

-I-A

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausschußprotokoll **10/** 563

10. Wahlperiode

29.04.1987

sr-ma

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge

Protokoll

26. Sitzung (öffentlich)

29. April 1987

Düsseldorf - Haus des Landtags

10.00 bis 13.00 Uhr und

13.45 bis 16.35 Uhr

Vorsitzender: Abg. Bräuer (SPD)

Stenographen: Rostock, Stettner (als Gäste), Schrader (Federführung)

Verhandlungspunkt

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -

Gesetzentwurf der Landesregierung

Drucksache 10/1799

Der Ausschuß führt zu dem Gesetzentwurf eine Anhörung mit Vertretern von Verbänden, Organisationen, Vereinigungen und Institutionen durch; Beschlüsse werden nicht gefaßt.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
sr-ma

I n h a l t :	<u>Seiten</u>
<u>Dr. Prößdorf</u> , Krankenhausgesellschaft Nordrhein- Westfalen - Zuschrift 10/990 -	2, 15
<u>Augustinus</u> , Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen - Zuschrift 10/1016 -	6, 18
<u>Koegel-Dorfs</u> , Evengelisches Büro Nordrhein-Westfalen - Zuschrift 10/943 -	10, 21
<u>Dr. Seifert</u> , Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein- Westfalen - Zuschrift 10/1008 -	51, 62, 68
<u>Frau Robbers</u> , Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände - Zuschriften 10/936, 10/950 -	54, 63, 67
<u>Kukla</u> , Landschaftsverband Rheinland - Zuschrift 10/1011	58, 64
<u>Dr. Pittrich</u> , Landschaftsverband Westfalen-Lippe - Zuschrift 10/941 -	60, 65
<u>Dr. Krauskopf</u> : Verband der Ortskrankenkassen Rheinland, Landesverband der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe, Landesverband der Betriebskassenkassen Nordrhein- Westfalen, Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz, Landesverband der Innungskrankenkassen Westfalen- Lippe, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Düsseldorf, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Dortmund, Krankenkasse der Rheinischen Landwirtschaft, Westfälische landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft - Zuschrift 10/948 -	68, 76

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
sr-ma

	<u>Seiten</u>
<u>Aumüller</u> , Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen - Zuschrift 10/935 -	73, 78
<u>Dr. Geck</u> , Landesverband der Ortskrankenkassen Westfalen- Lippe - Zuschrift 10/948 -	77
<u>Vogt</u> , Ärztekammer Nordrhein - Zuschrift 10/931 -	101, 114
<u>Dr. Hospes</u> , Ärztekammer Westfalen-Lippe - Zuschrift 10/937 -	104
<u>Dr. Schulte-Löbbert</u> , Apothekerkammer Nordrhein - Zuschrift 10/918 -	105
<u>Dr. Schlauß</u> , Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmann- bund) e. V. - Zuschriften 10/933, 10/934 -	106, 115
<u>Lübke</u> , Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/ Rheinland-Pfalz e. V. - Zuschrift 10/938 -	108, 114
<u>Dr. Baur</u> , Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. - Zuschriften 10/940, 10/997 -	111, 115
<u>Dr. Schmidt-Vollmar</u> , Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. - Zuschriften 10/933, 10/934 -	116
<u>Frau Glock</u> , Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen - Zuschrift 10/939 -	117, 154
<u>Kühle</u> , Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung Nordrhein-Westfalen - Zuschrift 10/944 -	118, 154
<u>Schneider</u> , Deutsche Angestelltengewerkschaft, Landes- verband Nordrhein-Westfalen - Zuschrift 10/947 -	121, 155
<u>Richardt</u> , Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen e. V. - Zuschrift 10/949 -	123
<u>Dr. Müller</u> , Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e. V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen - Zuschrift 10/942 -	156
<u>Frau Brunsch</u> , Deutscher Berufsverband für Kranken- pflege (DBfK) - Zuschrift 10/945 -	160, 168
<u>Brockmann</u> , Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflege- kräfte von Nordrhein-Westfalen e. V. - Zuschrift 10/946 -	161
<u>Dörschlag</u> , Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V. - Zuschrift 10/993 -	163, 167
<u>Frau Füßer</u> , Bund Deutscher Hebammen e. V.	167

R

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
sr-ma

Seiten

Vorsitzender

1, 58, 68,
106, 113, 156,
161, 167, 168

SPD:

Reymann

14, 62, 74,
113, 115, 152

Schmidt

13

CDU:

Frau Hieronymi

14

Arentz

12, 14, 61,
75, 113, 114,
153

Gregull

61, 168

Harbich

153

Kampmann

114

F.D.P.:

Dr. Schaumann

67, 74

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Vorsitzender: Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich eröffne die heutige öffentliche Sitzung hier im Plenarsaal des Landtages und heiße Sie alle herzlich willkommen. Ich möchte Ihnen schon jetzt ein herzliches Wort des Dankes dafür sagen, daß Sie die Mühe auf sich genommen haben, uns Ihre Stellungnahme zu dem Entwurf eines Krankenhausgesetzes abzugeben.

Ich begrüße ganz besonders auch die Vertreter der Landesregierung, an der Spitze den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hermann Heinemann. Auch die Vertreter von Presse, Rundfunk und Fernsehen seien herzlich begrüßt. Ich wäre den Vertretern der Medien sehr dankbar, wenn sie für eine dem Gesetzentwurf angemessene ausführliche Berichterstattung sorgen würden. Auch die Zuhörer möchte ich herzlich begrüßen. Es kann davon ausgegangen werden, daß im Laufe der Anhörung noch Besuchergruppen oben auf der Tribüne Platz nehmen werden.

Meine Damen und Herren, Ihnen ist mit der Einladung zur heutigen Anhörung der Gesetzentwurf übersandt worden. Wir haben bewußt darauf verzichtet, einen Fragenkatalog aufzubauen, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, eigene Schwerpunkte zu setzen. Wie bereits in der Einladung zum Ausdruck gebracht, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie bei Ihrer mündlichen Aussage hier die Redezeit von ca. zehn Minuten möglichst nicht überschreiten würden. Weiterhin wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie in Ihren mündlichen Ausführungen Ergänzungen oder besondere Darstellungen der schriftlichen Vorlage vortragen könnten.

Ich gehe davon aus, daß Sie, meine Damen und Herren, damit einverstanden sind, daß die Damen und Herren Abgeordneten noch Fragen an Sie richten werden; eine allgemeine Diskussion ist nicht vorgesehen.

Einige Institutionen haben, unserer Bitte entsprechend, schon eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, die den Damen und Herren Abgeordneten vorliegen bzw. noch verteilt werden. Alle diejenigen, die uns noch keine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, werden gebeten, sie uns noch nach der Sitzung zukommen zu lassen.

An dieser Stelle möchte ich schon jetzt den Herrn Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales bitten, uns über die heutige Anhörung unter Einbeziehung der Stellungnahme der Landesregierung baldmöglichst eine Zusammenfassung erstellen zu lassen, um uns diese dann für unsere weiteren Überlegungen an die Hand zu geben. Ihnen, Herr Minister, an dieser Stelle schon heute ein herzliches Dankeschön dafür. Uns liegt sehr viel daran, die Beratungen dieses Gesetzes zügig durchzuführen.

Genug der Eingangsworte! Die Ihnen zugesandte Liste der Eingeladenen ist nicht gleichzeitig die Reihenfolge, in der die Anhörung durchgeführt wird. Wir waren uns darüber einig, zunächst einmal die Träger der Krankenhäuser zu hören, weil sie ja die von diesem Krankenhausgesetz an erster Stelle Betroffenen sind.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Ich rufe zuerst Herrn Dr. Prößdorf für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen auf. Eine schriftliche Stellungnahme liegt uns noch nicht vor; ich gehe davon aus, daß sie nachgereicht wird.

Dr. Prößdorf, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender! Herr Minister! Herr Staatssekretär! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich danke für die Gelegenheit, für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hier kurzgefaßt die wesentlichen Anmerkungen vortragen zu können, die wir Ihnen selbstverständlich noch schriftlich vorlegen werden. Daß das noch nicht geschehen ist, liegt daran, daß wir bis in die jüngsten Tage hinein Organsitzungen hatten, auf deren Grundlage wir die schriftliche Stellungnahme abgeben werden.

Zunächst eine Vorbemerkung: Aus unserer Sicht ist es zu begrüßen, daß der Regierungsentwurf schlanker ist als der Referentenentwurf. Wir haben festzustellen, daß einige Paragraphen entfallen sind, die im Bereich einer überflüssigen Regelung lagen. Als Beispiele nenne ich den Wegfall der Bestimmungen über den Leitenden Arzt, die Leitende Pflegekraft oder den Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes. Einige Bestimmungen sind kürzer gefaßt und gestrafft.

Dennoch ist aus unserer Sicht im Regierungsentwurf vieles überflüssig und entbehrlich. Als Beispiele nenne ich die §§ 3 und 4. Insgesamt betrachtet liegt Nordrhein-Westfalen mit diesem Regierungsentwurf bundesweit unverändert im vorderen Drittel, was die Regelungsbreite, -dichte und -tiefe angeht. Das wird auch äußerlich sichtbar. Das bisherige Gesetz von 1975 zählte 30 Paragraphen, der jetzige Regierungsentwurf 41.

Sie werden verstehen, meine Damen und Herren, daß der Trägerbereich das Gesetz als Grundlage für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser besonders aufmerksam betrachtet hat. Gestatten Sie mir deshalb, daß ich schwerpunktmäßig auf den Finanzbereich eingehe. Dazu vorweg eine kritische Aussage.

Der Gesetzentwurf sichert die ausreichende Investitionsförderung der Krankenhäuser nicht. Er reguliert vielmehr die Verteilung der vom Haushalt zur Verfügung gestellten Mittel. Zur ausreichenden wirtschaftlichen Sicherung gehört neben dem Gesetz auch ein entsprechender ausreichender Haushalt. Dazu gestatten Sie mir einige Bemerkungen.

Wir haben vor einigen Tagen mit Erschrecken aus der Presse entnehmen müssen, daß sich der Schuldenstand der öffentlichen Hand in der Bundesrepublik, d. h. aller drei staatlichen Ebenen, innerhalb von sieben Jahren fast verdoppelt hat, daß er von 414 auf 804 Milliarden DM angewachsen ist, in jüngster Zeit bedauerlicherweise wieder mit einer Tempovergrößerung, die die erschreckenden Prognosen des Bundesfinanzministeriums vom vergangenen Jahr noch übertrifft. Im vergangenen Jahr hatte Minister Stoltenberg auf eine parlamentarische Anfrage nach dem Verschuldensstand eine Prognose für die kommenden Jahre gegeben und dabei dargelegt, daß die öffentliche Verschuldung im Jahre 1994 die Billionengrenze

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

Überschreiten werde. Dabei war in einem jahresbezogenen Fristenplan davon ausgegangen worden, daß wir Ende vergangenen Jahres 783 Milliarden DM Verschuldung haben würden. Wir haben aber die 800-Milliarden-Grenze überschritten, werden also vermutlich schon im Jahre 1993 bei 1 Billion DM Staatsverschuldung stehen. Die daraus resultierenden Konsequenzen, nämlich die Einengung des Handlungsspielraums, liegen auf der Hand.

Für Nordrhein-Westfalen ist die Lage besonders kritisch; das ist bekannt. Von 1984 bis 1987 hat sich der Schuldenstand von 69 auf 95 Milliarden DM erhöht; im nächsten Jahr wird die 100-Milliarden-Grenze überschritten sein. Im vergangenen Jahr war der größte Einzelposten im Haushalt mit 10,8 Prozent der Zinsdienst mit nominal 6,2 Milliarden DM.

Diese düstere Lage und Prognose erhält ihren zusätzlichen Schatten durch die bevorstehende Steuerreform, die ja zu 57 Prozent von der Länderebene finanziert wird. Von den 44 Milliarden DM entfallen 25 Milliarden DM auf die Länder und davon 7,1 Milliarden DM auf Nordrhein-Westfalen.

Das vorweg, denn daraus resultiert nun ganz entscheidend die Förderungslage des Landes gegenüber den Krankenhäusern. Ich darf das einmal an den Neuner-Mitteln demonstrieren: Dort sind die Zahlen in den letzten Jahren deutlich rückläufig, nämlich von 1984 bis 1986 über 668 Millionen DM über 600 Millionen DM auf 450 Millionen DM im vergangenen Jahr. Und wenn ich die aktuelle Förderungslage der letzten beiden Jahre betrachte, dann sah es wie folgt aus: Im vergangenen Jahr haben die Regierungspräsidenten 399 Maßnahmen mit einem Gesamtvolumen von 2,6 Milliarden DM eingereicht. Nur 68 Maßnahmen konnten in das Jahresbauprogramm aufgenommen werden mit einem Volumen von 300 Millionen DM. Für dieses Jahr sieht es nicht besser aus. Die Regierungspräsidenten haben 412 Projekte angemeldet mit einem Volumen von 2,67 Milliarden DM. Dazu kommen aus der RP-Kontingenten Anmeldungen von 340 Millionen DM. Zusammen sind es Förderungsanträge von über 3 Milliarden DM. Im Jahresbauprogramm stehen 1,2 Milliarden DM an Mitteln zur Verfügung. Das heißt: Von den 412 von den RPs angemeldeten Projekten konnten nur 109 Maßnahmen berücksichtigt werden, und die Finanzierung erfolgt, wie Sie wissen, über 500 Millionen DM auf Dauer zur Verfügung gestellter Mittel und 700 Millionen DM Verpflichtungsermächtigungen.

Das auf einen Nenner gebracht, rechtfertigt unsere Beurteilung, daß das Land seinen Verpflichtungen nach § 9 Abs. 5 KHG nicht gerecht wird. Danach sind die Fördermittel ja so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.

Vor diesem eingblendeten finanziellen Hintergrund insgesamt können Sie verstehen, daß wir den Regierungsentwurf besonders kritisch auf die Bestimmungen überprüft haben, die aus unserer Sicht überflüssig und kostenträchtig sind. Ich darf nur als Beispiel einige nennen: § 6, Sozialdienst. Keiner wird etwas gegen einen Sozialdienst einzuwenden haben, aber es ist klar, daß er

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Stg

Geld kostet. Oder § 7, Qualitätssicherung. Wir bejahen voll eine Qualitätssicherung. Wir unterstützen auch, was der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion in seinem Gutachten gesagt hat, nämlich daß sie absolut notwendig ist. Aber das kostet Geld, und sie bedarf einer knallharten und sicheren Finanzierungslösung. Oder nehmen Sie die Hygienevorschriften in § 8. Dort ist - wenn Sie den Text des Gesetzes in Verbindung mit der Begründung sehen - von "erforderlichen Räumen" die Rede, wofür die Krankenhäuser die Voraussetzungen schaffen müssen. Auch das kostet Geld, genauso wie die schulische Betreuung der Kinder nach § 4 oder die Aufnahme von Begleitpersonen; die räumlichen Voraussetzungen dafür haben die Krankenhäuser zu schaffen.

