



Marienburg
Lindenallee 13 - 17
50968 Köln

20.08.1998/Fa.

Telefon (02 21) 37 71-0
Durchwahl 37 71-2 96
Telefax (02 21) 37 71-1 28
eMail staedtetag@t-online.de

Bearbeitet von
Ingrid Robbers

Aktenzeichen
54.05.04

Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - Drucksache 12/3073

I. Gesamtwürdigung

Der vorliegende Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen ist gegenüber dem Referentenentwurf deutlich verbessert worden. Unsere Einwände gegen das Vorhaben des Landes, sich aus der Krankenhausplanung immer mehr zurückzuziehen, sind mit den vorgelegten Änderungen aufgegriffen worden, indem das Land für die Aufstellung des Krankenhausplans verantwortlich bleibt. Wir begrüßen insbesondere, daß von dem Instrument der Planverträge Abstand genommen worden ist. Diese von der zuständigen Behörde unter bestimmten Bedingungen zu genehmigenden gemeinsamen und einheitlichen Festlegungen der Krankenhausträger und der Verbände der Krankenkassen hätten eine weitgehende Verlagerung der Planungskompetenzen auf die Partner der Selbstverwaltung bei einseitiger Machtverschiebung zugunsten der Krankenkassen bedeutet.

Die Beibehaltung der ungeteilten Verantwortung des Landes für die Krankenhausplanung sehen wir als unabdingbare Voraussetzung für eine patienten- und bedarfsgerechte wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung an. Dies erfordert auch die Verpflichtung des Landes zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung, an der die Gemeinden und Gemeindeverbände weiterhin mitwirken sollen. Wir erkennen an, daß dementsprechend unserem Anliegen Rechnung

getragen worden ist, die Gemeinden und Gemeindeverbände künftig stärker in den Planungsprozeß einzubeziehen.

Dennoch sehen wir die Ziele des Landes, wirtschaftliche und unternehmensbezogene Handlungsweisen für Krankenhäuser anzubieten, Kooperationen und Verzahnungen zu erleichtern und überflüssige Regelungen zu unterlassen (Entbürokratisierung) noch nicht erreicht. Mit einer Vielzahl von Überregulierungen sowie Behördenvorbehalten ist der Regierungsentwurf umfangreicher als das geltende Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen. Zudem fehlt es in einer Reihe von Vorschriften an der notwendigen Bestimmtheit und Klarheit, so daß sich insbesondere beim Planungsverfahren Fragen des Rechtsschutzes stellen. Die für die wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser notwendige Planungs- und Finanzierungssicherheit ist damit nicht gegeben. Wir halten daher weitere Änderungen für notwendig. Dies betrifft insbesondere den Abschnitt II, Planung, der in seiner konkreten Ausgestaltung bei der Umsetzung in die Praxis erhebliche Probleme aufwerfen wird. Dieser Abschnitt muß daher eingehend überarbeitet werden. Hierzu ist eine umfangreiche Erörterung notwendig, damit ein von allen Beteiligten akzeptiertes und für die Zukunft tragfähiges Konzept verabschiedet werden kann. Da dies voraussichtlich kurzfristig nicht möglich sein wird, schlagen wir vor, bei der Novellierung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen für eine Übergangszeit zunächst die geltenden Vorschriften zur Krankenhausplanung zu übernehmen und diese zu einem späteren Zeitpunkt zu ersetzen.

Vor dem Hintergrund der laufenden Fortschreibung der Krankenhausplanung und dem damit verbundenen Bettenabbau sind vor allem Änderungen der Vorschriften zur Krankenhausfinanzierung des geltenden Rechts dringlich. Da das bisherige System der pauschalen Förderung die Krankenhäuser bestraft, die ihre Betten reduzieren, ist hierzu eine Neuregelung längst überfällig. Der Regierungsentwurf sieht daher vor, daß die Regelungen zur Anpassung der pauschalen Fördermittel, die Einführung der 4. Anforderungsstufe und des Vorhaltemodells rückwirkend zum 01.01.1998 in Kraft treten. Dieser Termin darf nicht durch ein sich ggf. hinauszögerndes Gesetzgebungsverfahren gefährdet werden.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat am 17. Juli 1998 eine detaillierte Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf abgegeben. Diese wird von uns mitgetragen. Wir beschränken uns daher auf die aus kommunaler Sicht bedeutsamen Regelungen.

II. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Zu Abschnitt I - Allgemeine Bestimmungen

1. Wir begrüßen, daß in § 1 - **Grundsatz** ausdrücklich der Grundsatz der wohnortnahen Krankenhausversorgung aufgenommen worden ist. Damit wird insbesondere den Interessen der Bevölkerung, die im ländlichen Bereich und in kleineren Städten wohnt, Rechnung getragen, auch in diesem Raum eine Grundversorgung zu erhalten. Dadurch wird gleichzeitig die Möglichkeit der Krankenkassen zur Kündigung von Versorgungsverträgen eingegrenzt, da auch sie diesen Grundsatz berücksichtigen müssen.
2. Die Beibehaltung der Sicherstellung der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe des Landes ist ein wesentliches Anliegen der kommunalen Gebietskörperschaften. Wir begrüßen daher, daß entgegen dem Referentenentwurf § 1 Abs. 2 Satz 1 und 2 des geltenden Rechts beibehalten worden ist. Die an dieser Stelle neu hinzugefügte Zusammenarbeit des Landes mit den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen entspricht der gewollten Stärkung der Selbstverwaltung und wird von uns befürwortet.
3. Wir bitten folgende Vorschriften zu streichen:
 - § 1 Abs. 4 Aus- und Weiterbildungsaufgaben
 - § 2 Abs. 4 Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz
 - § 3 Pflege und Betreuung der Patienten
 - § 10 Abs. 1 Satz 3 gegenseitige Unterrichtung bei der Zusammenarbeit der Krankenhäuser
 - § 10 Abs. 2 Enumerative Aufzählung der Möglichkeiten bei der Zusammenarbeit.

Begründung: Diese Vorschriften stellen eine Überregulierung dar. Wir sehen es als eine ständige Aufgabe an, gesetzliche Vorschriften auf Zurücknahme der Regelungstiefe zu überprüfen. Dies gilt auch für das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen. Die Krankenhäuser haben z. B. auch in der Vergangenheit ohne gesetzliche Regelung bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe mitgewirkt. Desgleichen beinhaltet der § 3 - Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten - Selbstverständlichkeiten. Auch zu den Möglich-

keiten der Zusammenarbeit der Krankenhäuser bedarf es keiner Auflistungen, zumal diese ohnehin unvollständig bleiben müssen.

4. Wenn schon, wie z. B. bei der Aus- und Weiterbildung gemäß § 1 Abs. 4, dem sozialen Dienst nach § 6, der externen Qualitätssicherung nach § 7, der Krankenhaushygiene nach § 8 Abs. 2 und der Arzneimittelbevorratung für Großschadensereignisse gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 2 und 3 den Krankenhäusern besondere Verpflichtungen zugewiesen werden, muß gleichzeitig die Finanzierung hierfür im Gesetz verankert werden. Nach § 15 Abs. 4 Satz 2 ist lediglich bei Aufgaben der Ausbildung vorgesehen, daß die Finanzierung gewährleistet sein muß. Hinsichtlich der übrigen besonderen Aufgaben, die den Krankenhäusern zugeordnet werden, stellt § 15 Abs. 4 Satz 1 klar, daß es sich hierbei um allgemeine Krankenhausleistungen dieser Krankenhäuser handelt. Ein Verweis auf das Budget alleine wird jedoch zur Finanzierung nicht ausreichen. Dies insbesondere, weil die Krankenhäuser in den letzten Jahren hinsichtlich ihrer Finanzierung die negativen Konsequenzen des Bundesrechts verkraften mußten. Neue und zusätzliche Aufgaben, für die eine finanzielle Kompensation nicht erfolgt, können bei ausgeschöpften Wirtschaftlichkeitsreserven nicht mehr bewältigt werden. Der Anspruch gegenüber den Krankenkassen kann in der Regel angesichts deren restriktiver Verhandlungstaktik und wegen der zu berücksichtigenden Beitragssatzstabilität in den Budgets nicht durchgesetzt werden.

