

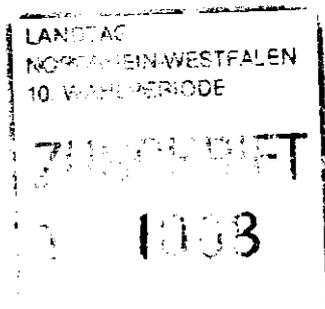
Der Vorsitzende
der Arbeitsgemeinschaft
Lenastraße 41
4000 Düsseldorf 30
Telefon 0211/6398-1
Durchwahl 6398-231

Arbeitsgemeinschaft
der Spitzenverbände
der Freien Wohlfahrtspflege
des Landes
Nordrhein-Westfalen

AG Freie Wohlfahrtspflege, Lenastraße 41, 4000 Düsseldorf 30

An den
Präsidenten des Landtags
Nordrhein-Westfalen
Herrn Karl Josef Denzer
Postfach 11 43

4000 Düsseldorf 1



Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverbände



Diözesan -
Caritasverbände



Deutscher Paritätischer
Wohlfahrtsverband



Deutsches Rotes Kreuz
Landesverbände



Diakonische Werke
Landesverbände



Jüdische Kultusgemeinden
Landesverbände

mit der Bitte um Weiterleitung
an die Ausschußmitglieder
Druckauflage: 150 Exemplare

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
IV-Dr.Li./Fu.

Datum
11.5.1987

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

hier: Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit,
Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Ver-
triebenen und Flüchtlinge am 29. April 1987

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren!

Wir danken für die Gelegenheit, erneut zu dem Entwurf eines Lan-
deskrankenhausgesetzes Stellung nehmen zu können und bitten um
Verständnis dafür, daß wir unsere schriftliche Stellungnahme jetzt
erst nach der Anhörung überreichen können. Wegen der Osterferien
war uns eine vorherige Abstimmung unter den Mitgliedsverbänden
nicht möglich.

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

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

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

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

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

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

Zu den einzelnen Bestimmungen nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu § 1 Absatz 1:

In Satz 2 wird in Ausführung des Bundesrechts als tragender Grundsatz erwähnt, daß das Gesetz "zu sozial tragbaren Pflegesätzen" beitragen soll. Das ist jedoch nur eine einseitige Wiederholung der Zielsetzung des § 1 Absatz 1 KHG. Denn dort wird an erster Stelle als Gesetzeszweck "die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser" genannt. Wenn im Sinne der Kostenträger der Beitrag zu sozial tragbaren Pflegesätzen aufgeführt wird, dann muß aus Gründen der Ausgewogenheit auch der Grundsatz der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in das Landeskrankenhausgesetz übernommen werden. Wird Bundesrecht in Landesgesetzen zitiert, dann darf es nicht einseitig geschehen. Wir empfehlen deshalb, § 1 Absatz 1 Satz 2 zu streichen.

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

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

Zu § 1 Absatz 4 (neu):

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

"§ 1 Absatz 4:

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

Wenn der Staat Krankenhausplanung und -förderung als seine Aufgaben nach Bundes- und Landesrecht an sich genommen hat und wahrnimmt, dann ist eine besondere krankenhaushelferrechtliche Konkretisierung des allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes erforderlich. Das Wahlrecht des Patienten und die Pluralität der Angebote sowie die Begrenztheit der öffentlichen Mittel erlegen dem Staat hierzu die besondere Verpflichtung auf.

Zu § 5 Absatz 1:

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

Die Bestellung eines Patientenfürsprechers ist eine von mehreren sinnvollen Möglichkeiten, Anregungen und Beschwerden von Patienten

entgegenzunehmen und ihnen zur Geltung zu verhelfen. Die Vorschrift sollte daher im Hinblick auf den eingangs zitierten ersten Leitsatz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts als Kann-Bestimmung angelegt werden.

Zu § 5 Absatz 2 Satz 2:

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

Zu § 10 Absatz 2 Nr. 3:

Nach dieser Vorschrift soll sich die Verpflichtung zur Zusammenarbeit erstrecken auf "die Verteilung der Krankenhausaufnahmen". Hier muß gefragt werden, wie eine Verteilung von Krankenhausaufnahmen gedacht ist. Denn die Aufnahme in ein Krankenhaus geschieht nicht durch eine "Verteilung", sondern durch eine ärztliche Einweisung und den Patienten, entsprechend seinem Wahlrecht.

Zu § 10 Absatz 2 Nr. 7 und Nr. 9:

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

Zu § 12 Absatz 1 und Absatz 2:

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

Schon aus dem Gesetzestext und der Begründung ergibt sich ein Widerspruch über den Umfang der Aufsicht. Nach dem Wortlaut des Absatzes 2 erstreckt sich die Aufsicht auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Ausführungsbestimmungen des Bundes und des Landes. Dazu steht es in Widerspruch, wenn in der Begründung angeführt wird, daß die öffentliche Aufgabe der Krankenhäuser und ihre Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung eine Aufsicht "durch die Gesundheitsbehörden" erforderlich machen.

