicht zu einigen Punkten des Gesetzentwurfes Stellung genommen. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie die beigegefügte Stellungnahme in den weiteren Gang der parlamentarischen Beratungen einbringen könnten.

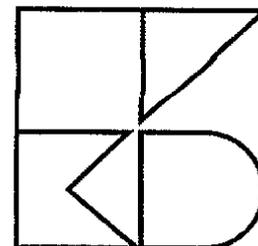
Mit freundlichen Grüßen

Ihr


M. Gotthardt

/Anlage





LANDESVORSITZENDER Manfred Gotthardt:

VKD · M. Gotthardt · Domagkstraße 5 · D-48149 Münster

Verwaltung
der Medizinischen Einrichtungen
der Westfälischen Wilhelms-Universität
Domagkstraße 5
D-48149 Münster

Telefon (02 51) 83 - 5 58 02
Telefax (02 51) 83 - 5 58 03

Gladbacher Bank AG von 1922
Mönchengladbach
BLZ 310 60181
Konto 26 250 013

Unser Zeichen

Datum 26.08.1998

**Stellungnahme der Landesgruppe Nordrhein-Westfalen des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. zum Gesetzentwurf der Landesregierung vom 18.05.1998 für ein Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -
Landtagsdrucksache 12/3073**

Diese Stellungnahme schließt an die erste Stellungnahme unseres Verbandes vom 08.09.1997 zum Referentenentwurf des KHG NW an. Dabei erkennen wir ausdrücklich an, daß manche der Punkte, die zum Referentenentwurf kritisch angemerkt worden sind, in dem Regierungsentwurf nicht mehr enthalten oder anders vorgesehen sind. Dies gilt insbesondere für einen Teil der Vorschriften, die sich mit der Krankenhausplanung befassen. Bei unserer Stellungnahme haben wir uns schwerpunktmäßig mit den Vorschriften beschäftigt, die für die Betriebsführung eines Krankenhauses von entscheidender Bedeutung sind. In zahlreichen Vorschriften des Gesetzentwurfes können wir allerdings nicht erkennen, daß den Krankenhäusern - wie am Beginn des Gesetzentwurfes ausgeführt ist - Möglichkeiten zu einer unternehmensorientierten Handlungsweise geboten oder gar verstärkt eingeräumt werden. Der Gesetzentwurf enthält an verschiedenen Stellen zu umfangreiche und unübersichtliche Planungs- oder Abstimmungsverfahren, bringt in einigen Teilen ein Mehr an Regulierungsvorgaben statt einer Deregulierung. Die Einführung zusätzlicher Erlaubnis- oder Genehmigungsvorbehalte ist für einen zügigen und wirtschaftlichen Betriebsablauf eher hinderlich als förderlich. Diese entsprechen auch nicht der von uns vertretenen Grundidee, mehr Führungs- und Organisationsverantwortung in die Krankenhäuser zu verlagern.

Im Folgenden wird zu einigen Vorschriften des Gesetzentwurfes Stellung genommen. Sofern nichts besonderes angemerkt ist, beziehen sich die zitierten Paragraphen auf den Text des Gesetzentwurfes zum KHG NW.

§ 1 Abs. 2

Wir begrüßen, daß nach der geänderten Fassung die Sicherstellung der Krankenversorgung in Krankenhäusern ausschließlich eine öffentliche Aufgabe des Landes ist. Damit wird den rechtlichen Bedenken, die gegenüber dem Referentenentwurf geäußert worden sind, Rechnung getragen.

