

Marburger Bund · Wörthstraße 20 · 50668 Köln

An den  
Vorsitzenden des Ausschusses für Arbeit,  
Gesundheit, Soziales, und Angelegenheiten  
der Vertriebenen und Flüchtlinge  
Herrn Bodo Champignon MdL

40002 Düsseldorf



Köln, den 15. September 1998

**Betr.: Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 12/3073 -**

Sehr geehrter Herr Champignon,

für die Möglichkeit, zu dem Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen Stellung nehmen zu können, dürfen wir uns ganz herzlich bedanken.

Der grundsätzliche Ansatz des Gesetzentwurfes, insbesondere das Krankenhausplanungsverfahren neu zu regeln und kontraproduktive Anreize der bisherigen pauschalen Krankenhausfinanzierung zu korrigieren, wird vom Marburger Bund prinzipiell begrüßt, auch wenn der Entwurf uns in einzelnen Punkten nicht weit genug geht und der Korrektur bedarf. Der Marburger Bund begrüßt insbesondere, daß die noch im Referentenentwurf enthaltene Struktur der Krankenhausplanung auf der Basis kleinster lokaler Planungsbezirke bei gleichzeitigem Abbau der Letztverantwortung des Landes aufgegeben worden ist.

Andererseits sollten Regelungsinhalte wie die innere Struktur der Krankenhäuser und die Mitarbeiterbeteiligung, die bei der letzten Novellierung des Gesetzes im Jahre 1987 keinen Eingang in das Gesetz gefunden haben, erneut geprüft und nun berücksichtigt werden. Zu den einzelnen Punkten nehmen wir wie folgt Stellung:

### 1.) Zu § 1 des Gesetzentwurfes:

Die allgemeine Pflicht zur Intensivierung der Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander aber auch mit komplementären Einrichtungen des Gesundheitswesens wird begrüßt. Wünschenswert wäre eine ausdrückliche gesetzliche Aufforderung der Beteiligten zu einer stärkeren Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote und zwar sowohl auf der Regelungsebene des Krankenhausgesetzes wie auch auf bundesgesetzlicher Ebene. Die bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Versor-

gung, wie sie auch durch die Ergänzung in § 10 Abs. 1 des Gesetzentwurfes beabsichtigt wird, bedarf dazu begleitender Gesetzgebungsinitiativen des Landes auf Bundesebene insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung der Möglichkeit am Krankenhaus tätige Fachärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Der Entwurf des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes enthielt einen vorsichtigen Ansatz dazu, der wegen des Scheiterns des entsprechenden Gesetzentwurfes im Bundesrat nicht weiter verfolgt wurde. Hier ist eine neue Initiative geboten, die sich nach Lage der Dinge nur im Konsens zwischen Bund und Land zum Erfolg führen lassen wird.

Der Marburger Bund begrüßt die im vorliegenden Gesetzentwurf ausdrücklich konstituierte Pflicht der Krankenhausträger an der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken. Es ist weiterhin nicht hinzunehmen, daß sich die Krankenhausträger vor allem über die nur befristete Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten gegenüber dem übrigen Arbeitsmarkt wirtschaftliche Vorteile verschaffen und andererseits die entsprechende Gegenleistung, nämlich die Vermittlung von Aus- und Weiterbildung verweigern.

### **2.) Zu § 2 des Gesetzentwurfes:**

Der Widerspruch zwischen den Absätzen 2 und 3 sollte durch die ersatzlose Streichung des 2. Absatzes aufgelöst werden. Auf der einen Seite soll den Krankenhäusern die Gelegenheit eröffnet bleiben, besondere Unterkunft und Verpflegung als Wahlleistungen anzubieten und sich so auch zusätzliche Einnahmequellen zu erschließen, andererseits soll es ihnen verwehrt bleiben, dieses in abgegrenzten Bereichen (Privatstationen) zu organisieren. Die Praxis seit der Geltung des bisherigen § 2 Abs. 2 KHG NW hat gezeigt, daß nach wie vor "Privat"-Stationen betrieben werden, nur ohne sie im Hinblick auf das gesetzliche Verbot förmlich als solche zu bezeichnen. Im Sinne der Vermeidung gesetzlicher Überregulierungen sollte auf das ausdrückliche Verbot des Betriebes von Privatstationen verzichtet werden.

