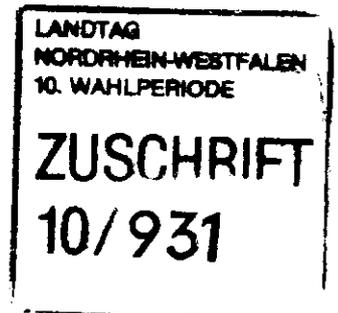


DER PRÄSIDENT

An den
Präsidenten und die Abgeordneten
des Landtags NRW
Haus des Landtags
4000 Düsseldorf



Düsseldorf, 23.4.1987 /hi

**Entwurf eines Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen
(Landtagsdrucksache 10/1799)**

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

die Ärztekammer Nordrhein dankt für die Gelegenheit einer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf. Sie übermittelt Ihnen - vor der Anhörung im zuständigen Ausschuß am 29. April - nachfolgend ihre Äußerung zu dem Gesetzesvorhaben. 150 Überdrucke sind wunschgemäß beigelegt.

A) Allgemeine Ausführungen

Die Ärztekammer Nordrhein begrüßt die Grundtendenz des Gesetzentwurfs, eine leistungsfähige Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen sicherstellen zu wollen.

1. Verpflichtungen des Landes im Investitionssektor

Die Ärztekammer Nordrhein erwartet, daß dem Gesetzeswortlaut auch Taten in finanzpolitischer Hinsicht folgen, soweit es sich um die aus Landesmitteln zu tragenden Kosten für die erforderliche Substanzerhaltung, für Neubauten und medizinisch-technische Innovationen handelt. Auf die seit Jahren unzureichenden alljährlichen Investitionsprogramme und den entstandenen Investitionsstau wird noch einmal ausdrücklich aufmerksam gemacht.

2. Stellung des Krankenhauses im Gesundheitswesen,
kooperatives Belegarztwesen

Das Krankenhaus ist nur einer der Träger der gesundheitlichen Versorgung im unserem Lande. Auf eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist daher ebenso hinzuwirken wie auf die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie allen weiteren Stellen, mit deren Arbeit ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder ganz entbehrlich gemacht werden kann, insbesondere also mit Sozialstationen.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten kann durch den Ausbau des Belegarztwesens gefördert werden, bei dem in der Regel eine durchgehende ärztliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich durch denselben vom Patienten frei gewählten Arzt erreicht wird. In Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und darüber hinaus in allen Organfachabteilungen sollten - ausländischen Vorbildern entsprechend - jeweils mehrere Ärzte gleicher Fachrichtung die Versorgung der stationären Patienten in einer strukturierten Zusammenarbeit verantwortlich übernehmen (kooperatives Belegarztwesen).

3. Gesetzesregeln für die innere Struktur der Krankenhäuser

Die Ärztekammer Nordrhein lehnt gesetzliche Regeln für die innere Struktur nicht ab, soweit hierfür ein ordnungspolitisches Bedürfnis besteht. Verzichten sollte der Gesetzgeber jedoch auf Selbstverständlichkeiten oder auf Programmsätze, deren Durchsetzung mit staatlichen Mitteln kaum möglich ist. Verzichtet werden muß auf staatliche Gesetzgebung in denjenigen Bereichen, in denen die Beteiligten selbst schon adäquate Lösungen in eigener Verantwortung getroffen haben. Selbstverwaltung und Selbstverantwortung sollten nicht durch staatliche Gesetzgebung unterlaufen werden.

4. Zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, Ärztlicher Vorstand und Mitarbeiterbeteiligung

Die Ärztekammer Nordrhein bedauert, daß die Vorschriften des geltenden KHG NW über den Ärztlichen Vorstand und die Mitarbeiterbeteiligung gestrichen werden sollen. Wir sind uns klar darüber, daß die Einrichtung des Ärztlichen Vorstandes und die Mitarbeiterbeteiligung auf Grund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht gegenüber Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft durchgesetzt werden können, wohl aber gegenüber anderen Krankenhäusern. Deshalb sollten beide Komplexe weiterhin im neuen Gesetz in der bisherigen Form geregelt werden. Selbst wenn damit dann nicht mehr alle Trägerarten verbindlich erfaßt werden, sollte doch zum Ausdruck kommen, welche Regelungen der Gesetzgeber politisch wünscht; er kann damit auch für den formal nicht gebundenen Teil der Krankenhausträger Impulse für inhaltlich gleiche oder angenäherte Lösungen setzen. Der Staat hat auch in anderen wichtigen Lebensbereichen, z. B. bezüglich der Betriebsverfassung oder des Tarifvertragsrechts, nicht auf gesetzliche Regelungen verzichtet, obwohl von dem Geltungsbereich der einschlägigen staatlichen Gesetze kirchliche Einrichtungen ausgenommen sind.