§ 1 Abs. 4

Wir bleiben bei unserer Auffassung, daß die Verpflichtung zur Mitwirkung an der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe als allgemeine Krankenhausleistung definiert werden muß. Der Hinweis in der Begründung des Gesetzestextes auf § 15 Abs. 4 überzeugt nicht. Die Mitwirkung an der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe ist zunächst nach den entsprechenden Definitionen in § 15 und § 14 keine Schwerpunktfestlegung eines Krankenhauses. Auch in den entsprechenden Begründungen ist von anderen Schwerpunkten im Leistungsangebot eines Krankenhauses die Rede. Der Hinweis in der Begründung zu § 15 Abs. 4, wonach die Kosten der Weiterbildung in der Regel in den Budgets bereits berücksichtigt sind, ist nur theoretisch richtig. Für die Praxis fehlt es an einer eindeutigen Regelung, daß insoweit anfallende zusätzliche Belastungen eines Krankenhauses, das ja auch die Aus- und Weiterbildungslast für andere Krankenhäuser mit erfüllt, als allgemeine Krankenhausleistung budgetrelevant sein muß.

§ 5

Wir bleiben bei unseren bereits früher geäußerten Bedenken gegen die vorgesehene Zusammenarbeit der Patientenbeschwerdestellen mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe. Auch wenn in der Begründung zu § 5 ausgeführt ist, daß die Gestaltungsfreiheit und Organisationshoheit des Krankenhausträgers durch diese Vorschrift nicht berührt wird, bleibt doch der Vorbehalt, daß die Zusammenarbeit mit den erwähnten externen Stellen als gesetzgeberische „Pflichterwartung“ formuliert ist. Damit wird trotz gegenteiliger Beteuerungen in die Organisationshoheit des Krankenhausträgers eingegriffen. Hierfür gibt es keine überzeugende gesetzgeberische Begründung.

§ 9 Abs. 3 und Abs. 4

Es ist wohl eher Sache des Krankenhausträgers als des Gesetzgebers festzulegen, mit welchem Grad an Verbindlichkeit Arzneimittellisten im Krankenhaus behandelt werden müssen. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Umfang die Arzneimittelkommission über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, zu informieren ist. Der Gesetzgeber mag für sich zu recht reklamieren, eine Arzneimittelkommission vorzuschreiben. Die interne Organisation und die Umsetzung der von der Arzneimittelkommission getroffenen Regelungen fällt aber aus unserer Sicht eindeutig in den Bereich der Betriebs- und Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers.

§ 10 Abs. 1

In der vorgesehenen Regelung findet sich ein typischer Fall einer gesetzgeberischen Überregulierung. Wir wenden uns nicht dagegen, daß die Krankenhäuser zur Zusammenarbeit untereinander sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet sind. Wir fragen uns aber, welchen Sinn die Regelung in § 10 Abs. 1 Satz 2 haben soll oder kann, nach der über die Zusammenarbeit Vereinbarungen zu treffen sind. Gemeint sind nach dem Gesetzestext alle zuvor aufgeführten Arten der möglichen Zusammenarbeit. Natürlich können alle aufgeführten Einrichtungen viel Zeit und damit auch Geld darauf verwenden, Vereinbarungen über die jeweiligen Zusammenarbeiten zu formulieren und abzuschließen. Einen Sinn vermögen wir in dieser Regelung, die keinen Ausnahmetatbestand kennt, nicht erkennen. Mit wirtschaftlichem Verhalten hat sie schon gar nichts zu tun.

§§ 13 bis 16

Wir begrüßen, daß gegenüber den im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen zur Krankenhausplanung einige Verbesserungen vorgenommen worden sind. Wir haben allerdings Bedenken dagegen, daß in § 16 Abs. 1 Satz 2 vorgesehen 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 soll. Insbesondere bei Krankenhäusern mit überregionalen Versorgungsschwerpunkten (Großkrankenhäuser und Universitätsklinika) erscheint uns eine Abstimmung auf der Ebene des Kreises oder der kreisfreien Stadt verfehlt und nicht angebracht. Im übrigen sehen wir die Gefahr, daß bei der Abstimmung ein Ungleichgewicht in der Bewertung zwischen frei-gemeinnützigen und kommunalen Häusern eintritt. Begrüßt wird, daß in § 16 Abs. 6 eine Entscheidungskompetenz für die zuständige Behörde vorgesehen ist, wenn Konzepte einvernehmlich nicht vorgelegt werden können.