### **3.) Zu § 7 des Gesetzentwurfes:**

Entgegen der in der Begründung des Gesetzentwurfes zum Ausdruck kommenden Absicht, die Qualitätssicherung zu fördern, führt die beabsichtigte Neuregelung dadurch zu einer Verwässerung, daß die an der Qualitätssicherung wesentlich Beteiligten, insbesondere die beiden Ärztekammern des Landes, nicht mehr ausdrücklich erwähnt werden. Die Leistung der Ärztekammern bei der Entwicklung und Durchführung externer Qualitätssicherung hat gezeigt, wie notwendig eine ausdrückliche Zuweisung dieser Aufgaben ist. Dies wird gerade im Vergleich zu anderen Bundesländern deutlich, wo eine solche Regelung fehlt. Nicht ohne Grund ist die externe Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen bundesweit führend. Die vorgeschlagene Neufassung und die darin fehlende Erwähnung der Ärztekammern würde hier ein vollkommen falsches und regelrecht kontraproduktives Signal setzen.

Insoweit schließen wir uns der Stellungnahme der Ärztekammer Nordrhein vom 04. September 1998 und dem darin enthaltenen Formulierungsvorschlag an.

**4.) Zu den §§ 10 und 11 des Gesetzentwurfes:**

Die Einbeziehung der Krankenhäuser in die Zusammenarbeit zur Bewältigung von Großschadenserignissen (§ 10 Abs. 1) und die entsprechende Verordnungsermächtigung (§ 11 Abs. 4) wird vom Marburger Bund begrüßt.

Hinsichtlich der Notwendigkeit einer dezentralen Lokalisierung der zu bevorratenden Arzneimittel kommt den Krankenhäusern eine besondere Bedeutung zu.

Es wäre wünschenswert, wenn die Zugriffskompetenzen in § 11 Abs. 4 ausdrücklich auch die Befugnisse des Leitenden Notarztes regeln würden, der als dauerhafte Einrichtung vorzusehen ist. Insoweit ist eine direkte gesetzliche Regelung angezeigt im Gegensatz zu einem inhaltlich nicht näher ausgestaltete Verweis auf eine noch zu erlassende Rechtsverordnung.

**5.) Zu § 13 des Gesetzentwurfes:**

Die Aufteilung des Krankenhausplanes in Rahmenvorgaben, Schwerpunkt- und sonstige Festlegungen stellt einen durchaus sinnvollen Ansatz dar. Der Marburger Bund begrüßt in diesem Zusammenhang, daß das Land gemäß Absatz 1 nach wie vor die politische Letztverantwortung für die Krankenhausplanung behält.

Der Marburger Bund bemängelt, daß der Gesetzentwurf anders als noch der Referentenentwurf bei der Rahmenplanung keine förmliche Beteiligung der Ärzteschaft vorsieht, wie sie durch die Ärztekammern repräsentiert wird. Hier wird unnötigerweise auf die Einbeziehung des dort repräsentierten unabhängigen fachlichen Sachverständes verzichtet.

Den Kammern ist aufgrund ihrer sektorübergreifenden Struktur und ihrer Stellung als Körperschaft öffentlichen Rechts ein qualifizierteres Beteiligungsrecht einzuräumen, als den sonstigen in § 17 Abs. 2 des Gesetzentwurfes genannten Beteiligten.

**6.) Zu § 15 des Gesetzentwurfes:**

Die Einbeziehung der mittelbar Beteiligten im Rahmen der Schwerpunktfestlegungen wird begrüßt. Es bedarf unseres Erachtens jedoch zusätzlich der Vorgabe eines formalisierten Verfahrens, wie diese Beteiligung zu erfolgen hat. Es sollte nicht in das Belieben der Krankenhausträger- und der Kassenverbände gestellt werden, wann welche mittelbar Beteiligten angehört werden. Insoweit bedürfen auch die im Landesausschuß vertretenen unmittelbaren Beteiligten der Gewähr eines klar geregelten rechtsstaatlich abgesicherten Verfahrensweges.

In dieser Hinsicht ist wenigstens eine Festlegung vorzusehen, daß der Landesausschuß den Antrag erst nach erfolgter Anhörung der Beteiligten und unter Berücksichtigung der abgegebenen Stellungnahmen erörtert.