Das alles sind Bestimmungen, die kostenträchtig sind, und wir müssen uns bei der gegebenen Situation fragen, ob wir es uns leisten können, das gesetzlich zu fixieren und damit einen Zwang auf die Träger auszuüben, aber auch auf die beiden Finanziers. Der eine Finanzier ist das Land, das notleidend ist und seine Verpflichtungen nicht ausreichend erfüllt, der andere ist die GKV.

Meine Damen und Herren, wie es bei der GKV aussieht, ist ja auch kein Geheimnis; das hat ja die jüngste Konzertierte Aktion offenbart. Die GKV hatte in den letzten drei Jahren fortlaufend Defizite zu verzeichnen. Im Jahr 1986 waren es 1,3 Milliarden DM, in den letzten drei Jahren zusammen 6,5 Milliarden DM. Und die Zielsetzung der Strukturreform, in die die Krankenhäuser voll einbezogen werden, geht dahin, alle Leistungsbereiche, also auch den stationären Bereich, anstiegsmäßig im Rahmen der Geldlohnsummenentwicklung zu halten. Zielsetzung ist also, dem Krankenhaus-Bereich künftig 1 Milliarde DM weniger zu geben.

Wenn das Land kein Geld hat und die anderen Finanziers auch nicht, sind kostenträchtige Bestimmungen verfehlt. Wir meinen deshalb, daß der Gesetzgeber noch einmal überprüfen sollte, ob er sich nicht an Vorbildern anderer Länder in der Bundesrepublik orientieren sollte, die die Umsetzungsgesetzgebung auf der Basis des neuen KHNG von 1984 sehr viel schlanker gefaßt haben, teilweise mit 17 Paragraphen auskommen und nur das geregelt haben, was absolut notwendig ist.

Noch weiter zum Finanzbereich. Dort steht: "Investitionskosten werden im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert." Das ist haushaltstechnisch und staatsrechtlich betrachtet richtig, aber vor dem Hintergrund, daß das Land seit Jahren seinen Pflichten nicht nachkommen kann, aus unserer Sicht natürlich bedenklich. Wir meinen deshalb, daß zumindest in der Begründung des Gesetzes klargestellt werden sollte, daß die Krankenhäuser nach dem KHG einen Rechtsanspruch aus § 9 Abs. 5 haben, und es sollte auch klargestellt werden, daß es sich hier nicht um freiwillige Leistungen des Landes handelt, also um Subventionen, sondern um Ausgleichszahlungen des Landes mit Entschädigungscharakter für das 1972 bei der großen Krankenhausreform gesetzlich festgelegte Verbot von Abschreibungen, die man sonst jedem Wirtschaftsbetrieb als selbstverständlich konzidiert.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

In diesem Zusammenhang eine weitere kritische Anmerkung: In § 16 ist die Rede davon, daß die Förderung in Form von Zuschüssen erfolgt. Das ist haushaltsrechtlich und bewilligungsrechtlich formuliert, aber aus unserer Sicht falsch. Es entspricht nicht den gesetzlichen Gegebenheiten des KHG, nach dem die Krankenhäuser einen Anspruch auf Vollfinanzierung haben. Vollfinanzierung und Zuschüsse sind begrifflich nicht auf eine Linie zu bringen.

Lassen Sie mich zum Schluß etwas Positives sagen. Wir wissen, wie schwierig die Abgrenzung zwischen den Projektförderungsmitteln und der pauschalen Förderung ist. Der in § 21 vom Gesetzgeber angesteuerte Weg wird von uns im Prinzip begrüßt, weil er die bisherige enge und ausschließliche Anbindung an die Bettenzahl verläßt und abmildert. Die daraus resultierenden fehlsteuernden Anreize brauche ich hier nicht darzulegen. Hier ist die richtige Richtung eingeschlagen, nämlich ein System zu entwickeln, das mehr an die spezifischen Refinanzierungserfordernisse des einzelnen Hauses und seiner Leistungsbereiche anknüpft. Wir meinen aber, daß dieses neue System noch der Verfeinerung bedarf. Sie wissen, daß die KGNW, aber auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft - weil sich in den anderen Ländern das gleiche Problem stellt -, angeboten haben, hier Hilfe zu leisten. Wir haben das Deutsche Krankenhaus-Institut mit einem entsprechenden Untersuchungsprojekt beauftragt; Zwischenergebnisse liegen vor. Wir haben uns gerade in der vergangenen Woche ausgiebig damit befaßt und waren der Auffassung, daß auch das erneut noch einmal überlegt und verfeinert werden muß, nicht zuletzt auch deshalb, um der Gefahr vorzubeugen, daß sich hier aus einem neuen System, bei dem man an die Funktion und an den Abteilungszug anknüpft, andere fehlsteuernde Anreize ergeben könnten. Das ist sorgfältig zu überprüfen.

Wir schlagen deshalb zu diesem in die richtige Richtung zeigenden Ansatz vor, daß im Prinzip der § 21 so bleibt, wie im Entwurf skizziert, daß aber die Pauschalen anzuheben sind. Die hier vorgesehenen Summen reichen nicht aus. Das muß etwas höher getrimmt werden. Es sollte verbunden werden mit einer Verordnungs-ermächtigung, wie sie auch einige andere Länder vorgesehen haben, um elastisch und kurzfristig ein neues System über den Verordnungsgeber einspeisen zu können, das den Bettenzug, wie gesagt, vermengt mit anderen Bezügen, die ich angesprochen habe.

Letzte Bemerkung in dem Zusammenhang: Wir meinen, daß wir gerade bei der Unzulänglichkeit der zur Verfügung stehenden Mittel alle Chancen nutzen sollten, vom Verfahren her möglichst viel Ökonomie in die Förderung des Krankenhausbereichs zu bringen. Dazu gehört aus unserer Sicht die Notwendigkeit, in § 17 Abs. 1 mehrjährige Investitionsprogramme vorzusehen. Das hat sowohl für den politischen Raum als auch für die betroffene Seite erhebliche Vorteile, weil man langfristiger disponieren kann, insbesondere auch prompter Entscheidungen umsetzen kann. Sie wissen, daß jede Investitionsmaßnahme Planungsinvestitionen zur Voraussetzung hat; und wenn man mehrere Jahre überschauen kann, wann man dran ist, ist das natürlich besser zu terminieren, um die Verursachung

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

unnötiger Kosten zu vermeiden. Deshalb unsere Bitte, in § 17 die mehrjährige Planung vorzusehen.

Ich darf mich hierauf beschränken.

Augustinus, Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender! Herr Minister! Herr Staatssekretär! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Natürlich bedanken auch wir uns, daß man uns die Gelegenheit gegeben hat, zu dem Gesetz Stellung zu nehmen. Ich möchte nicht versäumen, mich auch dafür zu bedanken, daß über manche Anregung, die wir gerade zu den vorliegenden Entwürfen gemacht haben, ernsthaft diskutiert werden konnte und daß eine Reihe dieser Einreden auch berücksichtigt worden ist. Es liegt in der Natur einer solchen Stellungnahme, daß sie sich aber, um Zeit zu sparen, auf das beschränkt, was uns immer noch nicht hinreichend geklärt zu sein scheint.

Einige der Bedenken, die ich hier vorzutragen habe, sind verfassungsrechtlicher Natur. Dies gilt insbesondere für jene Vorschriften des Gesetzes, die unseres Erachtens dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 25. März 1980 zum Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen alter Fassung nicht hinreichend Rechnung tragen.

Insgesamt haben wir bei dem Gesetzentwurf das Bedenken, das er viele Fragen bis in Details der Abläufe im Krankenhaus gesetzlich regeln will, während er in den Fragen, die eigentlich dringend regelungsbedürftig sind - hier würde ich mich den Ausführungen meines Vorredners anschließen -, nämlich in Fragen der Finanzierung, nur sehr vage Regelungen vorsieht. Wir sähen es lieber anders herum, nämlich die Festschreibung der staatlichen Verpflichtung, die finanzielle Förderung im gebotenen Umfang vorzunehmen, dafür könnten dann andere Fragen etwas weniger genau geregelt werden.

Wir befürchten vor allem bei einigen der Regelungen in Detailfragen in den ersten Paragraphen des Gesetzes, daß sie geeignet sind, die Praxis im Alltag eher zu komplizieren und die Kosten in die Höhe zu treiben, als daß sie helfen, sie zu senken.

Ich darf zu einigen Einzelpunkten Stellung nehmen. Wenn auch in der jetzt vorliegenden Fassung die Organisationsfreiheit des kirchlichen Krankenhausträgers in § 5 - Patientenfürsprecher - weniger eingeschränkt ist als in den vorherigen Entwürfen, ist es nach wie vor unsere Überzeugung, daß die Bestellung eines Patientenfürsprechers von Gesetzes wegen einen unzulässigen Eingriff in die Organisationsfreiheit darstellt. Wenn man den Patientenfürsprecher, den wir im übrigen in den katholischen Krankenhausordnungen durchaus aus eigenem Entschluß vorgesehen haben, schon will, dann sollte man ihm aber nicht die Möglichkeit geben, an der Krankenhausverwaltung bzw. am Krankenhausträger vorbei sich direkt an die Behörde wenden zu können. Mit einer solchen Regelung wird deutlich, daß das Konzept, das hinter der Regelung steht, wohl weniger von dem Willen getragen ist, dem Patienten zu helfen,

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

als vom Mißtrauen gegen das Krankenhaus und seinen Träger. Diesen zu vermutenden Ansatz lehnen wir ganz ausdrücklich ab.

Wir empfinden es als ein ausgesprochenes Manko, daß die Seelsorge im Krankenhaus in dem Gesetz keine Regelung erfährt. Wir sehen das vom Patienten, nicht von der Religionsgemeinschaft her. Der Patient kann geistlichen Beistand wünschen, und dann muß der Zutritt des Seelsorgers gesichert werden. Es geht nicht an, daß unter dem Vorwand organisatorischer, hygienischer oder medizinischer Einwände der Besuch durch den Seelsorger verhindert wird. Für einen gläubigen Christen kann im Angesicht des Todes der Besuch eines Geistlichen von existentieller Bedeutung sein.

Wenn Sie mir eine persönliche Fußnote gestatten: Ich würde es selbst dann, wenn ich in einer Intensivstation zum Sterben käme, als eine ausgesprochene Unbilligkeit betrachten, wenn man mir verweigerte, daß ich in von einem Priester besucht würde, um die Sakramente empfangen zu können.

Daher fordern wir, das Recht auf Seelsorge für den Patienten, der dies will, im Sinne einer patientengerechten Fürsorge auch im Gesetzentwurf zu verankern.

Die Einrichtung der Arzneimittelkommission von Gesetzes wegen halten wir wiederum für einen Eingriff in die Organisationsfreiheit. Ich nehme dies als Beispiel, um zu sagen, daß man vernünftigerweise nicht bestreiten kann, daß diese Bestimmung wohl vernünftig ist. Aber man kann nicht über Vernunftgründe Rechte, die uns zustehen, einfach aushebeln oder außer Kraft setzen, weil eine bestimmte Vorschrift vernünftig ist.

Zu § 12 haben wir schwerste Bedenken gegen die Vorschriften in Abs. 3. Das Verwaltungsverfahrensgesetz und das Verwaltungsvollstreckungsgesetz regeln die Rechte der Aufsichtsbehörde umfassend. Darum meinen wir, dieser Absatz ist überflüssig und sollte daher ersatzlos gestrichen werden. Sollte jedoch beabsichtigt sein, über diese Vorschrift der Aufsichtsbehörde Rechte einzuräumen, die über die in den beiden Gesetzen genannten Möglichkeiten hinausgehen, dann würde damit geltendes Recht gebrochen. Dies müßte nicht nur den Widerstand der betroffenen Krankenhäuser und ihrer Träger herausfordern, sondern es müßte zudem das Vertrauen der Bürger zur Rechtllichkeit der Verwaltung erschüttern. Das hielten wir nicht für gut. Wir warnen ausdrücklich davor, diese Vorschrift bestehen zu lassen, nicht zuletzt auch deswegen, weil die die nach Abs. 4 vorgesehene untere Aufsichtsbehörde, sofern sie selber Krankenhausträger ist, in eine Konkurrenzsituation zu freien Krankenhausträgern stehen könnte.

Sollte sich der Gesetzgeber nicht in der Lage sehen, den Abs. 3 zu streichen, dann müßten wir den Krankenhäusern empfehlen, mit geradezu allergrößter Aufmerksamkeit darüber zu wachen, daß die Gesetzes- und Verwaltungsvorschriften, wie sie in den genannten Gesetzen enthalten sind, auch eingehalten werden.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Wir empfehlen deshalb, um Unklarheiten zu vermeiden, die Überschrift über den § 12 insgesamt zu ändern und nicht "Aufsicht", sondern "Rechtsaufsicht" zu nennen und den Text des Paragraphen der Überschrift anzupassen.

Mit dem § 14 haben wir unsere Probleme. Wenn ich es mal ganz hart sagen darf: Wir erheben Einspruch dagegen, daß die katholische Kirche als der größte Krankenhausträger im Land im Landesausschuß für Krankenhausplanung nicht unmittelbar beteiligt ist. Wir erheben diesen Einspruch nicht oder nicht nur deswegen, weil wir der größte Krankenhausträger im Lande sind, sondern auch aus grundsätzlichen Erwägungen. Das katholische Krankenhauswesen ist anerkanntermaßen für die Kirche und ihre Organisationen nicht die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge in freier Trägerschaft, sondern eine Wesens- und Lebensäußerung, die aus unserem Selbstverständnis erwächst. Es ist aber nicht nur vorstellbar, sondern es ist geradezu zu erwarten, daß die Gesichtspunkte, die die Kirche bei der Erstellung des Krankenhausplans einzubringen hat, andere sein könnten als die der Krankenhausgesellschaft. Daher bitten wir darum, den Text des Gesetzes insoweit zu ändern, als die durch die Krankenhausgesellschaft NW zu benennenden sieben Vertreter nicht Vertreter der Krankenhausgesellschaft sein können, die ja ein freier Zusammenschluß der Krankenhäuser oder der sie vertretenden Vereinigungen im Lande ist, sondern sieben Vertreter der Krankenhäuser oder der sie vertretenden Spitzenverbände im Lande sein müssen.

Wir haben in Anbetracht der praktischen Gegebenheiten keine Einwendungen dagegen, daß die Benennung der sieben Vertreter im Rahmen der Krankenhausgesellschaft erfolgt, wir sind aber nicht geneigt, den grundsätzlichen Anspruch einer eigenständigen Vertretung, unbeschadet des Verfahrens der Benennung, zurückzustellen.