§ 17

Nach wie vor gibt es nach unserer Auffassung im Landesausschuß nach § 17 Abs. 1 ein nicht begründbares Übergewicht der Krankenkassenvertreter. Wir plädieren für eine gleichgroße Zahl von Vertretern der Krankenhausgesellschaft wie auch der Krankenkassen. Im übrigen halten wir nach wie vor die Zahl der mittelbar Beteiligten in § 17 Abs. 2 für viel zu hoch. Teilweise erkennen wir auch eine Doppelvertretung, da die kreisfreien Städte und Kreise bereits unmittelbar über die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände (§ 17 Abs. 1 Nr. 3) vertreten sind, zusätzlich aber als mittelbar Beteiligte aufgeführt sind. Die Vertretungen der niedergelassenen Ärzte (Kassenärztlichen Vereinigungen) gehören aus unserer Sicht so lange nicht zu den zu beteiligenden Einrichtungen, wie nicht umgekehrt die Krankenhäuser in den entsprechenden Gremien der niedergelasse-

nen Ärzte Sitz und Stimme haben. Es ist auch zu fragen, mit welcher Berechtigung die in den Ziffern 5 bis 9 des § 17 Abs. 2 aufgeführten Einrichtungen an der Krankenhausplanung beteiligt werden sollen.

§ 18 Abs. 1

Wir stellen nach wie vor zur Diskussion, ob in den Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan entsprechend § 18 Abs. 1 Nr. 6 und 7 die konkrete Bettenzahl in Ist und Soll einschließlich der Zahl und Art der Abteilungen mit ihrer Bettenzahl aufgeführt werden soll. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, daß Krankenhäuser, die ohne Zustimmung von den Feststellungen nach § 18 Abs. 1 abweichen, nach § 18 Abs. 3 ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können. Dies hat entsprechend anderen Vorschriften des Gesetzentwurfes auch Auswirkungen auf die Förderung des Krankenhauses. Es kann ja wohl auch unter dem Gesichtspunkt einer wirtschaftlichen Betriebsführung nicht richtig sein, daß jegliche Art von diesen Abweichungen entsprechende Konsequenzen und finanzielle Einbußen nach sich ziehen kann. Völlig unklar bleibt, was planwidrige Versorgungsangebote im Sinne des § 18 Abs. 3 sind oder sein sollen. Aus dem Zusammenhang mit § 19 Abs. 4 ergibt sich, welche einschneidenden Auswirkungen sich aus diesen Regelungen ergeben können.

§ 21 Abs. 5

Wir halten es für verfehlt, wenn die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig sein soll. Nach unserer Auffassung muß hier eine Anzeige ausreichen. Es ist nicht erkennbar, warum eine unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten notwendige und sinnvolle Ausgliederung z.B. von Wirtschafts- und Versorgungsbetrieben der Erlaubnis der zuständigen Behörde bedürfen soll. Die vorgesehene Regelung bedeutet ja nicht nur, daß die zuständige Behörde einen Genehmigungsbescheid erlassen muß. Im Falle der Versagung kann nach Widerspruch ein Klageverfahren angestrengt werden. Auch bei einer Anzeige kann überprüft werden, in welchem Umfang in den ausgegliederten Teilbereich geflossene Fördermittel dem Krankenhaus verbleiben oder zurückgefordert werden können. Einerseits wird auch von dem Gesetzgeber der Krankenhausträger dazu angehalten, seine Leistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen. Auf der anderen Seite wird mit der vorgesehenen Regelung des Erlaubnisvorbehaltes eine unnötige Hürde aufgebaut, die mit dem Ziel einer Deregulierung und einer möglichst flexiblen Wirtschaftsführung, die dem Krankenhaus ermöglicht werden soll, nichts mehr zu tun hat.