**7.) Zu § 16 des Gesetzentwurfes:**

Die Verlagerung der sonstigen Festlegungen auf eine regionale Ebene wird vom Marburger Bund begrüßt. Allerdings fehlt es an einer Konkretisierung, innerhalb welcher räumlichen Grenzen diese Planung erfolgen soll. Aus unserer Sicht sollte durch das Gesetz geregelt werden, daß die Planungsebene für die sonstigen Feststellungen die Regierungsbezirke oder wenigstens die bisherigen Planungsbezirke sind. Kleinere Planungseinheiten erscheinen wegen der überregionalen Bezüge vieler Versorgungsstrukturen nicht sinnvoll.

**8.) Zu § 17 des Gesetzentwurfes:**

Ausdrücklich begrüßt wird, daß im Rahmen von Absatz 2 die Interessenvertretungen der im Krankenhaus Beschäftigten als an der Krankenhausplanung mittelbar Beteiligte weiterhin vorgesehen sind.

**9.) Zu § 25 des Gesetzentwurfes:**

Der Ansatz des Gesetzentwurfes, die pauschale Förderung vom Bettenbezug zu lösen wird vom Marburger Bund ausdrücklich begrüßt. In der Vergangenheit führte diese Koppelung zu unerwünschten Anreizen und verleitete Krankenhausträger dazu, auch an nicht mehr notwendigen Bettenkapazitäten festzuhalten. Auch der Entwicklung ambulanter Behandlungsangebote an den Krankenhäusern wurde damit in der Tendenz entgegengewirkt. Es wäre allerdings zu befürworten, wenn die Abkoppelung der pauschalen Förderung vom Bettenbezug und ihre Orientierung am Abschreibungsbedarf und sei es in Form generalisierter Richtgrößen nicht wie vorliegend im Ansatz steckengeblieben sondern inhaltlich näher ausgestaltet worden wäre.

Zumindest sollte die leistungsbezogene Pauschale auf 90% statt auf 75% angehoben werden.

**10.) Zu § 35 und § 36 Gesetzentwurfes:**

Die Strukturvorgaben lassen nicht erkennen, daß auch innerhalb des Krankenhauses die Grundsätze von Kooperation und Zusammenarbeit gelten sollen. So stehen unseres Erachtens § 35 Abs. 4 und § 36 Abs. 1 in gewissem Widerspruch zueinander. Die Verantwortung des ärztlichen aber auch des pflegerischen Dienstes im Rahmen der Betriebsleitung mit klar geregelten Aufgabenbereichen kommen zu kurz. Hier sollten gesetzgeberische Vorgaben erfolgen.

Im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 25.03.1980 -2 BvR 208/79- könnte den kirchlichen Häusern die Möglichkeit eingeräumt werden, zwischen der gesetzlichen Vorgabe und einer eigenen kirchenspezifischen Leitungsstruktur zu wählen. Insoweit wären diese Träger dann aber in der Erklärungspflicht für abweichende Regelungen.

**11.) Mitarbeiterbeteiligung:**

Der Marburger Bund bedauert es, daß nach der Novellierung des Gesetzes im Jahre 1987 wiederum keine gesetzliche Grundlage für die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Erlösen der liquidationsberechtigten Ärzte vorgesehen ist. Das KHG NW in der bis zur damaligen Novellierung geltenden Fassung sah eine entsprechende Regelung vor, die zu Unrecht unter Bezugnahme auf die o.a. Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Gesetz entfernt wurde. Das Gericht hatte lediglich beanstandet, daß den konfessionellen Krankenhausträgern nach den damaligen Bestimmungen die Möglichkeit verwehrt war, andere, eigene Beteiligungsformen zu etablieren. Es hätte daher nur einer entsprechenden Öffnungsklausel für kirchliche Träger bedurft, die gesetzlichen Beteiligungsregelungen durch eigene kirchenspezifische zu ergänzen oder zu ersetzen. Das rheinland-pfälzische Landeskrankenhausgesetz, enthält eine entsprechende Regelung, die auch für Nordrhein-Westfalen übernommen werden sollte.

Mit freundlichen Grüßen

( L ü b k e )