Zu Abschnitt II - Planung

1. Der Krankenhausplan nach § 13 soll künftig aus drei Teilen

- den Rahmenvorgaben
- den Schwerpunktfestlegungen und
- den sonstigen Festlegungen

bestehen. Dementsprechend wird in den Folgevorschriften ein differenziertes Planungsverfahren vorgesehen. Vom Grundsatz her bestehen hiergegen keine Einwände. Vielmehr sehen wir in den Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf und insbesondere dem Verzicht auf das Instrument der „Planverträge“ eine wesentliche Verbesserung. Entscheidend ist, daß nunmehr wieder das Land für die Aufstellung des Krankenhausplans verantwortlich ist. Darüber hinaus

sind die Belange der Kreise und kreisfreien Städte besser berücksichtigt. Dies korrespondiert mit der Verpflichtung der Sicherstellung der Krankenhausversorgung nach § 1 Abs. 2 durch das Land, an der die Gemeinden und Gemeindeverbände mitwirken. Die Einbeziehung der kommunalen Ebene in die Krankenhausplanung ist wegen ihres Sicherstellungsauftrages erforderlich und darüberhinaus sinnvoll, um eine Akzeptanz und leichtere Umsetzung der Planungsentscheidungen vor Ort erreichen zu können.

Insgesamt bleibt aber das Planungsverfahren in seinem Ablauf an vielen Stellen unklar. Dabei ergeben sich eine Reihe von Rechtsfragen, die die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in ihrer Stellungnahme im einzelnen dargestellt hat. Die Krankenhäuser benötigen als Grundlage für ihre Arbeit ausreichende Klarheit über die Verfahrensabläufe sowie Planungssicherheit. Diese Anforderungen erfüllt der Regierungsentwurf bisher nicht. Dieser Abschnitt bedarf daher einer grundlegenden Überarbeitung. Dabei sind im Einzelnen der Zeitablauf der Planung, die Rechte und Pflichten der einzelnen Beteiligten und der Rechtsweg zu bestimmen.

2. **§ 14 Abs. 1** beschreibt die **Rahmenvorgaben** für die Planung, wobei diese Grundlagen der Festlegungen nach §§ 15 und 16 sind. Dem Erfordernis der Planungshoheit des Landes ist hier in besonderer Weise Rechnung zu tragen. Nur wenn diese Vorschrift ausreichend konkret und verbindlich ist, kann sie bei den Schwerpunktfestlegungen und insbesondere bei den sonstigen Festlegungen, für die die Krankenhausträger und Krankenkassenverbände gemeinsam mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten Konzepte vorzulegen haben, berücksichtigt werden. Wir halten es daher für notwendig, daß die Rahmenvorgaben in jedem Fall auch den **Standort** enthalten. Dementsprechend bitten wir um Ergänzung des § 14 Abs. 1 Satz 1.

3. Unsere Bedenken bezüglich des vorgesehenen Planungsverfahrens beziehen sich insbesondere auf **§ 16 - Sonstige Festlegungen**. Diese Vorschrift ist sowohl hinsichtlich des Zeitablaufs als auch des Verfahrens und des Rechtswegs zu wenig bestimmt. Auch ist dieser Teil des Krankenhausplans von der Beteiligung des Landesausschusses abgetrennt worden. Wir plädieren dafür, auch den Landesausschuß mit den sonstigen Festlegungen zu befassen, um eine Gesamtschau zu ermöglichen.

§ 16 Abs. 1 konkretisiert, daß die zuständige Behörde insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze abschließend festlegt. Die hierzu vorzulegenden Konzepte nach § 16 Abs. 1 Satz 2 sind von der zuständigen Behörde inhaltlich und rechtlich zu prüfen und abschließend zu genehmigen. Damit wird die Verantwortung des Landes auch für diesen Teil der Krankenhausplanung deutlich.