Sodann haben wir gegen den Abs. 4 des gleichen Paragraphen das Bedenken, daß DAG, ÖTV und Marburger Bund als Beteiligte an der Krankenhausversorgung aufgeführt sind, nicht aber die Verbände der kirchlichen Bediensteten, die durch ein jüngst ergangenes Urteil ausdrücklich als tariffähig anerkannt sind. Bei der großen Anzahl von Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft stellen die Bediensteten dieser Häuser auch einen Großteil der im Krankenhauswesen Beschäftigten dar. Sie sind daher auch zu beteiligen. Dies gilt um so mehr, als ein Großteil von ihnen nicht in den genannten drei Organisationen vertreten ist. Wenn den Mitarbeitern in Krankenhäusern über ihre Vertretungen die Beteiligung gewährt wird, was wir ganz ausdrücklich begrüßen, dann kann diese Beteiligung nicht von der Organisation in bestimmten Gruppen abhängig gemacht werden. Dies hielten wir für eine eklatante Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes.

Zu § 15 möchte ich bemerken, daß wir Abs. 1 Satz 2 für eine wenig sinnvolle Bestimmung halten, weil es bei der kirchlichen Organisation durchaus möglich ist, daß ein Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft seinen Namen, die Rechtsform, den Sitz des Krankenhausträgers oder auch den Eigentümer des Krankenhauses

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

verändert, ohne daß sich im Tatsächlichen und an der Krankenversorgung irgend etwas ändert. Daher melden wir auch Bedenken gegen Abs. 2 Nr. 3 an, weil danach die Förderungsmittel auch dann einbehalten werden könnten, wenn der kirchliche Krankenhausträger aus Gründen, die der Ordnung seiner eigenen Angelegenheiten zugehören, Änderungen an den Tatbeständen aus Abs. 1 Nr. 2 vornimmt.

Ebenfalls erheben wir Bedenken gegen den Abs. 3, mindestens gegen den Teil "oder in einzelnen Abteilungen". Es ist aus der Praxis leicht nachzuweisen, daß in bestimmten Abteilungen sehr wohl Situationen entstehen können, die eine 75prozentige Auslastung nicht gewährleisten, obwohl die Betten vorgehalten werden müssen. Das gilt z. B. für Pädiatrischen Abteilungen in ganz besonderem Maße. Man sollte nicht übersehen, daß eine solche Regelung im Zweifelsfall auch zu einer unerwünschten Verlängerung der Verweildauer führen könnte.

In § 17 wenden wir uns gegen die Fassung von Abs. 1 Satz 2, und zwar gegen das Wort "Verwendung". Im Referentenentwurf stand die Formulierung "Bedarf", die wir für besser halten, weil nämlich mit der neuen Regelung unseres Erachtens de facto die Eigentumsrechte nicht mehr gesichert erscheinen, und dagegen würden wir auch aus verfassungsrechtlichen Gründen Bedenken erheben.

Ein Punkt, den wir bereits mehrfach vorgetragen haben - wir sehen auch die Schwierigkeiten, die dieser Punkt macht -, betrifft § 18. Im Abs. 1 wird über die Förderung von Investitionskosten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gesprochen. Wir tragen dagegen erneut das Bedenken vor, daß damit auch und gerade in Anbetracht der vorhersehbaren Haushaltslage keine rechtliche Nachprüfung der Förderentscheidungen gewährleistet sein kann. Wenn nämlich nicht alle entsprechenden Anforderungen erfüllt werden, ist aus dem Gesetzestext nicht mehr ersichtlich, nach welchen Gesichtspunkten die Verteilung der Mittel erfolgt. Da es sich bei der Förderung der Investitionskosten um eine gesetzliche Pflicht des Landes handelt, muß eine rechtliche Nachprüfung des Verteilungsmodus gewährleistet sein, soll diese Bestimmung nicht zu einem reinen Willkürparagrafen werden.

Wir tragen diese Bedenken vor, obgleich wir um die verfassungsrechtlich gebotene Verpflichtung, die gesetzten Rahmenbedingungen des Haushaltsrechts nicht zu überschreiten, wissen und sie auch bejahen. Gerade wegen dieser Rahmenbedingungen aber ist zu fordern, daß rechtliche Normen geschaffen werden, nach denen die Verteilung zu knapper Mittel erfolgt.

Zu § 19 möchte ich bemerken, daß wir in Abs. 3 die Nr. 1 als unbillig betrachten, weil sie eine sinnvolle Planung unmöglich macht. Wenn die Vorschrift nicht ganz gestrichen wird, ist mindestens das Wort "verwendet" durch das Wort "verplant" zu ersetzen.

Die größten und ernstesten Bedenken haben wir gegen die §§ 32 bis 35 vorzutragen. Gegen die Bestimmungen zur Krankenhausstruktur in

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

diesen Paragraphen wird aus verfassungsrechtlichen Gründen nachhaltiger Widerspruch erhoben. Sie sind mit dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom März 1983 nicht zu vereinbaren. Ich möchte auch unmißverständlich sagen, daß wir uns ausdrücklich vorbehalten, dies gegebenenfalls auch noch einmal nachprüfen zu lassen.

Wir halten unsere Bedenken deswegen für so gravierend, weil der angezogene Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes so eindeutig ist, daß er mit den hier vorgelegten Bestimmungen nicht in Einklang gebracht werden kann.

Ganz besonders möchten wir auf die Vorschrift hinweisen, daß der Abschlußbericht der zuständigen Behörde auf Verlangen vorzulegen sei, weil wir dies für eine Vorschrift halten, die der Rechtsgrundlage entbehrt und für die durch dieses Gesetz auch keine Rechtsgrundlage geschaffen werden kann. Tatsächlich wird nämlich durch diese Bestimmung eine gesetzliche Aufsicht über die Geschäftsführung eines Krankenhauses eingeführt, die inakzeptabel ist, weil seitens der Behörden ein Instrument der wirtschaftlichen Führung eines Hauses zu Aufsichtszwecken gebraucht werden könnte, auf die der Staat keinen Anspruch hat. Wenn der Staat nach Abs. 2 Nr. 3 und 4 auch das Recht hat, die Verwendung der von ihm gestellten Mittel nachzuprüfen, kann immer noch keine Rede davon sein, daß das behördliche Verlangen eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Einsicht in die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens oder der wirtschaftlichen Verhältnisse insgesamt findet. Wir bitten Sie sehr nachdrücklich, diese unsere Bedenken ernst zu nehmen, denn wir müßten es für verheerend halten, wenn sich der Landesgesetzgeber über einen Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes hinwegsetzen sollte. Wir haben unsererseits jedenfalls nicht die Absicht, eine Einschränkung verfassungsmäßiger Rechte unwidersprochen hinzunehmen.

Im großen und ganzen sind wir zwar von der Notwendigkeit des Gesetzes überzeugt - ich habe meine positiven Bemerkungen naturgemäß sehr kurz gehalten -, wir meinen aber, daß das Gesetz noch weiter verbesserungsbedürftig ist, und wir bitten um diese Verbesserung. Im übrigen treten wir in all den Punkten, in denen ich nicht ausdrücklich etwas gesagt habe, der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft bei.

Koegel-Dorfs, Evangelisches Büro Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender! Herr Minister! Herr Staatssekretär! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Auch ich bedanke mich zunächst herzlich, daß wir Gelegenheit haben, unsere Stellungnahme, die Ihnen auch schriftlich vorliegt, noch einmal hier in kürzerer Fassung mündlich vorzutragen. Besonders danken möchte ich auch für die mancherlei Möglichkeiten, die wir hatten, im Verfahren der Erarbeitung des Entwurfs bereits durch das Gespräch unseren Beitrag ebenfalls zu leisten.

Es liegt im Wesen der christlichen Kirche, daß das, was ich Ihnen jetzt vortrage, zu großen Teilen eine Wiederholung dessen ist, was mein Vorredner gesagt hat. Sie mögen das als ein Zeichen der

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Ökumene betrachten. Aber ich darf sagen: Das bedeutet, daß ich damit das bestätige und unterstreiche. Insoweit bedauere ich ausdrücklich nicht, daß ich Ihnen hiermit die eine oder andere Wiederholung zumute; ich werde mich dafür aber um so kürzer fassen.

Die tätige Nächstenliebe ist eine wesentliche Aufgabe für den Christen und wird von den christlichen Kirchen als kirchliche Grundfunktion verstanden. Alle der Kirche in bestimmter Weise zugeordneten Einrichtungen ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform sind Objekte, bei deren Ordnung und Verwaltung die Kirche grundsätzlich frei ist, wenn die Einrichtungen - darauf kommt es an - nach kirchlichem Selbstverständnis berufen sind, ein Stück des Auftrags der Kirche wahrzunehmen. Für die staatliche Rechtsetzungsbefugnis ergeben sich damit bestimmte materielle Grenzen; dem Staat obliegt größtmögliche Zurückhaltung.

Dies ist ein Zitat aus dem bereits genannten Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 25. März 1980 zum KHG NW vom 25. Februar 1975. Damit sei deutlich gemacht, warum der vorliegende Entwurf uns nicht voll befriedigen kann. Die hier vorgesehenen Eingriffe in das Organisations- und Selbstbestimmungsrecht kirchlicher Einrichtungen sind stärker, als daß wir darüber hinwegsehen könnten. Die Sorgen vor Vermehrung der Bürokratisierung in einer Einrichtung, die im Dienst am kranken Menschen steht und solche unnötigen Erchwernisse nicht erträgt - die wir teilen -, müssen dabei noch zurücktreten vor den grundsätzlichen Bedenken, die sich ergeben, wenn man den Entwurf an den Grundsätzen des genannten Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes mißt. Dabei sind die Anliegen, die den einzelnen Bestimmungen in der vorgeschlagenen Weise zu Grunde liegen, nicht nur verständlich, sondern werden von den kirchlichen Krankenhäusern begrüßt und erfüllt. Allein der Eingriff in die verfassungsmäßig garantierte Autonomie ist es, der hier von uns angesprochen werden muß. Dazu gehören beispielsweise § 4 - Kind im Krankenhaus -, § 5 - Patientenfürsprecher -, §§ 6 bis 9 - Sozialer Dienst, Qualitätssicherung, Krankenhaushygiene, Arzneimittel-Kommission. Bedenken ergeben sich im Blick auf die Aufsicht - § 12 - und die Prüfung - § 33 Abs. 3. Es darf nicht so sein, daß Beauftragte der Aufsichtsbehörden uneingeschränkten Zutritt verlangen können. Die Kommunen sind unter Umständen selbst Träger solcher Einrichtungen, also, wenn man so will, Konkurrenten. Es muß hier wie bisher bei einer eingeschränkten Rechtsaufsicht sein Bewenden haben. Und die Vorlage des Abschlußberichtes darf nicht durch schlichtes Verlangen der zuständigen Behörden gefordert werden können. Die hier vorhandene Undeutlichkeit muß bereinigt werden.

Die jetzt vorgesehene Verfahrensart bei der Aufstellung des Krankenhausplanes berücksichtigt den Rheinisch-Westfälischen Verband der im evangelischen kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV) nicht. Wenn 70 Prozent der Krankenhäuser in

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

unserem Land in konfessioneller Trägerschaft stehen, verwundern die in § 14 vorgesehenen Regelungen.

Auch zum Verfahren der Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 15) müssen wir die eingeengte Entscheidungsfreiheit der Träger ansprechen.

Zum gesamten Abschnitt 3: Der Versuch, für die Förderung ein besseres Verfahren zu finden, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Aber die enge Haushaltslage des Landes läßt befürchten, daß die an sich gewünschte Flexibilität der Handhabung und das Ziel des Bettenabbaus gerade nicht erreicht werden, weil der Wegfall einiger weniger Betten in zahlreichen Fällen das Fallen unter eine kritische Fördergrenze bedeuten würde. Hier wünschen wir uns im Sinne des notwendigen Bettenabbaus und im Sinne der notwendigen Zusammenarbeit geeignete Lösungen.

Nicht einverstanden sein können wir mit dem vorgesehenen § 24 Abs. 2, der bei einer Betriebsgefährdung über die Finanzlage des Trägers und seine Möglichkeiten hinaus bei gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen auch die Gesellschaft heranziehen will. Auch diese spezielle Art von Sphärentheorie ist unseres Erachtens rechtswidrig.

Der gesamte Abschnitt 4 - Krankenhausstrukturen - ist noch einmal im Blick auf die verfassungsrechtlichen Normen, die für kirchliche Krankenhäuser als Wesens- und Lebensäußerung der Kirche gelten und gelten müssen, zu überprüfen. Es ist unverständlich, warum angesichts der bekannten Rechtslage das kommunale Verfassungsrecht besonders erwähnt und berücksichtigt wird, gleiches aber für die Kirchen nicht der Fall sein soll.

Schließlich ist anzuzeigen, daß die Ausübung der Seelsorge und deren Schutz im Entwurf keine Erwähnung findet. Wir wünschen uns, daß hier etwa der Entwurf der saarländischen Landesregierung zu Grunde gelegt wird.

Abschließend noch ein Hinweis auf die Ihnen vorliegende schriftliche Stellungnahme der Evangelischen Kirche. Wegen der großen Bedeutung des Textes haben wir gemeint, Ihnen den zitierten Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes beifügen zu sollen. Die Bedenken, die wir zum Entwurf haben, beruhen vor allem auf dem, was in diesem Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes ausgesagt worden ist.

Abg. Arentz (CDU): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Meine Fragen werden sich an alle drei richten, die bisher vorgetragen haben. - Nachdem ich vor einigen Wochen der Presse entnommen hatte, daß der Herr Minister mitgeteilt hat, er habe nach Gesprächen mit den Kirchen den Konsens mit diesen im wesentlichen hergestellt, hat mich das hohe Maß an Kritik doch erstaunt, das hier von den Kirchen geäußert worden ist. Die Fraktion der CDU stimmt dieser Kritik voll zu.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Herr Dr. Prößdorf, Sie haben - wie auch die Nachredner - Stellung genommen zur Entbehrlichkeit einer Reihe von Bestimmungen, die im Abschnitt 1 dieses Gesetzentwurfes zu finden sind. Ich habe die Frage an Sie, ob sie uns in etwa einen Anhaltspunkt geben können, welche Kosten durch diese Bestimmungen des Abschnitts 1, also der §§ 3 bis 10, auf die Krankenhäuser zukommen und ob Sie der Auffassung sind, daß die dadurch entstehenden Kosten im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen von den Krankenkassen wohl als pflegesatzfähig anerkannt werden. Dies würde uns zur Beurteilung sehr interessieren.

Die zweite Frage an Sie, Herr Dr. Prößdorf, ist die nach Sinn oder Unsinn der Festlegung auch der Bettenzahl einzelner Abteilungen für das ganze Land im Krankenhausbedarfsplan, die der Gesetzentwurf vorsieht, und der damit verbundenen Vorschrift, die ja sonst keinen Sinn macht, daß auch diese Abteilungen, jedenfalls in einem Zeitraum von jeweils zwei Jahren, eine mindestens 75prozentige Belegung haben müssen. Es ist bereits darauf hingewiesen worden, daß dies für Kinderabteilungen praktisch nicht zu erreichen ist. Mich würde interessieren, wie Sie die Konsequenzen auch für die Belegabteilungen der Krankenhäuser im ganzen Lande Nordrhein-Westfalen bewerten.