Der Ärztliche Vorstand hat nach den Strukturvorschlägen der Deutschen Ärzteschaft, wie sie insbesondere die Deutschen Ärztetage seit Jahren wiederholt gegenüber Politik und Öffentlichkeit vorgetragen haben, eine besondere Bedeutung im Krankenhaus. Bei zunehmender Spezialisierung der Medizin stellt er ein Instrument der Reintegration zwischen auseinanderstrebenden Spezialbelangen her. Das hat sich in vielen Bereichen inzwischen bewährt. In seiner paritätischen Zusammensetzung mit leitenden Abteilungsärzten und nachgeordneten Ärzten ist er geeignet, aus der Spezialisierung entstehende Spannungen abzubauen und einen breiten Konsens der Meinungen im Krankenhausbetrieb zu medizinischen und wirtschaftlichen Fragen herzustellen. Der Ärztliche Vorstand ist also kein Instrument der Betriebsverfassung - und insofern nicht mit dem Betriebsrat oder Personalrat zu vergleichen -, er dient vielmehr der Koordination und Kooperation im ärztlichen

und wirtschaftlichen Ablauf. Seine Arbeit kommt in erster Linie der Patientenversorgung zugute; er sollte daher in dem der staatlichen Gesetzgebung zugänglichen Rahmen erhalten werden.

Die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Nebeneinnahmen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte ist Ausfluß entsprechender Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts. Die von den Deutschen Ärztetagen empfohlene und von den einzelnen Ärztekammern mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörden erlassene Berufsordnung schreibt in § 15 Abs. 2 ausdrücklich vor, daß

"Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, verpflichtet sind, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren" haben.

Die Mitarbeiterbeteiligung ist ein Instrument der Befriedung der Arbeitsverhältnisse der Ärzte und dient zugleich der Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit.

5. Krankenhausplanung und Mitwirkung der Ärzteschaft

Die Vorgaben des Gesetzentwurfs für die Krankenhausplanung erscheinen der Ärztekammer Nordrhein zu eng.

Die Bedarfsermittlung sollte soweit irgend möglich dezentralisiert werden. Zentrale Vorgaben haben sich gerade hier in der Vergangenheit nicht selten als lebensfremd erwiesen. Die Inanspruchnahme und damit Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses hängt entscheidend auch von Faktoren ab, die nicht zentral "planbar" sind, wie etwa der Ruf des Hauses in der Bevölkerung, die Qualität der verantwortlichen Ärzte und des Pflegepersonals und ähnliches. Diese Faktoren aber sind regional besser einzuschätzen.

Außerdem sollte die Krankenhausplanung nur vorschreiben, welche Krankenhäuser mit welcher Gesamtbettenzahl und mit welcher Abteilungsgliederung vorgehalten werden und welche Aufgaben das Haus im

Gesamtsystem zu erfüllen hat. Es verletzt das Recht auf Selbstverwaltung und tangiert die Eigenverantwortung,

- wenn Bettenzahlen für jede Abteilung und Subspezialität im Krankenhausplan starr festgelegt werden. Damit werden eine flexible, dem jeweiligen Bedarf angemessene Betriebsführung sowie Anpassungen an die demographische und medizinische Entwicklung sehr erschwert; gegebenenfalls wird sogar künstlicher Bedarf zur Bettenbelegung erzeugt

- wenn im Krankenhausplan sogar festgelegt werden soll, ob die Patientenversorgung durch fest angestellte oder Belegärzte erfolgen soll. Eine solche Entscheidung hat nichts mit dem Bettenbedarf zu tun und sollte daher nicht vom Staat, sondern von den hier unmittelbar Beteiligten (Träger, Ärzteschaft, Krankenkassen) getroffen werden.