Die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen müssen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vorlegen. Die Einbindung der Kreise und kreisfreien Städte sehen wir als sinnvolle und notwendige Konsequenz aus dem Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung nach § 1 Abs. 2 an. Dementsprechend müssen sie aber auch bei der Anhörung nach § 16 Abs. 3 unabhängig davon beteiligt werden, ob sie an der Konzepterstellung mitgewirkt haben. Wir bitten daher, § 16 Abs. 3 S. 1, zweiter Halbsatz zu streichen. Weiterhin muß die Anhörung auch zukünftig nicht von den Verbänden bzw. der KGNW sondern vom Land durchgeführt werden.

Die nach § 16 Abs. 5 zu beachtenden Kriterien für die Genehmigung durch die zuständige Behörde sind sehr allgemein und insofern als Grundlage für Entscheidungen nicht sehr hilfreich. Wir halten daher eine konkretere Fassung für notwendig.

Wie bereits ausgeführt, sehen wir es insbesondere als problematisch an, daß die Genehmigung mit Nebenbestimmungen verbunden und das Konzept in veränderter Form genehmigt werden kann, zumal den Verhandlungspartnern nur eine Anfechtungsmöglichkeit bei der zuständigen Behörde eingeräumt werden und eine gerichtliche Anfechtung nicht möglich sein soll. Für die Beurteilung dieser Vorschrift ist ferner wichtig zu erfahren, ob sich die Konzepte nur auf ein Krankenhaus oder auf mehrere Krankenhäuser eines Einzugsgebietes erstrecken. Wir teilen die Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, daß es unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten mehr als fragwürdig erscheint, eine gerichtliche Anfechtung der Genehmigung durch die zuständige Behörde auszuschließen, da die Entscheidungen damit zwangsläufig bestandskräftig und somit vorentscheidend für die gerichtliche Prüfung von Bescheiden nach § 18 werden. Die ggf. nach § 16 Abs. 7 Satz 2 ergehende gerichtliche Entscheidung dürfte unseres Erachtens eine bestandskräftige Entscheidung nach § 16 Abs. 5 der zuständigen Behörde nicht abändern, so daß de facto diesbezüglich der Rechtsweg abgeschnitten wäre.

Hinzu kommt, daß nach § 18 Abs. 2 Feststellungen nach § 16, die über die Angaben nach § 18 Abs. 1 hinausgehen, in der Regel nicht Bestandteil des Krankenhausplans werden und somit ohnehin nicht beklagbar wären.

Für die nach § 16 Abs. 6 vorgesehene Ersatzvornahme der Entscheidung durch die zuständige Behörde, soweit Konzepte nicht vorgelegt werden, sollte unbedingt ein Zeitrahmen vorgegeben werden. Auch sollten zuvor die Verhandlungspartner zur Konzepterstellung aufgerufen werden, die dieser Aufforderungen nicht nachgekommen sind.

4. Nach § 17 Abs. 1 - **Beteiligte an der Krankenhausversorgung** - ist die paritätische Besetzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung nicht mehr gegeben, da die Zahl der Vertreter der Verbände der Krankenkassen von sechs auf acht erhöht worden ist. Wir bitten dringend, es bei der bisher geltenden Regelung zu belassen. Die für die kommunalen Spitzenverbände benannten Mitglieder können nicht dem Krankenhausbereich zugerechnet werden, da sie generell aus ihrer Verpflichtung zur Wahrnehmung von Aufgaben der allgemeinen Daseinsvorsorge sowie zur Sicherstellung der Krankenversorgung beteiligt sind. Sie vertreten damit übergeordnete Interessen. Ein Übergewicht der Kassenvertreter kann nicht akzeptiert werden.

Die nach § 17 Abs. 3 Satz 2 vorgeschriebenen Meldepflichten sollten entfallen, da bereits umfassende Meldepflichten auf der Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung bestehen. Damit würde unnötiger Verwaltungsaufwand vermieden.