Schließlich noch eine Frage an Sie, Herr Dr. Prößdorf, zu dem vorgeschlagenen Verfahren der Pauschalförderung. Sie haben erwähnt, daß im Deutschen Krankenhaus-Institut bzw. in Ihrem Hause an einem neuen Verfahren gearbeitet wird. Wir sind mit Ihnen der Auffassung, daß das hier vorgeschlagene Verfahren jedenfalls nicht als so ausgereift anzusehen ist, daß es so vom Landtag beschlossen werden sollte. Nun stammen die gegenwärtig geltenden Sätze der Pauschalförderung der Zehner-Mittel aus dem Jahr 1984. Die hier vorgesehenen Größenordnungen sollen nach Verabschiedung des Gesetzes zum 1. Januar 1988 in Kraft treten. Eine Anpassung dieser Sätze ist in einem Zweijahreszyklus vorgesehen, aber nicht mit einer Muß-, sondern mit einer Kann-Bestimmung. Man kann also in Anbetracht der Haushaltslage des Landes getrost davon ausgehen, daß die zwei Jahre überschritten werden. Halten Sie die hier vorgesehenen Größenordnungen der Anpassung der Pauschalförderung in Höhe von etwa 9 Prozent vor diesem Hintergrund - 1984 letzte Festlegung, Gültigkeit möglicherweise bis ins Jahr 1990 hinein - für ausreichend?

Um die Sache jetzt nicht zu verlängern, werde ich mich zu Fragen an die beiden anderen Herren später noch einmal melden.

Abg. Schmidt (SPD): Meine Damen und Herren, ich habe die Mahnung unseres Herrn Vorsitzenden noch im Ohr und möchte deshalb hier keine politische Absichtserklärung abgeben und keine Diskussionsbeiträge liefern, sondern konkret fragen. Ich möchte Sie, Herr Augustin, fragen, wo Sie ganz konkret die Bedenken sehen, die Sie für meinen Geschmack etwas nebulös angedeutet haben. Wo haben bestimmte Kriterien des Urteils des Bundesverfassungsgerichts in diesem Gesetzentwurf Ihrer Meinung nach nicht Platz gegriffen? Und wie könnten Sie sich denn eine bessere Transparenz der Förderung durch das Land vorstellen? Das

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

ist bei Ihnen angeklungen. Sie haben doch sicher auch Vorstellungen dazu: Punktwertung, Antrag/Zeit-Faktor oder wie auch immer. Das wäre für unsere weitere Beratung sicher von Bedeutung.

Frau Abg. Hieronymi (CDU): Herr Koegel-Dorfs, sie haben die Vorschrift des § 15 und insbesondere die Vorschriften zu den Auflassungsquoten nicht als geeignet angesehen, um das gemeinsame Ziel eines angemessenen Abbaus von Krankenhausbetten zu erreichen, und zwar deshalb, weil die berechtigten fachlichen Interessen einer angemessenen Krankenhausversorgung und die Interessen des Trägers unzureichend berücksichtigt sind. Sie sagten, daß Sie hier andere, geeignetere Maßnahmen wünschten. Ich verstehe Sie so, daß Sie die Notwendigkeit der Kooperation mit dem Krankenhausträger und die fachlichen Notwendigkeiten besser unter einen Hut bekommen wollen. Ich teile diese Einschätzung. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie uns in einigen Punkten skizzieren könnten, wie Ihrer Meinung nach solche geeigneten Maßnahmen aussehen könnten.

Abg. Reymann (SPD): Ich habe an den Vertreter des Katholischen Büros eine Frage zum Patientenfürsprecher: Nun könnte man sich auf den Standpunkt stellen, andere Länder seien klüger als wir, und sagen: Übernehmen wir doch vorbehaltlos die Bestimmungen über den Patientenfürsprecher aus dem Gesetz in Rheinland-Pfalz! Bei Kenntnis der Tatsache, daß Freiwilligkeit dem gesetzlichen Zwang sicherlich vorzuziehen ist, hätte ich gern gewußt, ob Sie sich andere Vorschriften vorstellen könnten, durch die wenigstens sichergestellt wird, daß diejenigen, die nicht wollen - aus welchen Gründen auch immer -, das tun, was die anderen bereits freiwillig getan haben. Im Klartext: Ich halte es im Interesse der Patienten für dringend geboten, ein solches Institut zu schaffen, weil die Erfahrung im Krankenhaus gezeigt hat - bei allem Wohlwollen von Schwester, Pflegepersonal, Arzt -, daß es bestimmte Bereiche gibt, um die sich eben in der Tat nur der Fürsprecher kümmern kann. Voraussetzung ist natürlich - das ist meine Bitte an Sie -, daß es Vorstellungen gibt, wie man das institutionell im Wahlverfahren verbessern könnte. Es heißt hier ja nur "bestellt".

Abg. Arentz (CDU): Ich habe noch eine Frage an die beiden Vertreter der Kirchen im Zusammenhang mit den §§ 12 Abs. 3 und 33, also bezüglich der Gefahr des funktionellen Hineinwirkens in die Autonomie der Krankenhäuser. Können Sie konkretisieren, welche Formulierungen und Passagen entweder gestrichen oder geändert werden müßten?

Zweite Frage - ebenfalls an beide -: Die kirchlichen Mitarbeiter sind - Herr Koegel-Dorfs hat darauf hingewiesen - in den vorgesehenen Beteiligungsorganisationen ÖTV und DAG in der Tat zu einem sehr geringen Prozentsatz organisiert. Können Sie uns zumindest Schätzwerte nennen über den Anteil der in Ihren Häusern Beschäftigten, die dort vertreten sind? Sie, Herr Koegel-Dorfs, haben auf die Vertretungsorganisation der evangelischen Seite hingewiesen. Meine Frage an Herrn Augustinus ist, ob es etwas Ähnliches auch auf der katholischen Seite gibt, was in § 14 zu berücksichtigen wäre.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Eine Frage zur Bewertung dieser Mitbestimmungsregelung insgesamt - auch an beide Vertreter der Kirchen - bezieht sich auf § 14 Abs. 5. Dort ist ja festgelegt, daß dann, wenn eine einvernehmliche Regelung zwischen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und dem Landesausschuß nicht zustande kommt, in jedem Falle der Minister alleine entscheidet. Halten Sie dies für eine ausreichende Regelung der Mitwirkung, oder könnten Sie sich andere, bessere Mitwirkungsregelungen vorstellen?

Schließlich: Herr Augustinus hat in § 18 das Fehlen von rechtlichen Normen für die Verteilung insgesamt zu knapper Mittel bemängelt. Ich halte das für einen in der Tat sehr interessanten und auch sehr realistischen Ansatzpunkt. Deswegen meine Frage: Haben Sie sich auch schon einmal Gedanken darüber gemacht, wie eine solche Normenfestlegung aussehen könnte? Oder umgekehrt gefragt: Halten Sie die Praxis der letzten Jahre, die darauf hinauslief, daß die kirchlichen Träger, die etwa 70 Prozent der Krankenhäuser stellen, rund 50 Prozent der Investitionsmittel des Landes bekommen, für hinreichend, oder sehen Sie da bereits einen Verstoß gegen die Pflicht zu einer fairen Verteilung insgesamt zu knapper Mittel?

Schließlich noch eine Frage zu § 24 - Anlaufs- und Umstellungskosten: Sehen Sie, Herr Augustinus, wie Herr Koegel-Dorfs bereits erwähnt hat, ebenfalls die Gefahr, daß bei kirchlichen Krankenhäusern im Grunde der Rückgriff auf das Vermögen der Kirche insgesamt genommen wird, bevor Leistungen des Landes gewährt werden?

Dr. Prößdorf: Herr Arentz hat drei Fragen gestellt. Zunächst die sicher sehr naheliegende, aber schwer zu beantwortende Frage nach der Quantifizierung der Kosten, die sich aus der Umsetzung der §§ 1 bis 10 ergeben. Herr Arentz, das ist natürlich sehr schwierig, weil das einmal von der individuellen Situation des einzelnen Hauses und von der Entwicklung der kommenden Jahre abhängt, aber auch von dem, was an Kopfsteuerung von oben kommt, einmal über die Aufsicht - ob das nun Rechtsaufsicht ist oder Fachaufsicht, das bleibt ja abzuwarten -, zum anderen aber beispielsweise auch von § 8, wie der Verordnungsgeber von der hier reklamierten Ermächtigung zum Erlaß einer Verordnung im Hygienebereich Gebrauch macht. Daß sich daraus Kosten ergeben können, liegt auf der Hand - auch saldierte Kosten. Denn Hygiene wird ja verbunden mit der Erwartung - das ergibt sich auch aus der Begründung, daß sich daraus auch Aktiva ergeben. Welche Vorstellungen damit verbunden sind, ergibt sich auch aus der Begründung. Da ist ja die in der Öffentlichkeit in jüngster Zeit wiederholt genannte Horrorzahl aufgegriffen worden, daß jährlich bis zu 20 000 Menschen an den Folgen solcher Infektionen, die man sich im Krankenhaus holt, sterben sollen. Das ist ein sehr schwieriges Feld.

Es ist völlig klar, daß die Krankenhäuser ja zur Hygiene sagen, und sie auch praktizieren. Es ist auch klar, daß man den Hygienebereich sicher noch optimieren kann. Die Frage ist nur, was man politisch und auch gesundheitspolitisch will. Danach kommt erst das Finanzielle. In den Eingangspassagen hebt der Gesetzgeber

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

sehr deutlich den Finger und sagt den Krankenhäusern: Daß ihr ja anständige Besuchszeitenregelungen einführt! Sie müssen sich vorstellen: Wir haben in der Bundesrepublik im vergangenen Jahr 12,6 Millionen Krankenhauspatienten gehabt. Wenn jeder auch nur ein einziges Mal besucht wird, dann sind das 12,5 Millionen Besucher, die ja an der Eingangspforte nicht auf hygienische Konditionen und sterile Kleidung abgeklopft werden, sondern in die Krankenhäuser hineinströmen. Die Patienten haben aber nicht nur einmal einen Besuch, sondern sehr viel mehr. Wenn Sie sich vorstellen, daß wir zehn Besucher pro Patient im Jahr haben, dann sind das 120 Millionen Menschen, die in die Krankenhäuser hineingehen und dort natürlich auch die hygienischen Verhältnisse mit induzieren.

Daß man sich dann im Krankenhaus infizieren kann, ist völlig klar. Wer ins Krankenhaus geht, ist ja in aller Regel krank und damit anfälliger. Wenn Sie also im Frühjahr während einer Grippeepidemie ins Krankenhaus gehen, sind Sie damit natürlich nicht gegen die Grippeinfektion gefeit. Daß es also im Krankenhaus in erheblichem Umfang auch zu Infektionen kommt, liegt völlig auf der Hand. Nur, die Kausalität nachzuweisen, festzustellen, woran es gelegen hat, ob es an Konditionen gelegen hat, die vom Krankenhaus gesetzt wurden und die man verbessern kann, das ist die große, spekulative Frage. Wir haben den Eindruck, daß die Krankenhäuser in der Bundesrepublik - das hat das Sachverständigengutachten bestätigt - einen sehr hohen Standard auch an Hygiene-Bewußtsein und Hygiene-Maßnahmen haben. Dies ist vor zehn Jahren durch die Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes auf eine sehr hohe Ebene gehoben worden; wir haben einige Jahre darum gerungen, das in einer abgestimmten Erläuterung dazu auch für die mittleren und kleinen Krankenhäuser machbar zu machen.

Wenn hier aber nun vom Landesgesetzgeber und vom Ordnungsgeber her der Anspruch erhoben wird, das noch zu verbessern - durch Reglementierungen -, dann liegt völlig klar auf der Hand, daß das Geld kostet. Und dann stellt sich die Frage: Wer bezahlt das? Soweit das Investitionen sind, muß das Land sie bezahlen. Ob es das kann und tut, bleibt abzuwarten. Die Lage brauche ich nicht noch einmal zu schildern.

Was die GKV anlangt, meine Damen und Herren - ich will das mal sehr vorsichtig sagen -, so liegt das auch im dunklen Schoße der Zukunft. Und wie der aussieht, hängt ab von der Finanzsituation der Kassen. Wie die Finanzsituation der Kassen heute schon Anlaß gibt, mit den Krankenhäusern zu verfahren, zeigt die Anwendung des neuen Rechtes in den letzten beiden Jahren, über die wir einen recht guten Überblick haben. Wir können das Jahr 1986 exakt überblicken, und für das Jahr 1987 sind für über 80 Prozent der Krankenhäuser die Budgetverhandlungen abgeschlossen.

Wir haben das im Vorfeld der letzten Sitzung der Konzertierten Aktion durch eine Umfrage bei 500 Krankenhäusern ermittelt. Wir haben einen Rücklauf von 295 gehabt. Wir glauben also, eine recht repräsentative Basis zu haben. Da haben wir allerdings festzustellen, daß die Kassen, also unsere Partner auf der anderen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Seite, in 75 Prozent der Budgetverhandlungen die Budgets nicht leistungsbezogen bemessen haben, sondern nur zu Pauschalanhebungen bereit waren. Und wir haben bei 74 Prozent der Krankenhäuser in diesem Jahr keine Kostendeckung mehr, sondern Unterdeckung. Wir haben bei 13 Prozent der Krankenhäuser die Notwendigkeit qualitativer Einschränkungen und bei 24 Prozent die Notwendigkeit quantitativer Leistungseinschränkungen.

Insgesamt liegen die Budgets in der Summe 1987 um nur 2,6 Prozent über den Ist-Abschlüssen für 1986. Das liegt deutlich unter dem Satz, mit dem die Krankenhäuser auskommen können. Bei dieser Perspektive in die Zukunft ist es also, wie immer Sie das quantifizieren wollen, eine ganz offene Frage, was denn der Kostenträger dazu mit auf den Tisch legen kann.

Langer Rede kurzer Sinn: Die Auswirkungen der §§ 1 bis 10 lassen sich nur sehr schwer spekulativ quantifizieren. Selbst wenn man sie quantifizieren könnte, muß aus heutiger Sicht mit einem Fragezeichen versehen werden, ob sowohl das Land als Investitionsverpflichteter wie auch der Kostenträger als Kostentragungsverpflichteter ihre Pflichten erfüllen werden - nicht weil sie nicht wollen, sondern weil beiden Seiten nur sehr enge Spielräume haben.