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

Zu § 12 Absatz 3:

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

Zu § 14 Absatz 1 Nr. 1:

Wir bitten nachdrücklich, hier folgende Fassung vorzusehen:

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

Der Krankenhausgesellschaft kann nach ihrer Struktur und Satzung kein Alleinvertretungsanspruch für die Krankenhausträger zugeschrieben werden. Einen solchen Anspruch hat die Krankenhausgesellschaft auch nie erhoben. Die unterschiedlichen humanitären und religiösen Motive der Trägergruppen der Freien Wohlfahrtspflege kommen nur über die Spitzenverbände zur Geltung. Da der Grundsatz der Trägervielfalt unbestrittene Grundlage der Krankenhausgesetzgebung und auch des vorliegenden Regierungsentwurfes ist (vgl. § 1 Absatz 3), müssen logischerweise auch die Spitzenverbände als satzungsrechtlich primär legitimierte Vertreter ihrer Mitgliedskrankenhäuser genannt werden. Es folgt auch aus dem Grundrecht der Vereinigungsfreiheit (Artikel 9 GG) und dem Gedanken der Selbstverwaltung, daß diejenigen Vereinigungen Vertreter entsenden, die nach der Bevollmächtigung, der Verfassung und dem Selbstverständnis der Träger dafür vorgesehen sind. Außerdem wird durch die vorgesehene Bestimmung dem Gewicht Rechnung getragen, das die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege als Krankenhausträgerverbände in Nordrhein-Westfalen haben.

Zu § 14 Absatz 4 Nr. 4 bis Nr. 6:

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

Zu Abschnitt III, Krankenhausförderung:

In diesem Abschnitt ist insbesondere die Bestimmung des § 18 Absatz 1 insofern mißverständlich abgefaßt, als aus ihr herausgelesen werden könnte, daß sich die Einzelförderung ausschließlich nach den "zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln" zu richten hat und demzufolge nicht der konkrete Bedarf im Einzelfall bestimmend

ist für eine Förderung. Mit dieser Formulierung hat das haushaltsrechtliche Subventionsprinzip Einzug in die Krankenhausinvestitionsförderung gehalten, die bekanntlich eine aus dem Eigentumsrecht der Krankenhäuser abgeleitete Finanzierung besonderer Art darstellt. Überhaupt sind in diesem Bereich des Gesetzentwurfs Vorschriften aus dem haushaltsrechtlichen Zuwendungsbereich als lex specialis für die Krankenhäuser übernommen worden, die nicht in hinreichendem Maß der rechtlichen Sonderstellung entsprechen, die die Krankenhausfinanzierung kraft Bundesrechts einnimmt.

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

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

Zu § 21:

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

Hierfür ist vielmehr maßgeblich bestimmend die Art der Fachabteilung, wie es im Gesetzentwurf angedeutet wird. Da für eine sachgerechte Regelung detaillierte Bestimmungen erforderlich sind, raten wir dringend, für die nähere Ausgestaltung eine Rechtsverordnung vorzusehen. Auf diese Weise besteht auch die Möglichkeit, die Bestimmung bei Bedarf leichter anzupassen.

Zu § 21 Absatz 6:

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

Zu § 22:

Bei dieser Vorschrift weisen wir ausdrücklich noch einmal auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft hin. Wir betonen die Forderung der ersatzlosen Streichung. Denn die Vorschrift enthält

Widersprüche zum dualen Finanzierungssystem und stellt in rechtlich bedenklicher Weise auf fiktive Einnahmen ab. Dem Krankenhaus wird es vor der Förderung eines medizinisch-technischen Großgerätes auferlegt, nachzuweisen, daß es die Kosten nicht hätte decken können u.a. aus den Gebühren der das Gerät nutzenden liquidationsberechtigten Ärzte für gesondert berechenbare "stationäre und ambulante Leistungen". Die Gleichbehandlung des stationären und des ambulanten Bereiches erscheint zudem nicht berechtigt, weil die Ärzte gemäß § 6 a Absatz 1 der GOÄ verpflichtet sind, bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen ihre Gebühren um 15 vom Hundert zu mindern. Dagegen kann bei ambulanten Leistungen die volle GOÄ-Gebühr berechnet werden, wobei davon auszugehen ist, daß darin ein Anteil für Abschreibung enthalten ist.

Zu § 24:

Die gewichtige Vorschrift über die Anlauf- und Umstellungskosten wurde im Vergleich zum Referentenentwurf überhaupt nicht verändert. Die Bedenken der Krankenhausgesellschaft und unserer Arbeitsgemeinschaft bleiben daher aufrechterhalten. Wegen der Einzelheiten nehmen wir Bezug auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft.

Zu § 24 Absatz 2:

Bei der Beurteilung, ob eine Betriebsgefährdung vorliegt, kann nur allein auf die Vermögenslage des Krankenhausbetriebes für sich abgestellt werden. Bezieht man bei mehrgliedrigen Einrichtungen das gesamte Vermögen des Trägers ein, so verletzt man seine allgemeine Handlungsfreiheit und Planungshoheit.