Wir bitten, die nach § 17 Abs. 4 Satz 3 vorgesehene Bildung von Unterausschüssen des Landesausschusses für Krankenhausplanung zu streichen. Da auch mittelbar Beteiligte den Unterausschüssen angehören können sollen, würde dies zu einer Verwässerung der Kompetenzen und Verantwortungen des Landesausschusses und damit der unmittelbar Beteiligten führen. Dies kann nicht hingenommen werden. Die Bildung von Unterausschüssen aus dem Kreise der Mitglieder des Landesausschusses selbst ist auch ohne gesetzliche Regelung möglich.

5. Auf unsere Bedenken zu § 18 Abs. 2 - **Feststellungen im Krankenhausplan** - haben wir bereits zuvor hingewiesen. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat im einzelnen die Fragestellungen aufgelistet, die sich, sofern diese Regelung verabschiedet würde, stellen.

Im Interesse der Planungssicherheit der Krankenhausträger sehen wir im Zusammenhang mit dieser Bestimmung und den weiteren vorgenannten Verfahrensregeln den dringenden Änderungsbedarf. Dabei sind klare Abgrenzungen und Definitionen der Begriffe (z. B. „Feststellungen“, „Festlegungen“) vorzugeben.

§ 18 Abs. 3 bitten wir zu streichen, da hiermit die Zielrichtung des Gesetzes, den Krankenhäusern einen größeren Handlungsspielraum zu geben und unternehmensorientierte Handlungsweisen anzubieten, konterkariert wird. Darüber hinaus stellt diese Regelung eine Überregulierung dar. Da sich die Krankenhäuser künftig dem Wettbewerb stellen müssen, ist es für die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung notwendig, daß das Krankenhaus die Möglichkeit hat, auf Entwicklungen zu reagieren und neue Angebote zu erproben. Die Androhung, das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan zu nehmen, wenn es planwidrige Versorgungsangebote an sich bindet, geht daher zu weit und an der politischen Zielsetzung einer besseren Verzahnung und Kooperation vorbei.

Zu Abschnitt III - Krankenhausförderung

1. Wegen der Dringlichkeit, die Finanzierungsfragen unverzüglich neu zu regeln, beziehen wir uns auf unseren einleitenden Antrag, die Novelle des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen zunächst mit den geltenden Vorschriften zur Krankenhausplanung zu verabschieden und wie vorgesehen die Regelungen zur Anpassung der pauschalen Fördermittel, die Einführung der 4. Anforderungsstufe und des Vorhaltemodells rückwirkend zum 01.01.1998 in Kraft zu setzen.
2. Wir begrüßen ausdrücklich, daß künftig die Bemessung der pauschalen Fördermittel leistungsbezogen neu geregelt werden soll. Damit werden die bisher ausschließlich starre Bindung der Pauschalmittel an die Zahl der Krankenhausbetten aufgegeben und künftig die Vorhaltekosten des Krankenhauses berücksichtigt. Vor allem die Wiedereinführung einer „4. Anforderungsstufe“ in § 25 - Pauschale Förderung entspricht einer langjährigen Forderung des Landkreistages Nordrhein-Westfalen und Städtetages Nordrhein-Westfalen. Nach dem Wegfall der 4. Anforderungsstufe mit der letzten Änderung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen am 03.11.1987 haben die Krankenhäuser der Maximalversorgung aufgrund der völlig unzureichenden Förderung in diesem Bereich schwere Einbußen erlitten und die

notwendigen Finanzierungen nicht vornehmen können. Die Wiederherstellung des Zustandes vor dem 03.11.1987 würde die sehr angespannte Situation der Krankenhäuser der Maximalversorgung im kurzfristigen Investitionsbereich verbessern. Wir bitten daher dringend daran festzuhalten, zumal die Beträge der übrigen Versorgungsstufen dadurch nicht berührt werden.