Ihre zweite Frage, Herr Arentz, richtete sich auf die Festlegung der Bettenzahlen, insbesondere auf die in § 15 Abs. 3 festgelegte Pflicht, abteilungsbezogen zu melden, wenn eine Abteilung nicht zu 75 Prozent ausgelastet ist. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß der Abteilungsbezug hier entfallen sollte. Die Regierungspräsidenten erhalten lückenlos die Kosten- und Leistungsnachweise der Krankenhäuser, in denen genau aufgeführt ist, inwieweit die einzelnen Abteilungen belegt sind. Es würde hier also ein bürokratisches Doppelmeldevorgang eingeführt werden. Ganz abgesehen davon könnten wir uns vorstellen, daß durch eine solche betonte Doppelmeldung mit der Erwartung, daß da dann ja auch Konsequenzen gezogen werden, kontraproduktive Entwicklungen induziert werden, weil natürlich dann jeder die Sorge hat: Wenn wir unter 75 Prozent Belegung sind, dann passiert irgend etwas.

Es wäre unter diesem Gesichtspunkt sicher sinnvoller, das etwas lockerer zu handhaben und in den Krankenhäusern auch mehr Flexibilität zu gewährleisten, als das bei einem sehr eng gestrickten Planungsmuster, das nur alle paar Jahre sehr mühsam angepaßt werden kann, der Fall ist.

Die letzte Frage von Ihnen war die nach der Pauschalforderung und den in § 21 enthaltenen Ansätzen über die Anhebung seit 1984. Wir sind der Auffassung, daß die Anhebung um 9 Prozent nicht ausreicht, um die seit 1984 gestiegenen Kosten abzufangen und in hohem Maße den Bedarf der Krankenhäuser abzudecken. Ich habe deshalb vorhin schon ausgeführt, daß wir meinen, die Sätze sollten in § 21 angehoben werden. Dabei darf ich zur Klarstellung noch einmal sagen: Im Prinzip halten wir die Richtung für richtig. Wir sehen auch die Schwierigkeit des Landes, aus dem Stegreif eine ausgereifte und verfeinerte Formulierung dieses Paragraphen im Gesetzgebungsverfahren aus dem Zylinder zu zaubern. Wir meinen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

deshalb, man sollte die Vorschrift so beschließen, wie sie hier vorgesehen ist - mit angehobenen Sätzen -, und mit einer Verordnungsermächtigung verbinden, wodurch man dann wirklich elastisch etwas nachschieben kann.

Wir wissen natürlich nicht, wann genau von der Seite der Krankenhausträger ein Vorschlag auf den Tisch gelegt werden kann. Dabei ist die Krankenhausträgerseite hier nicht nur als KGNW zu sehen, sondern als DKG. Dazu kann der Geleitzug sich möglicherweise auch noch einmal retardieren. Aber wir sind doch der Hoffnung, daß wir das in diesem Jahre schaffen können, so daß, wenn alles ganz optimal läuft, dieses Gesetz zusammen mit der Verordnung aus der Röhre könnte. Das wäre aus unserer Sicht die optimale Lösung.

Verordnung auch deshalb: Wenn sich das neue, verfeinerte System einige Zeit bewährt hat und sich dann Korrekturbedarf ergibt, wo beide einig sind: da sollte man möglichst so oder so gegensteuern, läßt sich das über eine Verordnung schneller und elastischer realisieren. Deshalb unser Vorschlag: zweigleisig, Gesetz und Verordnung.

Aber ganz eindeutig: 9 Prozent ist zu gering. Das müßte deutlich höher liegen.

Augustinus: Zunächst einmal: Die verfassungsrechtlichen Bedenken richten sich darauf, Herr Abgeordneter, wie Sie vermutlich schon erwarten, daß seinerzeit der Streit nicht zuletzt darum gegangen ist, daß das Krankenhausgesetz 1975 Vorgaben gemacht hat über die Leitung und die Direktionsstruktur eines Hauses. Das tut dieses Gesetz wieder. Das war damals einer der Punkte, deretwegen wir Verfassungsbeschwerde erhoben haben. Auch wenn die jetzige Fassung vergleichsweise gemildert ist, halten wir das dennoch für einen Eingriff in unsere Organisationsstruktur.

Vergleichbares gilt von den Paragraphen am Anfang, insbesondere die Vorschriften über Patientenfürsprecher, Soziale Dienste etc. Wir bestreiten nicht, daß viele dieser Vorschriften in der Sache durchaus vernünftig sind, aber wir wollen uns das nicht vor-schreiben lassen, und zwar deswegen nicht, weil wir eine solche gesetzliche Bindung für eine Einschränkung unserer verfassungsmäßigen Rechte halten.

Sie hatten auch nach dem Patientenfürsprecher gefragt. Ich darf es vielleicht an diesem Punkt verdeutlichen: Der Patientenfürsprecher ist in den kirchlichen Krankenhausordnungen für die katholischen Krankenhäuser durchaus vorgesehen. Wir sind mit Ihnen der Meinung, daß das moderne Gesundheitswesen tatsächlich nicht mehr ohne weiteres mit den gleichen fürsorglichen Maßnahmen begleitet werden kann, wie das vielleicht vor fünfzig Jahren möglich gewesen ist, weil die moderne Medizin, das moderne Krankenhauswesen tatsächlich Veränderungen im Ablauf des krankenhaushausmäßigen Pflegens von Kranken mit sich gebracht hat, die auch neue Überlegungen notwendig machen. Aber wir möchten doch darauf hinweisen, daß für uns der Patientenfürsprecher, wenn er überhaupt

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

einen Sinn machen soll, nicht eine Beschwerdeinstanz sein kann. Das ist hier zu verbuchen. Erst recht kann er keine Beschwerdeinstanz sein, die an der kirchlichen Leitung eines Hauses bzw. am kirchlichen Träger vorbei mit staatlichen Behörden verkehrt. Dieses wäre dann sozusagen ein doppelter Eingriff in unsere eigene Organisationsfreiheit. Ihnen ist sicherlich nicht unbekannt, daß der Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes, den ich hier angezogen habe, sehr deutlich gesagt hat, daß das Procedere innerhalb der Organisationsstruktur den Kirchen selbst überlassen bleiben muß. Wir sind damit nicht zufrieden. Wir haben dies vorgetragen und werden es auch weiter vortragen. Ich sage noch einmal: Wir werden dies gegebenenfalls - manches muß sich ja auch erst noch zeigen, wenn das Gesetz schließlich fertig ist - auch einer Nachprüfung unterziehen lassen, ob denn die neue Fassung des Gesetzes nun besser mit der Verfassung in Einklang zu bringen ist. - Ich hoffe, daß das Ihre Frage beantwortet, auch die nach dem Patientenfürsprecher.

Auf die präzise Frage, ob ich Regelungen sehe, wie man dies besser machen könnte: Ich gestehe offen, daß wir mit den Regelungen in Rheinland-Pfalz aus den gleichen grundsätzlichen Erwägungen ebenfalls nicht glücklich sind. Wir würden es für glücklicher halten, wenn man schon eine solche Bestimmung aufnimmt, eine Kann-Bestimmung zu nehmen, weil wir ohnehin bereit sind, dies zu tun. Eine Kann-Bestimmung bedeutet keine gesetzliche Verpflichtung im eigentlichen, engen Sinne des Wortes.

Dann die Frage der Verteilung der Fördermittel. Das Problem, das wir hier sehen, ist ein Problem des Mangels. Wir haben bei den Krankenhäusern derzeit landesweit einen Investitionsstau von etwas über 2 Milliarden DM, nicht nur bei den kirchlichen Trägern, sondern insgesamt. Wir alle wissen, daß sich das Land in einer Haushaltslage befindet, die man nun nicht gerade als besonders rosig oder als optimistisch zu beurteilen bezeichnen kann. Ich habe ja auch ausdrücklich gesagt, daß wir ganz nachdrücklich die verfassungsmäßigen Einschränkungen der Haushaltsbeweglichkeit des Parlaments und der Landesregierung durch die verfassungsrechtlichen Vorgaben bejahen. Aber wenn die Mittel zu knapp sind, d. h. wenn mehr Forderungen, die an sich durch das Gesetz gedeckt sind, erhoben werden, als tatsächlich gedeckt werden können, dann muß darauf bestanden werden, daß der Modus, nach dem verteilt wird, durchsichtig ist, schon allein deswegen, damit man nicht sozusagen den Keim der Zwietracht sät zwischen denen, die Krankenhäuser führen in diesem Lande, nach dem Motto: Der ist bevorzugt worden, und wir sind benachteiligt worden. Ich darf darauf aufmerksam machen, daß wir bei allem Zutrauen, das ich persönlich in die rechtliche Verfahrensweise staatlicher Behörden habe, natürlich in anderen Bereichen, wo es um die Finanzierung nach ähnlichen Modellen geht, unsere Erfahrungen haben, die uns nicht restlos optimistisch stimmen im Hinblick darauf, daß hier auch immer tatsächlich nach dem Gleichheitsgrundsatz verfahren wird. Deswegen möchten wir für die Verteilung des Mangels Regeln haben, die die Verteilungsmechanismen auch für denjenigen, der davon betroffen ist - vor allem, wenn er dadurch betroffen ist, daß er nichts erhält -, durchsichtig machen, warum er nichts er-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

hält. Ansonsten erscheint uns die Gefahr zu groß, daß zumindest im Bewußtsein derer, die davon betroffen sind, der Eindruck entstehen könnte, hier sei nach Gesichtspunkten entschieden worden, die mit der Rechtlichkeit des Verfahrens weniger zu tun haben als mit anderen Zusammenhängen, die ja nun auch denkbar sind.

Ich würde es dem Staat nicht einmal verargen, wenn er Häuser der öffentlichen Hand bevorzugen würde, weil ich das für ganz menschlich halte, aber ich muß auf der anderen Seite sagen: Gesetze sind nicht zuletzt dazu da, um solche Menschlichkeiten nach Möglichkeit zu verhindern und rechtliche Gleichstellung für alle zu gewährleisten.

Vergleichsweises gilt bei unseren Bedenken gegen die etwas einseitig ausgewählte Vertretung unserer Mitarbeiter. Ich habe keine Einwendungen dagegen, daß die drei genannten Verbände, die ÖTV, die DAG und der Marburger Bund als Vertreter von Teilen der Organisierten teilnehmen. Aber es ist ein dauernder Knackpunkt zwischen der ÖTV und uns, daß ein Großteil der kirchlichen Bediensteten auch im Krankenhauswesen eben nicht in dieser oder in vergleichbaren Organisationen organisiert sind. Wir haben, wie Sie wissen, den dritten Weg gewählt, wie er genannt wird; wir haben unsere eigenen Mitarbeitervertretungen, und wir haben auch die entsprechenden Bezugsgremien beim kirchlichen Dienstgeber. Es ist für uns sehr schwierig, wenn nicht Vorgaben von seiten des Gesetzgebers gemacht werden, wie eine solche Vertretung gemacht werden könnte, von uns aus zu sagen: Dann benennen wir diesen oder jenen. Es müßte de facto wohl so sein, daß aus dem Bereich der nicht in den genannten Organisationen organisierten kirchlichen Vertreter über die Mitarbeitervertretungen entsprechende Vertretungsorgane benannt werden.

Mir ist dabei deswegen ein wenig unwohl, weil dies notwendigerweise ein sehr kompliziertes Verfahren sein müßte, denn wir haben nicht den hohen Organisationsstand, den die genannten drei Organisationen haben. Aber wir haben die Mitarbeitervertretungen. Es geht uns hier um ein prinzipielles Anliegen, nämlich darum, daß nicht breite Teile der Mitarbeiter, die ja aus naheliegenden Gründen an diesem Verfahren beteiligt werden, einfach ausgespart bleiben.

Ich kann über die Zahlen der kirchlichen Mitarbeiter aus dem Handgelenk keine Angaben machen, aber ich bin gerne bereit, mich sachkundig zu machen und Ihnen die Zahlen zu gegebener Zeit nachzureichen.

Gegen die Regelungen des § 24 Abs. 2, die Spärenregelungen, haben wir aus grundsätzlichen Erwägungen - das haben wir auch vorgetragen - Bedenken. Ich habe allerdings, als ich dies bei Vorgesprächen zu dem Gesetz vorgetragen habe, gesagt: Wir werden prüfen, ob uns dies eventuell auch auf der finanziellen Seite außerordentlich weh tut. Da es aber um einem ganz konkreten und relativ eng eingrenzbaeren Fall geht, sind für uns die denkbaren ökonomischen Folgen weniger wichtig als die grundsätzliche Frage. Nur meinen wir, daß die grundsätzliche Frage nicht gelöst werden

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

kann im Zusammenhang nur mit dem Krankenhausgesetz, sondern, da der Begriff der Sphärenregelung immer noch durch die Köpfe und die Gespräche geistert, hier einmal eine grundsätzliche Klärung herbeigeführt werden muß, daß dies unserer Auffassung nach so nicht geht.

Was Ihre Frage angeht, ob wir der Regelung zustimmen können, die in § 14 Abs. 5 vorgesehen ist, daß der Minister im Streitfall dann selbständig entscheidet, müssen wir sagen: Wir haben es zwar immer gern, wenn der Staat sich mit seinen Entscheidungskompetenzen möglichst weit zurücknimmt, aber andererseits sehen wir, daß es auch um der Patienten willen Situationen geben könnte, in denen eine Entscheidung getroffen werden muß. Und dann meinen wir, daß vom Landesgesetzgeber her gesehen der Minister in der Tat die erste Adresse ist, diese Entscheidung zu fällen.

Koegel-Dorfs: Im Grunde bin ich der Meinung, daß die drei Vertreter, die Sie sich bisher als Vertreter der Träger angehört haben, sich hier deutlich und verständlich genug ausgedrückt haben, aber ich will die Gelegenheit doch gerne wahrnehmen, um noch einmal zu präzisieren, worum es geht. Die Hartnäckigkeit bitte ich dabei mit Ihrer Nachsicht zu begleiten; sie muß sein, denn wenn das Bundesverfassungsgericht Grundsätze aufgestellt hat, so sind wir alle verpflichtet, diese einzuhalten.

Das kann man sehr schön deutlich machen eben an dem noch einmal angesprochenen Beispiel Patientenfürsprecher. Ich darf aus dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes zitieren, wo es im Blick darauf, daß der staatliche Gesetzgeber, der selbstverständlich ein Gesetz schaffen will, das für alle gilt, auf Grenzen stößt. Es heißt dort:

... daß jedes in diesem Sinne dem kirchlichen Selbstbestimmungsrecht Schranken ziehende Gesetz seinerseits auf eine ebensolche Schranke stößt, nämlich auf die materielle Wertentscheidung der Verfassung, die über einen für die Staatsgewalt unantastbaren Freiheitsbereich hinaus die besondere Eigenständigkeit der Kirchen und ihrer Einrichtungen gegenüber dem Staat anerkennt.

Jeder von uns will doch sicher, daß dies beachtet wird. Deshalb heißt das eben: Für die staatliche Rechtsetzungsbefugnis - in dem Prozeß befinden wir uns hier - sind bestimmte materielle Grenzen vorhanden.

Wenn man den Patientenfürsprecher im Gesetz verankern will, so müßte das eben erstens so geschehen, daß dabei berücksichtigt wird, daß die Kirchen dieses Anliegen, das wir ja nicht nur voll teilen, sondern das unser ureigenstes Anliegen ist, ihrerseits selbständig regeln und eine Vorschrift gefunden wird, die für andere Träger ihre Gültigkeit hat.