Die Ärztekammer fordert darüber hinaus, für die Erarbeitung zentraler Vorgaben im Krankenhausplan (§ 15 Abs. 1 des Gesetzentwurfs) nicht auf die Mitwirkung der verfaßten Ärzteschaft zu verzichten, sondern sie verantwortlich in den Kreis der "unmittelbar Beteiligten" im Sinne des § 7 Abs. 1 KHG (Bund) einzubeziehen. Die Ärztekammern tragen nicht berufspolitische Aspekte in die Krankenhaus- und Investitionsplanung vor - dies mag Aufgabe der in § 14 Abs. 4 des Entwurfs genannten Gewerkschaften sein -, sondern verstehen sich als öffentlich-rechtliche Berufsorganisation entsprechend § 5 Abs. 1 a und b sowie § 5 Abs. 2 Heilberufsgesetz, als Sachverständigenstelle, die - wie in der Vergangenheit - ärztlich-medizinische Aspekte in die Krankenhausplanung einbringen kann.

B) Zu den einzelnen Paragraphen

Zu den einzelnen Paragraphen des Gesetzentwurfs nehmen wir in deren Reihenfolge wie folgt Stellung:

1. Menschenwürdige Behandlung (§ 3 Abs. 1)

Wir bitten, § 3 Abs. 1 wie folgt zu formulieren:

"Es sind die personellen und sächlichen Voraussetzungen zu schaffen, um eine menschenwürdige Behandlung der Patienten zu gewährleisten."

Das im Entwurf formulierte Postulat bleibt sonst unverbindlich.

2. Patientenfürsprecher

Es empfiehlt sich, zur Wahrung der Unabhängigkeit des Patientenfürsprechers eine Bestellung "für die Dauer von jeweils vier Jahren" vorzusehen.

Außerdem sollte bestimmt werden, daß er nicht dem Mitarbeiterstab des Krankenhauses oder dessen Trägervertretung angehören sollte.

3. Qualitätssicherung (§ 8)

Wir bitten, § 7 ersatzlos zu streichen.

Die Ärztekammer führt bereits Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß dem Heilberufsgesetz NRW in zahlreichen Bereichen für Krankenhausärzte, aber auch für niedergelassene Ärzte durch. Externe Maßnahmen gibt es hier zum Beispiel schon im Bereich der Perinatalogie (seit 1982), der Neonatologie (seit Anfang 1987) und demnächst auch auf dem Gebiet der Chirurgie (in Fühlungnahme, teilweise in vertraglicher Absprache mit der Landeskrankenhausesgesellschaft und den Kostenträgern). Auf Grund bundesgesetzlicher Vorgaben haben die Ärztekammern ab 1988 weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Beurteilung von Röntgenaufnahmen und Laboruntersuchungen durchzuführen. Über die Ausdehnung auf andere Gebiete der Medizin werden wir mit den Betroffenen verhandeln, erste Fühlungnahmen haben schon stattgefunden.

Gesetzliche Regelungen können den hierfür notwendigen Gestaltungsspielraum nur einschränken. Sie sollten unterbleiben, weil hier kein Regelungsbedürfnis besteht.

Alternativ beantragen wir, in § 7 Satz 2 das Wort "durchzuführen" durch das Wort "gewährleisten" zu ersetzen. Damit würden keine - vom Heilberufsgesetz abweichenden - Vorentscheidungen über die Zuständigkeit und den organisatorischen Ablauf getroffen.

4. Krankenhausplan (§ 13)

Auf die Ausführungen der Einleitung dieser Stellungnahme unter A 5 wird Bezug genommen. Wir fordern

- eine weitgehende Regionalisierung der Planung (Abs. 1)
- die Ersetzung der Worte "Abteilungen mit der Bettenzahl" in Abs. 2 Satz 1 durch die Worte "Zahl und Art der Abteilungen".

5. Verfahren bei Krankenhausplanung (§ 13)

a) Ärztekammern als "unmittelbar Beteiligte"

Auch hier wird auf die Ausführungen zur Einleitung dieser Stellungnahme unter A 5 Bezug genommen: Wir bitten, die Ärztekammern unter den "unmittelbar Beteiligten" aufzuführen, wie das zum Beispiel auch in Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland geschehen bzw. vorgesehen ist.

b) Rechte der "sonstigen Beteiligten"

Wir bitten, in Absatz 4 den letzten Satz zu streichen.