3. Wir begrüßen weiterhin, daß für alle Krankenhäuser nach § 26 - **Besondere Beträge** - die Möglichkeit besteht, abweichend von den vorgegebenen Förderpauschalen besondere Beträge zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser festzusetzen. Somit können vom Land für leistungsstarke Krankenhäuser höhere Beträge zur Verfügung gestellt werden und auch die Krankenhäuser der 1., 2. und 3. Anforderungsstufe in den Genuß höherer Pauschalfördermittel gelangen, falls diese in der Vergangenheit nicht ausgereicht haben oder zukünftig nicht den Investitionsbedarf decken.

In § 25 Abs. 5 sind für die vier Anforderungsstufen die entsprechenden Beträge der Pauschalförderung eingesetzt. Da eine Anpassung der Pauschalfördermittel der Höhe nach zum 01.01.1998 erfolgen muß, sind die Beträge gemäß der Kostenentwicklung anzupassen. Die letzte Erhöhung erfolgte zum 01.01.1996.

Nach § 25 Abs. 8 und 9 sollen bei einer Änderung der Planbetten und Behandlungsplatzzahlen 75 % der zum 31.12.1996 gewährten Pauschalfördermittel als Leistungspauschale und 25 % der neu festgestellten Pauschalfördermittel als Zuschlag gewährt werden. Bei wesentlichen Strukturänderungen soll eine Neuberechnung auf der Basis der neuen Pauschalförderbeträge erfolgen. Wir halten dies für einen sachgerechteren Förderweg gegenüber dem geltenden Recht und unterstützen die Aufteilung. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat in ihrer Stellungnahme die Anhebung der Leistungspauschale auf 90 % mit einem geänderten Stichtag zum 20.11.1995 vorgeschlagen. Wir schließen uns diesem Vorschlag an, da er den Vorhaltecharakter der Krankenhäuser noch stärker als der Regierungsentwurf berücksichtigt. Ein Anreiz, leerstehende Betten vorzuhalten, würde damit praktisch nicht mehr bestehen.

Zu den Äquivalenzziffern in § 25 Abs. 4 verschiedener Krankenhausabteilungen war in der Anhörung vom 16.04.1997 im Landtag angekündigt worden, daß zunächst ein Gutachten hierzu erstellt werden sollte. Da dies bisher nicht bekannt ist, kann der Vorschlag auch nicht bewertet werden. Die Äquivalenzziffer von 3,3 für die Hals-, Nasen- und Ohren-Krankheiten

war in der Vergangenheit ebensowenig nachvollziehbar wie der nun vorgeschlagene Wert von 2,5. Unseres Erachtens sollten Intensivpflegebetten und pädiatrische Betten höher gewichtet werden. Hierbei ist zu beachten, daß viele Kindergeräte in kleinen Serien hergestellt werden und deshalb teurer sind (z. B. liegen endoskopische Geräte für Kinder im Preis fünf- bis zehnfach höher als für Erwachsene). Dieser Sachverhalt muß bei der Punktzahlfestlegung berücksichtigt werden.

4. **§ 21 - Einzelförderung** berücksichtigt nicht mehr die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (mittelfristige Anlagegüter). Dies ist nicht mit der Ermächtigungsgrundlage im KHG in Einklang zu bringen. Wir bitten daher um eine entsprechende Ergänzung in § 21 um die Förderung der mittelfristigen Anlagegüter. Sofern für die Streichung das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21.01.1993 entscheidend war, ist daraufhinzuweisen, daß dies für den vorliegenden Sachverhalt nicht relevant ist, da zwischen der Wiederbeschaffung von Anlagegütern und der Erhaltung und Wiederherstellung von Anlagegütern (Instandhaltung) deutlich zu unterscheiden ist. Das BVerwG-Urteil bezieht sich ausschließlich auf den Bereich Instandhaltungs- / Erhaltungsaufwand.