Ich bin dann nach der Möglichkeit gefragt worden, einen Bettenabbau vorzunehmen und wie denn hier Regelungen aussehen könnten. Auch ich muß sagen: Das Wort "kontraproduktiv" trifft wohl den

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Kern dieses Problems. Die Notwendigkeit bejahen wir; ich kann das nur noch einmal unterstreichen. Und wenn man so will: Die Menschlichkeit ist auch hier erkennbar; die Krankenhäuser müssen an sich selbst denken. Sie sind wirtschaftliche Betriebe. Durch finanzielle Strafen erreicht man bestimmt keinen guten Willen, am Bettenabbau mitzuwirken. Es kann sich also nur um das Gegenteil handeln, und das sind finanzielle Anreize. So würde man das Ziel bestimmt am ehesten erreichen.

Zu § 12. Ich darf, da dies noch einmal nachgefragt worden ist, ausdrücklich die gerügten Formulierungen noch einmal ansprechen. In § 12 Abs. 3 heißt es eben, daß den Beauftragten der Aufsichtsbehörde Zutritt zu gewähren ist. Das bedeutet, daß die Aufsichtsbehörde, die selber Träger eines Krankenhauses ist - wir haben es ja deutlich gesagt - und sich damit in einer Konkurrenzsituation befindet, sich gleichzeitig Informationen verschaffen kann, die ihr eigentlich gar nicht zustehen. Das kann nicht so bleiben. Ähnliches kann ich sagen zu dem angesprochenen § 33 Abs. 3. Das liest sich zwar so, daß man fast darüber hinwegsehen könnte: im übrigen nur auf deren Verlangen. Aber inhaltlich heißt das doch, daß dann, wenn das Verlangen geäußert wird, der Abschlußbericht eben vorgelegt werden muß. Wiederum geht es hier darum, daß damit Details, die andere nichts angehen, in andere Hände übergehen. Deshalb muß hier eine größere Deutlichkeit erreicht werden. Vielleicht ist hier etwas Verständliches gemeint; dann muß es aber auch verständlich, ja mehr noch: eindeutig ausgedrückt werden.

Zu der in der Tat nicht ganz einfach zu beantwortenden Frage, ob wir denn mit § 14 Abs. 5 einverstanden sind, nämlich damit, daß der Minister am Schluß, wenn keine Einigung zustande kommt, allein entscheidet: Hier geht es wirklich darum, die größte Weisheit anzuwenden. Wahrscheinlich muß ein Gesetz Regelungen vorsehen, die dann, wenn der gute Wille nicht zum Ziel führt, am Ende eine Entscheidung möglich machen. Vielleicht gibt es aber noch bessere Möglichkeiten. Darüber sollte nachgedacht werden.

Zu § 24 Abs. 2, Stichwort Sphärentheorie: Da müssen wir sehr hartnäckig sein, und wir werden es auch bleiben. Es kann nicht sein, daß sozusagen noch über die finanzielle Situation des Trägers hinaus die Gesellschafter mit herangezogen werden können.

Schließlich zum Organisationsgrad im kirchlichen Mitarbeiterverband; das betrifft den § 14 Abs. 4: Dieser Organisationsgrad ist bei uns recht hoch; er liegt, ohne daß ich Ihnen jetzt präzise Zahlen sagen kann, bei uns sicher über 50 Prozent.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Dr. Seifert (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen): Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordneten! Herr Minister! Herr Staatssekretär! Auch ich bedanke mich für die Gelegenheit, namens der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen erneut zu dem Entwurf eines Landeskrankengesetzes Stellung nehmen zu können. Bei einem Vergleich des Referentenentwurfes mit dem Regierungsentwurf haben wir mit Befriedigung festgestellt, daß die Landesregierung einen Teil unserer Anregungen aufgegriffen hat. Wir begrüßen es auch, daß die verfassungsrechtlich gezogenen Grenzen bezüglich der Strukturbestimmungen für alle Krankenhäuser gelten sollen. Sofern auch in dem Regierungsentwurf noch Strukturbestimmungen enthalten sind, so ist sicher das Bemühen der Verfasser des Entwurfs erkennbar, die vom Bundesverfassungsgericht gezogenen Grenzen einzuhalten. Das ist nach unserer Auffassung jedoch nicht in jedem Einzelfall gelungen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß sich eine Unerträglichkeit auch aus der Addition von Einzelbestimmungen ergeben kann, über die sich dann auch noch - das bitte ich im Zusammenhang zu sehen - eine omnipotente Staatsaufsicht spannt.

Hier wird nach Auffassung der freien Wohlfahrtspflege eine besondere Problematik in dem vorliegenden Gesetzentwurf deutlich. In dieser Hinsicht scheint uns der erste Leitsatz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 25. März 1980 noch nicht hinreichend beachtet worden zu sein, wonach der Gesetzgeber auch im Bereich der sogenannten Jedermann-Gesetze gehalten ist, Zurückhaltung zu üben, auch wenn er mit seinen gesetzgeberischen Vorstellungen den unantastbaren Kern des Selbstbestimmungs- bzw. Selbstverwaltungsrechtes nicht berührt. Unbehagen löst bei der Freien Wohlfahrtspflege auch das Unterfangen aus, Humanität im Krankenhaus mit Gesetzeszwang festschreiben zu wollen. In der Begründung des Gesetzentwurfes heißt es wörtlich,

... daß der Humanität im Krankenhaus heute ein weit größerer Stellenwert zugemessen wird als noch vor wenigen Jahren.

In dieser Form handelt es sich wohl um 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 welchen sonstigen Gründen und Motivationen haben denn die Träger freigemeinnütziger Krankenhäuser sich dieser schwierigen und verantwortungsvollen Aufgabe seit mehr als einem Jahrhundert angenommen und trotz vieler Widerwärtigkeiten dabei auch durchgehalten? Glaubt denn der Gesetzgeber, ethische Vorstellungen, die in dem Bewußtsein der Menschen liegen, normativ bestimmen zu können?

Solche Gesetzesbestimmungen sind überdies, wie wir meinen, nicht justitiabel, will man nicht Gesinnungsfragen mit Hilfe obrigkeitlichen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Zwangs durchsetzen. Wir bitten zur Kenntnis zu nehmen, daß die freigemeinnützigen Krankenhäuser in unserem Lande solche Bestimmungen, wie wohlmeinend sie auch gedacht sein mögen, als Bevormundung empfinden. Um Mißverständnissen vorzubeugen: In inhaltlicher Hinsicht bestehen insoweit keinerlei Meinungsverschiedenheiten zwischen uns. Wir wenden uns nur gegen die Methode, Dinge, die ethisch begründet sind oder die auf der freien Willensentscheidung mündiger Bürger beruhen, mit Gesetzeszwang belegen zu wollen. Wir fühlen uns in dieser Hinsicht vom Land nicht als Partner behandelt. Wir wären seitens der freien Wohlfahrtspflege durchaus bereit, uns in diesen und ähnlichen anderen Fragen mit dem Land auf dem Weg der Vereinbarung oder der rechtsverbindlichen Erklärung zusammenzufinden.

Zu diesen Fragen gehört nach unserer Auffassung - das möchte ich noch einmal verdeutlichend sagen - auch eine einvernehmliche Regelung über die Gewährleistung der äußeren sächlichen Voraussetzungen für die Ausübung ungestörter Krankenhausseelsorge 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.

Eine konkrete Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen des Gesetzesentwurfes behält sich unsere Arbeitsgemeinschaft vor. Aus Zeitgründen war es bisher nicht möglich, eine solche Stellungnahme vorzulegen. Ich will an dieser Stelle nur einige uns wesentlich erscheinende Bestimmungen ansprechen.

Zu § 1 Abs. 1: Wir halten es für unausgewogen, wenn die bundesgesetzlichen Vorgaben einseitig wiederholt werden, indem das Landesgesetz nur zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen soll, während der vorrangige Gesetzeszweck, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, unerwähnt bleibt. Wir hoffen, daß das nur ein Versehen ist.

Die Bestimmung über den Patientenfürsprecher - § 5 - ist zwar inzwischen tendenziell auf eine betriebsinterne Einrichtung zurückgeführt worden, was von uns begrüßt wird; systemwidrig ist jedoch, wie schon mehrfach erwähnt, die Vorschrift in § 5 Abs. 2, daß der Patientenfürsprecher sich in schwerwiegenden Fällen an die zuständige Behörde wenden kann. Damit wird der Patientenfürsprecher doch wieder zum Teil zum Erfüllungsgehilfen der Staatsaufsicht. Das ist nach unserem Verständnis mehr als nur ein Schönheitsfehler. Wir bitten daher um Korrektur.

Daß der Staat über die Einhaltung der von ihm erlassenen Rechtsvorschriften zu wachen hat, ist unter uns sicher unbestritten. In § 12 vermissen wir jedoch eine Aussage darüber, daß sich diese Aufsicht im Rahmen der geltenden Gesetze zu bewegen hat, also Rechtsaufsicht und nicht etwa Fach- und Zweckmäßigkeitssaufsicht ist. Eine Aufsicht im zuletzt genannten Sinne wäre unter Umständen verfassungsrechtlich bedenklich, was sich freilich nur im konkreten Einzelfall

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

abschließend beurteilen läßt. Auf jeden Fall liegt hier für die Beteiligten und für die Betroffenen eine Gefahrenquelle, die durch eine stringenter Bindung insbesondere von § 12 Abs. 3 an rechtsstaatliche Erfordernisse eingegrenzt werden sollte.

§ 18 Abs. 1 ist zumindest insofern mißverständlich abgefaßt, als aus dieser Bestimmung 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 für eine Förderung ist. 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 Gesetzentwurfes, der im Vergleich zu dem Referentenentwurf zweifellos systematische Verbesserungen enthält, Vorschriften aus dem haushaltsrechtlichen Anwendungsbereich als Lex specialis für die Krankenhäuser übernommen worden, die unseres Erachtens nicht allenthalben der rechtlichen Sonderstellung, die die Krankenhausfinanzierung kraft Bundesrecht einnimmt, entspricht. Zu diesem Problembereich hat sich die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen bereits ausführlich geäußert, und sie wird das auch noch einmal tun, so daß ich es bei diesen grundsätzlichen Hinweisen bewenden lassen kann.

§ 21 betrifft die pauschale Förderung. Zu dieser Vorschrift kann ich im Sinne meiner Vorredner bemerken, daß ein Schritt in die richtige Richtung getan wird. Der Refinanzierungsbedarf eines Krankenhauses im Bereich der Anlagegüter wird erfahrungsgemäß nicht ausschließlich nach der Zahl der Betten fachgerecht bestimmt, im übrigen auch nicht, wie vorgeschlagen worden ist, nach etwaigen Fallzahlen, denn diese haben ebenfalls eine zu starke Auswirkung auf die Bettenzahl und bestimmen nicht vorrangig den Refinanzierungsbedarf von Anlagegütern. Maßgeblich bestimmend hierfür ist vielmehr die Art der Fachabteilung, wie im Gesetzentwurf angedeutet wird. Da für eine sachgerechte Regelung detailliertere Bestimmungen erforderlich sind, raten wir - auch im Einvernehmen mit der Krankenhausgesellschaft - dringend dazu, für die nähere Ausgestaltung eine Rechtsverordnung vorzusehen.

Schließlich sei noch eine kritische Bemerkung zu § 33 - Abschlußprüfung - erlaubt. § 33 Abs. 3 Satz 2 entspricht nach unserer Auffassung nicht dem Rechtsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit. Das gilt insbesondere für den Fall, daß der Bestätigungsvermerk nur eingeschränkt erteilt wird. Das kann aus sehr verschiedenen Gründen geschehen, ohne daß dies ein Indiz für desolate wirtschaftliche Verhältnisse eines Krankenhauses zu sein braucht. Im übrigen ist, was den letzten Halbsatz angeht, die Formulierung nicht seriös abgefaßt. Nach der erwähnten Formulierung kann die zuständige Behörde die Vorlage des Prüfungsberichtes immer begehren. Da es sich hier um einen sehr massiven und belastenden Eingriffstatbestand handelt, ist dieser aus rechtsstaatlichen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Gründen von Gesetzes wegen an konkrete Anlässe zu binden. Wir hielten es für rechtlich einwandfreier, wenn der Krankenhausträger der zuständigen Behörde unter Angabe der Gründe anzuzeigen hätte, wenn der Prüfungsvermerk nur eingeschränkt erteilt oder wenn seine Erteilung völlig versagt worden ist. Die zuständige Behörde kann dann beurteilen, ob die Vorlage des gesamten Prüfungsberichtes geboten erscheint.

Meine Damen und Herren, die vorgetragenen Bedenken erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ich bitte Sie, meine Ausführungen als einen wenn auch zum Teil kritisch gehaltenen, so doch konstruktiven Beitrag zur Ausgestaltung der anstehenden landesrechtlichen Regelungen aufzufassen. Ich bitte Sie ferner, daraus zu entnehmen, daß die freie Wohlfahrtspflege auch auf dem Gebiet des Krankenhauswesens weiterhin zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit bereit ist. Bitte sorgen Sie mit dafür, daß uns dies auch in Zukunft möglich bleibt.

Frau Robbers (Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände): Für die kommunalen Spitzenverbände ist die im Regierungsentwurf wie auch schon im Referentenentwurf vorgesehene Regelung neu, daß die Krankenhausumlage, die die Gemeinden bisher zu leisten hatten, in Zukunft entfallen soll. Wir begrüßen diese Regelung natürlich außerordentlich, müssen hier aber feststellen, daß wir dies nicht als ein Geschenk ansehen können, weil dem Kürzungen in Milliardenhöhe im Rahmen des Finanzausgleiches entgegenstehen.

Ein weiterer Punkt: Wir haben uns bisher immer dafür eingesetzt, daß im Zuge der Novellierung des Gesetzes auch weiterhin dem Grundsatz Rechnung getragen wird, daß alle Träger gleichbehandelt werden. Wir danken sehr dafür, daß dem im Regierungsentwurf voll Rechnung getragen wird. Bei eventuellen Novellierungen bitten wir dem auch weiterhin Rechnung zu tragen.

Von den Vertretern der freien Wohlfahrtspflege und des Katholischen Büros sowie des Evangelischen Büros sind kritische Anmerkungen zu den einzelnen Bestimmungen über die Krankenhausförderung gemacht worden. Wir schließen uns Stellungnahmen in diesem Sinne an und teilen auch die Bedenken, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft hinsichtlich der Förderung und der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel für Krankenhausinvestitionen vorgetragen hat. Ich beziehe mich hier auf die einschlägigen Ausführungen und brauche in der Sache nicht noch einmal im einzelnen Stellung zu nehmen.