Ebenso grundsätzlichen Bedenken begegnet es, bei gesellschaftlichen Betriebsformen die Finanzlage der Gesellschafter einzubeziehen. Denn dies stellt eine rechtlich unzulässige Durchgriffshaftung und Ungleichbehandlung der juristischen Personen dar. Diese sind kraft Bundesrechts (GmbH-Gesetz) abschließend geregelt. Das GmbH-Gesetz kennt eine solche Durchgriffshaftung nicht. Der Landesgesetzgeber höhlt hier den Charakter der GmbH aus. Das GmbH-Recht als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes (Artikel 74 Nr. 1 GG) geht jedoch dem Landesrecht vor. Die betroffenen Verbände bzw. ihre Mitgliedskrankenhäuser werden eine rechtlich so bedenkliche Vorschrift nicht hinnehmen.

Zu § 33 Absatz 3:

Diese Vorschrift ist ersatzlos zu streichen, weil die Herausgabe von Abschlußberichten an die zuständige Behörde für die Überwachung der Zwecke des KHG nicht erforderlich ist. Die Vorschrift widerspricht insbesondere dem Rechtsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit in dem Fall, daß grundsätzlich die Vorlage verlangt wird bei eingeschränkter Erteilung des Bestätigungsvermerks. Denn das kann aus verschiedenen Gründen geschehen, ohne daß es ein Indiz für desolate wirtschaftliche Verhältnisse eines Krankenhauses zu sein braucht. Wesentlich aber ist, daß die Rechtsaufsicht über die

zweckentsprechende Verwendung der Krankenhausförderung keine betriebswirtschaftliche Zweckmäßigkeitssaufsicht ist. Mit anderen Worten, die Rechtsaufsicht nach dem dualen Finanzierungssystem erlaubt keine prospektive Wirtschaftlichkeitsüberwachung, sondern nur die Überwachung der zweckentsprechenden Verwendung.

Völlig unverständlich ist der letzte Halbsatz von § 33 Absatz 3, wonach die Vorlage des Abschlußberichtes unabhängig vom Fall eingeschränkter oder versagter Bestätigung jederzeit auf Verlangen der Behörde möglich sein soll. Diese Formulierung erscheint rechtsstaatlich äußerst bedenklich, weil im ersten Halbsatz das Vorlagerecht an konkrete einschränkende Merkmale geknüpft wird, im zweiten Halbsatz jedoch das uneingeschränkte Einsichtsrecht auf bloßes Verlangen der Behörde festgelegt wird.

Sollte eine Streichung des § 33 Absatz 3 nicht in Frage kommen, dann muß der verwaltungsrechtlich belastende Eingriffstatbestand "Vorlage des Abschlußberichtes" an konkrete Tatbestände im Gesetz geknüpft werden. Vor allem aber kann der Tatbestand der eingeschränkten Erteilung nicht mit den gleichen Rechtsfolgen belegt werden wie derjenige der völligen Versagung des Prüfungsvermerks.

Zu § 37:

Diese Vorschrift erscheint insoweit nicht hinreichend durchdacht, als über die Grundsätze der Erhebung von Daten für eine sachgerechte Krankenhausplanung keine Klarheit besteht. Dies wird insbesondere aus den Angaben in der Klammer in Satz 1 deutlich, die für eine im Gesetz unübliche Weise zweifach durch Zusätze wie "z.B." und "usw." relativiert sind.

Ferner ist nicht deutlich, was mit "Krankenhaushäufigkeit" gemeint ist. Wenn das die Fallzahl ist, dann ist das als zutreffender Begriff zu verwenden. Über die Krankenhaushäufigkeit kann ein einzelner Krankenhausträger keine Angaben treffen.

Satz 2 sollte insoweit redaktionell überarbeitet werden, als nicht die Rede sein sollte von "... unter die Auskunftspflicht fallende Umstände", sondern zutreffender von "Daten".

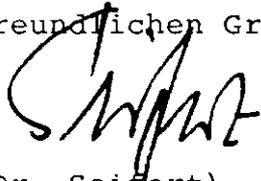
Ferner empfiehlt es sich, die zu erhebenden Daten mit den unmittelbar Beteiligten gemäß § 14 Absatz 1 abzustimmen. Formulierungsvorschlag:

"Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nach Abstimmung mit den unmittelbar Beteiligten nach § 14 Absatz 1 die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im einzelnen festzulegen."

Wie Sie aus den vorstehenden Ausführungen entnehmen können, haben wir uns auf gewichtige Bedenken beschränkt. Wir würden es deshalb begrüßen, wenn Sie bei den weiteren Beratungen des Gesetzes unsere Gegenvorstellungen berücksichtigen würden.

Wir haben uns erlaubt, eine Ausfertigung dieser Stellungnahme dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Information zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. Seifert', written in a cursive style.

(Dr. Seifert)