5. Nach **§ 26 Abs. 2 - Besondere Beträge** soll die Beschaffung von Medizinprodukten in Zukunft nur noch in Ausnahmefällen über besondere Beträge erfolgen. Wir plädieren für die Beibehaltung des geltenden Rechts, da die vorgenommene Anhebung der Pauschalfördermittel insbesondere einen Ausgleich für Kostensteigerungen darstellt und auch weiterhin nicht vollständig die Finanzierung der medizinisch-technischen Geräte, die im wesentlichen unter „Medizinprodukte“ fallen, sicherstellt. Weiterhin sind die Einschränkungen mit der Anrechnung möglicher Einnahmen aus den Gebühren liquidationberechtigter Ärzte bzw. aus der Leistungserbringung für andere Krankenhäuser bei der Finanzierung medizinisch-technischer Geräte sowohl nach dem Regierungsentwurf als auch im geltenden Recht zu eng.

Die Bestimmung der Medizinprodukte sollte nicht, wie vorgesehen, allein durch das zuständige Ministerium, sondern im Einvernehmen mit dem Landesausschuß für Krankenhausplanung erfolgen.

6. Die Bestimmungen in § 21 Abs. 5 und 6 - **Einzelförderung** - sind Beispiele gesetzgeberischer Überregulierung. Zudem ist die Vorschrift ungenau. Danach sind Ausgliederungen von Teilen eines Krankenhauses nur mit „Erlaubnis der zuständigen Behörde“ zulässig. Es stellt sich die Frage, ob beispielsweise die Ausgliederung der Küche bereits Teil der Ausgliederung des Krankenhausbetriebes ist oder auch schon die Ausgliederung der Spülküche oder der Transportdienste aus der Küche? Wenn alle diese Regelungen von der Genehmigung der zuständigen Behörde abhängig gemacht werden, ist der Grundsatz des eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhauses nicht erfüllt. Dies gilt ebenso für § 21 Abs. 6, wonach die Vermietung geförderter Räume nur noch mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig sein soll. Dies würde bedeuten, daß künftig die stundenweise Vermietung eines OP-Raumes an einen niedergelassenen Arzt von der Genehmigung der Behörde auf dem Instanzenweg, ggf. noch mit Widerspruchsbescheiden, abhängig wäre. Diese Regelung würde dazu führen, daß leistungsfähige Krankenhäuser künftig kaum noch Interesse an der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten in diesem Bereich aufbringen werden. Die Formulierung „Mieteinnahmen sind nach Abzug der anteiligen Betriebskosten grundsätzlich den Fördermitteln zuzuführen“ wäre eine ausreichende Regelung. Sie würde zwar die Kooperationen und Verzahnungen eher behindern als fördern; zumindest würde aber unnötiger bürokratischer Aufwand gemindert.

7. Auch § 25 Abs. 12 sollte unseres Erachtens gestrichen werden. Offensichtlich geht die Förderbehörde davon aus, daß die pauschalen Fördermittel des Landes den Abschreibungsaufwand und damit den Eigentumsverlust des Krankenhausträgers zu 100 % ersetzen. Dies ist aber nicht der Fall. Diese Vorschrift kann nicht mit dem Ziel in Einklang gebracht werden, wirtschaftliche, unternehmensbezogene Handlungsweisen von Krankenhäusern zu fördern. Die Vorschrift würde letztlich dazu führen, daß künftig die Krankenhausträger bei der Vergabe des Hol- und Bringendienstes, der Transportdienste oder der Gardendienste hierüber eine Vereinbarung mit der zuständigen Behörde treffen müssen, ob und inwieweit hierfür Fördermittel zurückgeführt werden.

Zu Abschnitt IV - Krankenhausstruktur

1. In § 33 Abs. 2 - **Wirtschaftliche Betriebsführung** - bitten wir, den Passus „in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden“ zu streichen. Sofern die Vorhaltung parallel betriebener Abteilungen für die Versorgung der Patienten notwendig ist, darf hierdurch nicht eine gemeinsame Betriebsführung behindert werden.
2. § 35 Abs. 4 - **Leitung und Organisation** - ist ein weiteres Beispiel von Überregulierung und sollte gestrichen werden.

S. Articus

Dr. Stephan Articus