Wir haben Ihnen bereits eine kurzgefaßte Stellungnahme zugeleitet. Unsere ausführliche Stellungnahme habe ich mitgebracht. 150 Exemplare sind mit der Post an Sie unterwegs. Ich möchte hier unsere Hauptbedenken ansprechen. Die sonstigen Bedenken bitte ich Sie aus unserer Stellungnahme zu entnehmen. Die Hauptbedenken beziehen sich auf die

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Krankenhausförderung. Wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft meinen auch wir, daß die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser nach dem neuen Gesetz nicht gewährleistet ist. Vor allem bedauern wir, daß die Vergabe und Verwendung der Fördermittel durch restriktive Vorgaben unerträglich reglementiert und bürokratisiert worden ist. Der Rechtsanspruch der Krankenhausträger auf ausreichende Förderung der notwendigen Krankenhausinvestitionen wird unseres Erachtens in unzulässiger Weise eingeschränkt, so daß die Krankenhausträger erheblichen Unsicherheiten ausgesetzt sind, ob und wann sie überhaupt mit einer Förderung rechnen können oder sogar Rückforderungen befürchten müssen. Darüber hinaus wird der Entscheidungsspielraum der Krankenhausträger durch die Bestimmung über die Verwendung von pauschalen Fördermitteln noch weiter eingeschränkt. Wir möchten bitten, die notwendigen Korrekturen, die wir in unserer Stellungnahme im einzelnen dargestellt haben, vorzunehmen. Insbesondere stört uns, daß bei der Nachbewilligung von Fördermitteln nach § 20 Abs. 2 Satz 5 auf nachträgliche unabweisbare behördliche Anordnungen abgestellt wird. Das ist unseres Erachtens nicht zulässig. Auch hier bitten wir den von uns vorgeschlagenen Änderungen Rechnung zu tragen. Weiterhin meinen wir, daß der Anspruch der Träger durch die Möglichkeit unzulässig eingeschränkt wird, bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen die Bewilligung nachträglich einzuschränken. Die Träger sind in vollem Umfang von den Planungsentscheidungen des Landes abhängig. Insofern muß man sich zumindest bemühen, das Risiko erträglich zu gestalten.

§ 21, der die pauschale Förderung betrifft, ist schon mehrfach angesprochen worden. Im Grundsatz möchten wir uns der Meinung der Deutschen Krankenhausgesellschaft anschließen. Wir begrüßen den vorgeschlagenen Weg, die Förderung nicht mehr ausschließlich an der Bettenzahl zu orientieren. Wir meinen jedoch, daß dieser Vorschlag noch sehr unausgewogen ist. Die Punktbewertung können wir nicht nachvollziehen, auch wenn wir das in der Begründung zitierte Gutachten nachlesen. Es sind nur Einzelheiten übernommen worden. Insofern ist zunächst nur ein erster Einstieg vorgenommen worden. Ein überzeugendes Konzept liegt unseres Erachtens bislang nicht vor. Als kommunale Spitzenverbände müssen wir - insbesondere für den Landkreistag Nordrhein-Westfalen und den Städtetag Nordrhein-Westfalen - zu diesem Paragraphen anmerken, daß er eine Benachteiligung der großen Krankenhäuser bedeutet. Es ist schon dargelegt worden, daß die durchschnittlichen Kostensteigerungen bei der Anhebung der Pauschale um knapp 9 % berücksichtigt worden sind. Das bedeutet, daß die kleinen Krankenhäuser einen höheren Zuschlag bekommen. Bei den großen Krankenhäusern - wir haben es in einigen Fällen nachgerechnet - wird die Pauschale nicht einmal um 2 % angehoben. Die Pauschalwerte gelten seit 1984 und sollen bis 1989 gelten. Jeder kann nachvollziehen, daß bei einer Anhebung der Pauschale für die großen Krankenhäuser um weniger als 2 % die Kostenentwicklung in keiner Weise abgefangen werden kann. Wir bitten, auch in diesem Punkt die Gleichbehandlung aller Träger durchzusetzen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Ich glaube, Sie stimmen mit mir darin überein, daß auch die großen Krankenhäuser einen wertvollen Beitrag im Rahmen unserer Krankenhausversorgung leisten. Wir setzen uns ebenso für die kleinen Krankenhäuser ein, meinen aber, daß auch die großen Krankenhäuser die entsprechenden Mittel bekommen müssen, um die ihnen zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Gerade die großen Häuser mit besonderen Schwerpunktaufgaben haben einen erheblichen Aufwand im Bereich der Medizintechnik, der verständlicherweise entsprechend teuer ist. Hier ist die Refinanzierung in keiner Weise gesichert. Wir schlagen daher vor, im Gesetz ~~weder~~ eine vierte Anforderungsstufe einzuführen. Mit den drei Anforderungsstufen kommen wir unseres Erachtens im Bereich der großen Krankenhäuser nicht zu recht. Ein Blick in die Gesetze bzw. Gesetzentwürfe der anderen Länder zeigt, daß in fast allen anderen Ländern vier Anforderungsstufen beibehalten werden. Der in Nordrhein-Westfalen in der höchsten Anforderungsstufe vorgesehene Betrag von 4 100 DM wird in allen anderen Ländern in der vierten Anforderungsstufe wesentlich überschritten; dort wird sogar ein Betrag von über 5 000 DM erreicht. Ich bitte, dies mit zu berücksichtigen - das ist für uns ein ganz wichtiger Punkt -; ansonsten würden die großen Krankenhäuser im Laufe der Jahre ausbluten.

Gerade wegen der noch bestehenden Unsicherheiten, ob die pauschale Förderung in der vorgesehenen Form richtig ist, schlagen auch wir vor, das Fördersystem insgesamt im Rahmen einer Rechtsverordnung zu regeln und den angekündigten Vorschlag, bezüglich dessen wir in der Krankenhausgesellschaft als beteiligte Verbände eine Abstimmung vornehmen werden, um ein gerechtes System zu finden, in einer Verordnung zu verankern.

Auch die Vorschriften in § 22 über die medizinisch-technischen Großgeräten finden nicht unsere Zustimmung. Wir meinen, hinter diesen Vorschriften steckt eine - wenn ich mir dieses Wort hier erlauben darf - besondere Schlitzohrigkeit. Man muß schon genau hinschauen, um die Unterschiede zu Vorschriften des Referentenentwurfes herauszufinden. § 22 bezieht sich nicht mehr nur auf die Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte, sondern auch auf die Beschaffung. Nach § 22 - ich hoffe, es ist nicht so gemeint - müßten die Krankenhäuser in Zukunft medizinisch-technische Großgeräte mit den kurzfristigen Pauschalmitteln beschaffen und wiederbeschaffen. Die Pauschalmittel gerade für die großen Krankenhäuser mit hohem medizinisch-technischen Aufwand reichen ohnehin nicht aus, und Beschaffungen oder gar Wiederbeschaffungen medizinisch-technischer Großgeräte können mit diesen Mitteln erst recht nicht vorgenommen werden. Sie müssen weiter berücksichtigen, daß die Wertgrenzen, bis zu denen frei gewirtschaftet werden kann, angehoben worden sind. Bei der Anhebung der Pauschalbeträge wurde das in keiner Weise berücksichtigt. Wir sind zwar dafür, daß der Träger mehr Spielraum bekommt, um auch kleinere Baumaßnahmen zu tätigen, ohne vorher das Land zu befragen; wir meinen jedoch, daß dann auch ein entsprechender finanzieller Rahmen gegeben sein muß. Insofern ist auch aus diesem Grunde eine Anhebung der Förderpauschalen insbesondere in der letzten Anforderungsstufe notwendig. In dieser Hinsicht

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

sind, wie wir meinen, Korrekturen dringend notwendig.

Ein besonderes Problem auch der kommunalen Krankenhäuser wird in § 32 angesprochen. Nach der vorgesehenen Vorschrift sind Zusammenschlüsse mehrerer planungsrechtlich selbständiger Krankenhäuser zu einer leistungsfähigen organisatorischen Einheit in Zukunft gesetzlich nicht mehr möglich. Wir meinen, dies widerspricht jedem wirtschaftlichen Verhalten. Uns kann niemand überzeugend darlegen, warum mehrere Krankenhäuser nicht mit einer Betriebsleitung sowie mit einem Sondervermögen geführt werden können. Daß man niedrigere Förderpauschalen pro Bett zahlen will, kann doch kein Motiv dafür sein, einen wirtschaftlich und organisatorisch sinnvollen Zusammenschluß zu verhindern. Wir bitten daher, den bisherigen § 15 des Krankenhausgesetzes beizubehalten, in dem steht, daß Zusammenschlüsse von Krankenhäusern innerhalb eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig sind.

Lassen Sie mich eine weitere Vorschrift ansprechen, die auf unsere Bedenken stößt. Mich wundert, daß sie vorher noch nicht angesprochen worden ist. Ich nehme aber an, daß alle Verbände in ihren schriftlichen Stellungnahmen darauf eingehen werden. Es fehlt die Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung für die mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten. Wir empfinden es als ein Desaster, daß jetzt bereits dreijährige Ausbildungen laufen und Verträge abgeschlossen worden sind, ohne daß jemand weiß, wie die letzten Jahre dieser Ausbildung finanziert werden sollen. Im Referentenentwurf war hierzu noch eine Regelung vorgesehen. Der Bund hat sich klar in dem Sinne geäußert, daß er einer Verlängerung der Regelung im KHG nicht stattgeben will. Die Kassen sollen also mit diesen Kosten auch weiterhin nicht belastet werden. Wenn Sie es über den Bundesrat nicht durchsetzen können, daß hier weiterhin eine Regelung in Anbindung an den Pflegegesetz erfolgt, bitten wir darum, eine entsprechende Regelung im Krankenhausgesetz des Landes zu treffen.

Meine letzte Bemerkung betrifft die Ausbildungsplätze für Ärzte im Praktikum. Wir vermissen in der Begründung zu dem Gesetzentwurf einen Hinweis, daß das Land gegebenenfalls die notwendigen Mittel bereitstellen wird, sofern es nicht gelingt, über die von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Stellen eine Kostenneutralität zu erreichen. Wir haben in unseren Stellungnahmen wiederholt betont, daß wir uns bemühen, Stellen für Ärzte im Praktikum bereitzustellen. Wir haben wiederholt gesagt, daß eine Kostenneutralität mit Sicherheit nicht zu erreichen sein wird. Insofern hätten wir es sehr begrüßt, wenn hierzu zumindest in der Begründung eine Aussage getroffen worden wäre. Der Gesetzestext läßt es meines Erachtens zu, daß in dem angesprochenen Bereich zusätzlich eine Finanzierung durch das Land möglich ist.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, ich bitte wirklich herzlich darum, die vorgesehene Redezeit wenigstens in etwa einzuhalten. Sonst kommen wir in erhebliche Schwierigkeiten. Auch der letzte, der heute eine Stellungnahme abgibt, soll noch die Aufmerksamkeit des Plenums finden.

Kukla (Landschaftsverband Rheinland): Herr Vorsitzender! Herr Minister! Herr Staatssekretär! Meine Damen und Herren! Aus der Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland als Träger fast ausschließlich psychiatrischer Fachkrankenhäuser darf ich mich auf die Darstellung einer weniger Schwerpunkte und Besonderheiten beschränken. Eine ausführlichere Stellungnahme werden wir selbstverständlich nachreichen. Ich will im Hinblick auf Ihre Hochrechnungen sogar versuchen, die mir zur Verfügung stehende Redezeit nicht voll in Anspruch zu nehmen. Ich habe versucht, mich jetzt auch mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe abzustimmen. Einige Punkte werden vom Vertreter des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe dargestellt werden, andere Punkte von mir. Die Darstellung wird dann vielleicht etwas improvisiert sein, aber auf diese Weise wird Zeit gespart.

Was § 5, der sich auf den Patientenfürsprecher bezieht, angeht, so ist aus der Sicht der Landschaftsverbände zu bedenken, daß wir neben den parlamentarischen Gremien wie den Gesundheitsausschüssen und Krankenhausausschüssen eben auch parlamentarisch besetzte Beschwerdekommisionen haben. Im Rheinland handelt es sich dabei um elf Parlamentarier aus allen vier Fraktionen, die auch über eine unabhängige Geschäftsstelle verfügen. Diese Parlamentarier sind seit Jahren in den Kliniken bekannt und eingeführt, und sie kümmern sich in sehr vielfältiger Weise um die Belange der Patienten. Diese Konstruktion bietet aus unserer Sicht, kurz gesagt, den Vorteil, daß es sich um ein parlamentarisches Gremium handelt, um ein Gremium mit Entscheidungskompetenz, mit der Kompetenz, bei übergreifenden Sachfragen, die im Falle von Beschwerden berührt werden, andere parlamentarische Ausschüsse mit zu befassen. Ein weiterer Vorteil ist, daß diese parlamentarisch besetzten Beschwerdekommisionen in den Kliniken eingeführt sind. Aus der Sicht der beiden Landschaftsverbände besteht eigentlich kein Bedarf, daneben nun noch einen Patientenfürsprecher je Klinik zu bestellen. Wir meinen, es sollte eine Regelung in das Gesetz aufgenommen werden, die es den Landschaftsverbänden gestattet, daß die bewährten parlamentarisch besetzten Beschwerdekommisionen die Aufgaben des Patientenfürsprechers wahrnehmen. Wir befürchten, daß es ansonsten zu einer uneffektiven Kompetenzzersplitterung und für die Patienten zu einem undurchsichtigen Nebeneinander kommt.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die pauschale Förderung, die in § 21 geregelt ist. Den psychiatrischen Sonderkrankenhäusern ist völlig unabhängig von ihrer Größe, Differenzierung und inneren Spezialisierung die erste Anforderungsstufe zugeordnet worden. Wir sehen schon darin eine Benachteiligung. Eine zusätzliche Benachteiligung ergibt sich daraus, daß jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

im Fachbereich Psychiatrie nur mit dem Bettenpunktwert von 0,5 bewertet wird und folglich auch nur die Hälfte der Fördermittel dafür zur Verfügung steht. Die Halbierung dieses Satzes bei über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehenden Planbetten benachteiligt selbstverständlich die größeren Kliniken. Uns ist völlig unerfindlich, woraus sich die genannte Grenze ergibt, welches Motiv dem zugrunde liegt, die Grenze bei der Bettenpunktzahl 349 festzulegen. Die Landschaftsverbände benötigen sicherlich keinerlei Druck, um Bettenkapazitäten abzubauen. Sie haben dies in den vergangenen Jahren schon in hohem Maße getan. Die Weltgesundheitsorganisation zieht die Grenze z. B. bei 600 Betten. Was dafür spricht, die eben erwähnte Grenze zu ziehen, ist uns nicht erfindlich.

