

25.12.2021

**Formblatt zur Datenerhebung**  
**nach § 5 Abs. 1 des Thüringer Beteiligungstransparenzdokumentationsgesetzes**

Jede natürliche oder juristische Person, die sich mit einem schriftlichen Beitrag an einem Gesetzgebungsverfahren beteiligt hat, ist nach dem Thüringer Beteiligungstransparenzdokumentationsgesetz (ThürBeteilldokG) verpflichtet, die nachfolgend erbetenen Angaben – soweit für sie zutreffend – zu machen.

Die Informationen der folgenden Felder 1 bis 6 werden in jedem Fall als verpflichtende Mindestinformationen gemäß § 5 Abs. 1 ThürBeteilldokG in der Beteiligungstransparenzdokumentation veröffentlicht. Ihr inhaltlicher Beitrag wird zusätzlich nur dann auf den Internetseiten des Thüringer Landtags veröffentlicht, wenn Sie Ihre Zustimmung hierzu erteilen.

*Bitte gut leserlich ausfüllen und zusammen mit der Stellungnahme senden!*

Zu welchem <b>Gesetzentwurf</b> haben Sie sich schriftlich geäußert (Titel des Gesetzentwurfs)?											
<b>Drittes Gesetz zur Änderung des Thüringer Krankenhausgesetzes</b> Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - Drucksache 7/1191 – hier: Änderungsantrag der Fraktion der CDU in Vorlage 7/1175											
1.	Haben Sie sich als Vertreter einer <b>juristischen Person</b> geäußert, d. h. als Vertreter einer Vereinigung natürlicher Personen oder Sachen (z. B. Verein, GmbH, AG, eingetragene Genossenschaft oder öffentliche Anstalt, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Stiftung des öffentlichen Rechts)? (§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2 ThürBeteilldokG; Hinweis: Wenn nein, dann weiter mit Frage 2. Wenn ja, dann weiter mit Frage 3.)										
	<table border="1"> <tr> <td>Name</td> <td>Organisationsform</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Verein Verband der Krankenhausdirektoren Mitteldeutschlands (V.K.D.)</td> </tr> <tr> <td>Geschäfts- oder Dienstadresse</td> <td>Klinikum Altenburger Land</td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer (oder Postfach)</td> <td>Am Waldessaum 10</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl, Ort</td> <td>04600 Altenburg</td> </tr> </table>	Name	Organisationsform		Verein Verband der Krankenhausdirektoren Mitteldeutschlands (V.K.D.)	Geschäfts- oder Dienstadresse	Klinikum Altenburger Land	Straße, Hausnummer (oder Postfach)	Am Waldessaum 10	Postleitzahl, Ort	04600 Altenburg
Name	Organisationsform										
	Verein Verband der Krankenhausdirektoren Mitteldeutschlands (V.K.D.)										
Geschäfts- oder Dienstadresse	Klinikum Altenburger Land										
Straße, Hausnummer (oder Postfach)	Am Waldessaum 10										
Postleitzahl, Ort	04600 Altenburg										
2.	Haben Sie sich als <b>natürliche Person</b> geäußert, d. h. als Privatperson? (§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2 ThürBeteilldokG)										
	<table border="1"> <tr> <td>Name</td> <td>Vorname</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> Geschäfts- oder Dienstadresse      <input type="checkbox"/> Wohnadresse          (Hinweis: Angaben zur Wohnadresse sind nur erforderlich, wenn keine andere Adresse benannt wird. Die Wohnadresse wird in keinem Fall veröffentlicht.)       </td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl, Ort</td> <td></td> </tr> </table>	Name	Vorname			<input checked="" type="checkbox"/> Geschäfts- oder Dienstadresse <input type="checkbox"/> Wohnadresse (Hinweis: Angaben zur Wohnadresse sind nur erforderlich, wenn keine andere Adresse benannt wird. Die Wohnadresse wird in keinem Fall veröffentlicht.)		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
Name	Vorname										
<input checked="" type="checkbox"/> Geschäfts- oder Dienstadresse <input type="checkbox"/> Wohnadresse (Hinweis: Angaben zur Wohnadresse sind nur erforderlich, wenn keine andere Adresse benannt wird. Die Wohnadresse wird in keinem Fall veröffentlicht.)											
Straße, Hausnummer											
Postleitzahl, Ort											

3.	<b>Was ist der Schwerpunkt Ihrer inhaltlichen oder beruflichen Tätigkeit?</b> (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 ThürBeteilldokG)	
	Im Hauptamt: Geschäftsführer Klinikum Altenburger Land gGmbH Im Nebenamt (Stand Juni 2021): Vorsitzender der Landesgruppe des VKD Mitteldeutschland	
4.	Haben Sie in Ihrem schriftlichen Beitrag die entworfenen Regelungen insgesamt eher <input checked="" type="checkbox"/> befürwortet, <input type="checkbox"/> abgelehnt, <input type="checkbox"/> ergänzungs- bzw. änderungsbedürftig eingeschätzt?	
	<b>Bitte fassen Sie kurz die wesentlichen Inhalte (Kernaussage) Ihres schriftlichen Beitrages zum Gesetzgebungsverfahren zusammen!</b> (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 ThürBeteilldokG)	
	Der VKD Mitteldeutschland begrüßt den Änderungsantrag der CDU-Fraktion zur Modifikation der Thür LSVG. Der VKD Mitteldeutschland schließt sich der Stellungnahme der LKHG vom 14.01.2021 und befürwortet die dort eingebrachten textlichen Änderungsverschlüsse zum Thür KHG	
5.	Wurden Sie vom Landtag gebeten, einen schriftlichen Beitrag zum Gesetzgebungsvorhaben einzureichen? (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 ThürBeteilldokG)	
	<input checked="" type="checkbox"/> ja (Hinweis: weiter mit Frage 6)	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn Sie die Frage 5 verneint haben: Aus welchem Anlass haben Sie sich geäußert?	
	In welcher Form haben Sie sich geäußert?	
	<input checked="" type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> per Brief	
6.	Haben Sie sich als <b>Anwaltskanzlei im Auftrag</b> eines Auftraggebers mit schriftlichen Beiträgen am Gesetzgebungsverfahren beteiligt? (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 ThürBeteilldokG)	
	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 7)
	Wenn Sie die Frage 6 bejaht haben: Bitte benennen Sie Ihren Auftraggeber!	

7.	<b>Stimmen Sie einer Veröffentlichung Ihres schriftlichen Beitrages in der Beteiligientransparenzdokumentation zu?</b> (§ 5 Abs. 1 Satz 2 ThürBeteilldokG)	
	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mit meiner Unterschrift versichere ich die **Richtigkeit und Volständigkeit der Angaben**. Änderungen in den mitgeteilten Daten werde ich unverzüglich und unaufgefordert bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens mitteilen.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
Atenburg, 20.10.2021	