§ 21 Abs. 6

Erst recht nicht einleuchtend ist die vorgesehene Regelung, wonach sogar die Vermietung geförderter Räume nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig sein soll, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Nach dieser Regelung bedürfte z.B. die Vermietung von geförderten Räumen, in denen eine Patientencafeteria betrieben wird, der Erlaubnis der zuständigen Behörde. Eine Regelung, wonach bei Vermietung

geförderter Räume Mieteinnahmen nach Abzug der anteiligen Betriebskosten den pauschalen Fördermitteln zuzuführen sind, würde aus unserer Sicht reichen. Im übrigen würde ganz sicher für diesen Teil eine Anzeige bei der zuständigen Behörde genügen.

§ 25

Wir halten die Einführung einer vierten Anforderungsstufe bei der pauschalen Förderung in § 25 Abs. 5 für gerechtfertigt. Diese zusätzliche Anforderungsstufe darf allerdings nicht dazu führen, daß diese Einrichtungen zu Lasten von Häusern der ersten bis dritten Anforderungsstufe gefördert werden. Die vorgesehene Regelung setzt auch eine Aufstockung der erforderlichen und bereitzustellenden Mittel voraus.

§ 25 Abs. 8 und 9

Die gestaffelte Zuweisung der pauschalen Fördermittel, die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen ist, entspricht einer von uns seit langem geforderten anderen Form der Krankenhausfinanzierung. Wenn auch mit dem eingeschlagenen Weg keine grundsätzliche Abkehr vom bisherigen System gewagt worden ist, so sehen wir darin doch einen ersten Schritt in eine zutreffende, weil leistungsbezogenerere Richtung. Als Stichtag in § 25 Abs. 8 schlagen wir statt des 31.12.1996 den 24.10.1995 vor. Zu diesem Zeitpunkt hat nämlich das zuständige Ministerium das angedachte neue Verfahren dem Landesausschuß für Krankenhausplanung schriftlich bekanntgegeben. Würde man auf das Jahresende 1996 abstellen, würden Krankenhäuser, die zwischenzeitlich freiwillig Betten abgebaut haben, nachträglich in ungerechtfertigter Weise benachteiligt.

§ 31 Abs. 2

Hier kann auf die zuvor gemachten Ausführungen zur Abweichung vom Feststellungsbescheid verwiesen werden. Mit der in § 31 Abs. 1 Satz 2 vorgesehenen Regelung wird deutlich, welche einschneidenden Konsequenzen sich aus Abweichungen vom Feststellungsbescheid ergeben können.

§ 33 Abs. 1

Wir begrüßen die Aussage, daß die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein müssen, die nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben sind. Wir vermissen allerdings in zahlreichen Vorschriften - einige davon sind angesprochen - die entsprechenden gesetzlichen Regelungen, die das ermöglichen oder erleichtern. Vielfach stehen Vorschriften des Gesetzentwurfes zu dieser Aufforderung an die wirtschaftliche Betriebsführung in einem deutlichen Gegensatz.

§ 35 Abs. 1 und 2

Zu den Vorschriften über die Betriebsleitung eines Krankenhauses ist anzumerken, daß entgegen der vorgesehenen Regelung in § 35 Abs. 2 auch Formen einer Betriebsleitung zulässig sein müssen, die nicht in jedem Fall eine kollegiale Betriebsleitung bedeuten.

Bei den unterschiedlichen Rechtsformen, die für ein Krankenhaus denkbar sind, muß die Möglichkeit geschaffen werden, auch eine andere Leitungsstruktur einzurichten. Inso- weit fällt diese Regelung auch in die Kompetenz des jeweiligen Krankenhausträgers. Es ist nicht Aufgabe des Gesetzgebers, die Struktur einer Krankenhausleitung abschließend zu regeln.

Die Anmerkungen zu den aufgeführten gesetzlichen Regelungen bedeuten nicht, daß wir mit allen anderen Inhalten des Gesetzentwurfes einverstanden sind. Wir haben uns auf einige, aus unserer Sicht wesentliche Gesichtspunkte beschränkt.