Ein "gemeinsamer Vorschlag" der sonst Beteiligten ist unrealistisch, solange nicht klar ist, wie ein solcher angesichts oftmals widerstreitender Standpunkte herbeigeführt werden kann.

6. Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 15)

a) Feststellung der Bettenzahlen

Auch hier nehmen wir Bezug auf die Einleitung dieser Stellungnahme unter A 5:

Wir bitten, § 15 Abs. 1 Nr. 6 wie folgt zu formulieren:

"die Zahl und Art der Abteilungen"

Die Bettenzahl sollte im Feststellungsbescheid nicht für jede einzelne Abteilung starr festgelegt, sondern nur für das Krankenhaus als ganzes angegeben werden.

b) Feststellung der durchschnittlichen Bettennutzung

Aus denselben Überlegungen heraus bitten wir, in Absatz 3 die Worte "oder in einzelnen Abteilungen" zu streichen.

Die Auslastung der Krankenhausabteilungen ist unterschiedlich über das Jahr hinweg. Je mehr Spezialitäten vorgehalten werden, desto weniger kann für die einzelne Abteilung eine gleichmäßige Durchschnittsbelegung erwartet werden. Deshalb sollte die Durchschnittsbelegung nicht an der einzelnen Abteilung, sondern am Krankenhaus insgesamt bemessen werden, um einen möglichen Ausgleich der Bettenbelastung zwischen den Abteilungen flexibel zu ermöglichen.

7. Pauschale Forderung, Anforderungsstufen (§ 21)

Das im Entwurf vorgeschlagene Verfahren für die Ermittlung der Anforderungsstufen ist nach wie vor nicht einsichtig, selbst wenn man berücksichtigt, daß Krankenhäuser mit einer größeren Zahl von Fachabteilungen ohnehin der höchsten Anforderungsstufe zuzuordnen sind (s. amtlicher Begründung zu Absätzen 2 bis 6).

Für unakzeptabel halten wir die Einschränkung, daß höhere Punktwerte (§ 21 Abs. 4) nur dann in Betracht kommen sollen, wenn die Fachabteilungen von "hauptamtlichen" Ärzten geleitet werden. Die Kosten des Krankenhauses hängen doch nicht von dem arbeits- oder vertragsrechtlichen Status der leitenden Abteilungsärzte ab. Qualifizierte Belegabteilungen haben - zumindest im kooperativen Belegarztwesen - denselben Leistungsstand wie hauptberuflich geleitete, sie haben damit auch denselben Investitionsbedarf.

8. Leitung und medizinische Organisation (§ 34)

Wir bitten, hinter Absatz 1 die jetzige Fassung des § 17 Abs. 2 aus dem geltenden KHG NW vom 25.2.1975 einzufügen:

"Andere Formen einer kollegialen Betriebsleitung und ihre personelle Erweiterung sind zulässig, wenn die in Absatz 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind."

Die vorgeschlagene Ergänzung gibt den Krankenhausträgern Gestaltungsspielraum für abweichende Formen der Betriebsleitung. Der jetzige Absatz 2 des Entwurfs soll Absatz 3 werden.

9. Ärztlicher Dienst (§ 35)

Wir bitten dringend, den zweiten Absatz ersatzlos zu streichen. Die Frage, wie ein Krankenhaus im einzelnen organisiert wird, insbesondere ob die Patienten durch hauptberufliche Krankenhausärzte oder Belegärzte zu versorgen sind, sollte nicht der Staat durch Krankenhausplan und Feststellungsbescheid entscheiden, sondern den Krankenhausträgern in Zusammenwirken mit der Ärzteschaft und den Kostenträgern überlassen sein (s. Allgemeiner Teil dieser Stellungnahme).

10. Statistik (§ 37)

Bei allen statistischen Erhebungen im Krankenhaus muß der Schutz

sensibler Daten gewährleistet sein. Auf Ziffer 5 des Allgemeinen Teils der amtlichen Begründung zu dem Gesetzentwurf weisen wir hin.

Zur weiteren mündlichen Erläuterung dieser Stellungnahme sind wir gern bereit.

Mit freundlichen Grüßen



- Dr. Hoppe -
Vizepräsident