Wir haben die Sorge, daß sich aus den soeben erwähnten Regelungen Einbußen bei dem mühselig erreichten Qualitätsstandard ergeben. Uns wird immer entgegengehalten, daß wir über wenig Medizintechnik verfügten. Wir haben aber andere fachspezifische therapeutische Infrastruktur vorzuhalten. Ich nenne in diesem Zusammenhang die Pavillonbauweise und ein höheres Alter der Bausubstanz. Daraus ergeben sich entsprechende Anforderungen. Es müßte, wenn man schon nicht noch einmal über die Grenze bei einer Bettenpunktzahl von 349 sprechen kann, unseres Erachtens zumindest sichergestellt werden, daß die Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem vollen Satz der Fördermittel bedacht werden, da es sich hier um einen völlig eigenständigen Fachbereich handelt. Man muß dies sicherlich auch historisch sehen: Es handelte sich zum Teil um selbständige Kliniken, die dann mit anderen zusammengefaßt wurden. Gerade in diesem Bereich ist der Instandhaltungsaufwand sehr hoch. Nur zum Vergleich: Die Betten im Bereich der Kinderheilkunde werden immerhin mit einem Punktwert von 1,9 bedacht. Wir wären schon mit dem Punktwert 1 zufrieden.

Als dritten Bereich möchte ich den theoretischen Teil der Ausbildung ansprechen. Als Vertreter des Trägers vieler Krankenpflegeschulen kann ich das, was Frau Robbers gesagt hat, ausdrücklich und nachdrücklich unterstreichen. Es kann nicht angehen, daß wir nur deshalb in eine unklare Situation kommen, weil die Zuständigkeit für die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung gewissermaßen in der Luft hängen.

Abschließend noch eine psychiatriespezifische Anmerkung. Ich kann mir sehr wohl vorstellen, warum die Regelungen betreffend den Fachbereich aus dem Krankenhausgesetz verschwunden sind. Ich muß aber hinzufügen, daß sich dieser Bereich in den Kliniken des Landschaftsverbandes durchaus bewährt hat, da wir dadurch die Möglichkeit hatten, etwa verschiedene kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen zu einem Fachbereich zusammenzufassen und besonders zu repräsentieren. Ich will hier nicht dafür plädieren, eine solche Regelung wieder ins Gesetz aufzunehmen. Ich möchte aber sichergestellt wissen, daß uns nicht umgekehrt entgegengehalten wird, daß eine derartige Regelung, weil sie nicht mehr im Gesetz steht, nicht mehr Rechtens wäre.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Prof. Dr. Pittrich (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Herr Vorsitzender! Herr Minister! Herr Staatssekretär! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich beschränke mein kurzes Statement auf die Darstellung der spezifischen Belange psychiatrischer Fachkrankenhäuser - der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist Träger von 21 psychiatrischen Fachkrankenhäusern - und verweise im übrigen auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft und der kommunalen Spitzenverbände. Ich möchte das, was Herr Kukla zu § 5 und dem Patientenfürsprecher gesagt hat, aus der Sicht unseres Landschaftsverbandes noch einmal besonders unterstreichen. Seit März 1979 arbeitet in unserem Bereich eine Beschwerdekommision, die in besonderer Weise ausgestaltete Mitwirkungsmöglichkeiten hat. Der Träger ist dadurch in die Lage versetzt worden, Versorgungsmängel, Strukturmängel, kurzum: Schwachstellen seiner Krankenhäuser unmittelbar aus der Sicht der Patienten zu erfahren.

Wir haben sehr sorgfältig geprüft, ob die Funktion des Patientenfürsprechers mit der Aufgabe der Beschwerdekommision in Einklang zu bringen ist. Wir müssen sagen, daß es nicht möglich ist, die Aufgaben der Beschwerdekommision gegenüber denjenigen des Patientenfürsprechers klar und eindeutig abzugrenzen. Ich möchte in besonderer Weise darauf hinweisen, daß im Bereich der Psychiatrie auch noch andere Beschwerdemöglichkeiten bestehen. Ich erinnere nur an die staatliche Beschwerdekommision im Rahmen des PsychKG. Wir haben aus den besonderen Erfahrungen der Beschwerdekommision auch eingreifende Schlußfolgerungen im Blick auf unsere Krankenhäuser der forensischen Psychiatrie gezogen. Eine dieser Schlußfolgerungen ist, daß wir Beiräte gegründet haben. Ihnen gehören Vertreter gesellschaftlich relevanter Gruppen an, die sich mit den Zielen des Maßregelvollzugs identifizieren und konkrete Hilfen für die Patienten anbieten. Der Patientenfürsprecher wäre daher schon die dritte Instanz mit einer Funktion oder Aufgabenstellung in diesem Sinne. Wir bitten deshalb, daß der Landschaftsverband durch eine entsprechende Ergänzung im Gesetz die Möglichkeit hat, an Stelle des Patientenfürsprechers weiterhin die Beschwerdekommision arbeiten zu lassen.

Als weiteren Punkt möchte ich die Planung ansprechen. Die psychiatrische Versorgung befindet sich in einem tiefgreifenden Strukturwandel. Verkleinerung der Krankenhäuser, Differenzierung der Versorgungsangebote, Gemeindenähe - das sind Schlagworte, die Ihnen bekannt sind. Der Gesetzentwurf verzichtet ganz auf Zielplankonferenzen mit einem überregionalen Anliegen, das wir für unverzichtbar halten. Der Landschaftsverband hat nach dem PsychKG die gesetzliche Pflicht, die Unterbringung der Patienten sicherzustellen. Er ist überörtlicher Träger der Sozialhilfe und muß Hilfen für besondere Lebenslagen in Heimen, Anstalten usw. leisten. Wir meinen deshalb, daß die Landschaftsverbände zu den, wie ich es nennen möchte, unmittelbar Beteiligten im Sinne von § 14 gehören, soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ro-do

Ich möchte des weiteren § 35 ansprechen. Wir meinen, daß § 35 Abs. 1 mißverständlich formuliert ist. Es heißt dort:

Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen, der für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist.

Es ist unseres Erachtens unbestritten, daß der Abteilungsarzt für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Die Formulierung könnte aber zu dem Mißverständnis führen, daß die Weisungsungebundenheit über die patientenbezogene Verantwortung hinausgeht. Wir meinen, daß neben der Organisationsverantwortung auch die fachlich koordinierende Funktion des leitenden Arztes eines psychiatrischen Krankenhauses nicht beeinträchtigt werden sollte und in dieser Hinsicht keine Mißverständnisse entstehen sollten.

Gregull (CDU): Ich möchte drei Fragen an die Vertreter der Landschaftsverbände, Herrn Kukla und Herrn Professor Dr. Pittrich, richten. Erstens hätte ich von den beiden Herren gern gewußt, wie sich die Beschwerdekommision in der Zeit, in der sie existiert, in den Landeskrankenhäusern bewährt hat.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Auswirkungen der pauschalen Förderung. Nach § 21 ist eine Reduzierung des Fördersatzes bei Überschreitung der Bettenpunktzahl von 349 vorgesehen. Der von Ihnen vorgebrachten Sorge, daß dadurch finanzielle Ausfälle entstehen könnten, schließe ich mich an. Können Sie in dieser Hinsicht eine Quantifizierung vornehmen?

Drittens. Sie haben weiterhin Sorge im Hinblick auf das Entfallen der Zielplankonferenz zum Ausdruck gebracht. Ist der Hintergrund Ihrer Sorge der, daß zu viele Betten und zu viele Einrichtungen geschaffen werden könnten und möglicherweise auch die Tendenz zur Zweiklassenpsychiatrie gefördert werden könnte, oder sehen Sie schwerwichtig auch die Problematik, daß fachlich nicht ausreichend ausgestattete Einrichtungen geschaffen werden?

Arentz (CDU): Ich habe an Herrn Dr. Seifert und Frau Robbers die Frage, ob sie in bezug auf die Festlegung der Bettenzahl pro Abteilung und die 75%ige Mindestbelegung die Auffassung teilen, die u. a. von der Krankenhausgesellschaft bereits vorgetragen worden ist.

Weiterhin möchte ich Herrn Dr. Seifert und Frau Robbers folgendes fragen. In dem System der pauschalen Förderung sind nicht nur höhere Punktwerte für bestimmte Fachabteilungen festgelegt, sofern sie

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

hauptamtlich geleitet werden; implizit ist damit vielmehr auch gesagt, daß Betten in Belegabteilungen immer den Bettenpunktwert 1 bekommen sollen. Halten Sie dies insbesondere für den ländlichen Raum und die Versorgung der Krankenhäuser im ländlichen Raum mit Fachärzten für eine sinnvolle Regelung, und halten Sie dies auch im Hinblick auf die zuletzt von der Konzertierte Aktion wieder geforderte bessere Koordination des ambulanten und stationären ärztlichen Bereiches für sinnvoll?

Schließlich noch eine Frage speziell an Frau Robbers: Können Sie uns einen Überblick über die Investitionszuschüsse verschaffen, die die Kommunen in den letzten Jahren freiwillig an Krankenhäuser gegeben haben, weil die Investitionsmittel des Landes nicht ausgereicht haben? Haben Sie den Eindruck, daß der vorliegende Gesetzentwurf zu einer Verbesserung in dieser Hinsicht führen wird?

Reymann (SPD): Meine erste Frage geht an Frau Robbers. Wenn ich es richtig verstanden habe, sind Sie für die Beibehaltung der vierten Anforderungsstufe. Wenn ich Sie falsch verstanden habe, so korrigieren Sie mich bitte. Ist dann, wenn im Rahmen der pauschalen Förderung eine vierte Anforderungsstufe angestrebt wird, aber nicht die Gefahr gegeben, daß kleinere Häuser, die anderen Anforderungsstufen zugeordnet sind, verständlicherweise das Bestreben haben, in eine höhere Stufe zu kommen? Würde dadurch nicht das Bestreben nach einer geordneten, gegliederten Versorgung mit unterschiedlichen Wertigkeiten der Häuser ad absurdum geführt?

Meine zweite Frage geht an die Adresse der Vertreter der Landschaftsverbände. Mir sind die parlamentarisch besetzten Kommissionen bekannt. Ist aber nicht ein erheblicher Unterschied zu machen, denn die parlamentarisch besetzten Kommissionen haben Feststellungen betreffend berechnete Beschwerden zu treffen, während auf Grund des Vertrauensverhältnisses dem Patientenführsprecher - entgegen dem, was in parlamentarisch besetzten Gremien üblich ist - eine ganz andere Position einzuräumen wäre? Halten Sie es für möglich, daß eine Bestimmung geschaffen wird, daß die hier angesprochenen Aufgaben von den parlamentarisch besetzten Gremien zusätzlich übernommen werden? Es handelt sich schließlich um zusätzliche Aufgaben. Die Gremien sind parlamentarisch besetzt. Mit dem Patientenführsprecher ist eine Adresse, was die geforderte Fürsorge angeht, gegeben. Wie stellen Sie sich eine anders strukturierte Regelung vor? Soll in den Kommissionen dann mehrheitlich verfahren werden? Dazu hätte ich gern Ausführungen von Ihnen gehört.

Dr. Seifert: Was die Frage der Bettenzahl je Abteilung und den Ausnutzungsgrad anbelangt, so haben wir keine von denen der Krankenhausgesellschaft besonders abweichenden Vorstellungen. Wir schließen uns in dieser Hinsicht in vollem Umfang der Auffassung der Krankenhausgesellschaft an. Soviel in der gebotenen Kürze zu dieser Frage.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Was die pauschale Förderung und ihre Auswirkungen auf Belegarzt-
abteilungen mit Betten mit dem Punktwert 1 angeht, so ist zu sagen,
daß diese Frage mit zu den Fragen gehört, die einer nochmaligen sorg-
fältigen Überprüfung und Untersuchung bedürfen. Auch aus diesem
Grunde vertreten wir die Auffassung, daß die weiteren Einzelheiten in
einer Rechtsverordnung geregelt werden sollten. Nach unserem heutigen
Erkenntnisstand kann die Förderung eigentlich nicht davon abhängig
gemacht werden, ob eine Abteilung hauptamtlich oder belegarztmäßig be-
trieben wird. Die Art der Fachabteilung sollte künftig das Primat
haben.

Frau Robbers: Die erste Frage an mich lautete, ob wir eine Untergrenze
von 75 % bei der Belegung pro Abteilung akzeptieren. Wir teilen in
dieser Hinsicht voll die Auffassung der Deutschen Krankenhausgesell-
schaft und des Katholischen Büros, die hier von verschiedenen Teil-
nehmern angesprochen worden ist. Wir halten die Festlegung einer Unter-
grenze pro Abteilung für absolut falsch. Eine Untergrenze kann allen-
falls auf das gesamte Krankenhaus bezogen werden.

Was die Frage der Belegabteilungen angeht, so möchte ich mich voll
dem anschließen, was Herr Dr. Seifert soeben gesagt hat. Ich brauche
hierzu keine besondere Antwort mehr zu geben.

Einen konkreten Überblick über Investitionszuschüsse - Sie haben diese
Frage sicherlich mit Blick auf Nordrhein-Westfalen gestellt - kann
ich Ihnen im Augenblick nicht geben. Wir haben 1980 einmal eine Um-
frage durchgeführt. Damals beliefen sich die Zuschüsse für das ganze
Bundesgebiet auf knapp eine Milliarde DM. Es gibt eine Bundesstatistik,
die allerdings nicht als superkorrekt angesehen werden kann. Ihr kann
man aber gewisse Zahlen entnehmen, die zeigen, daß die in unserer Umfrage
seinerzeit ermittelte Größenordnung in der Tendenz richtig war. Wesent-
liches dürfte sich seitdem nicht verändert haben. Zu der Frage, ob
sich durch das neue Gesetz eine Verbesserung ergeben wird, möchte ich
folgendes sagen. Ich fürchte, durch das neue Gesetz wird sich eher
eine Verschlechterung ergeben, weil für den Investitionsbereich noch
striktere Vorgaben als nach dem geltenden Recht gemacht werden. Die
Festbetragsförderung, die wir zum Teil im übrigen begrüßen, wird des
weiteren in einem gewissen Umfange dazu führen, daß manche Träger
Eigenmittel zur Verfügung stellen und dann schneller mit einer Förde-
rung rechnen können. Die freiwilligen Zuschüsse würden dann noch
größer, als sie bisher schon waren. Auf Grund der restriktiven Ver-
handlungen der Krankenkassen - wir haben, nicht zuletzt auch durch
die Vorgaben der Konzertierte Aktion, hier einen sehr schlechten
Stand; ich fürchte, daß sich dieser Stand für die Krankenseite
nicht verbessern wird - ist zu erwarten, daß die Zuschüsse der Träger,
insbesondere der kommunalen Träger, der Gemeinden und der Kreise -
wir haben häufig ja auch an kirchliche Krankenhäuser Zuschüsse ge-
zahlt -, höher werden.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Es wurde sodann die Frage der vierten Anforderungsstufe angesprochen. Natürlich haben Sie mich richtig verstanden. Ich wäre sehr traurig, wenn unsere Forderung in dieser Hinsicht nicht klar genug verstanden worden wäre. Ich kann es noch einmal wiederholen: Wir fordern die Einführung einer vierten Anforderungsstufe, wie sie in § 10 des geltenden KHG ja noch vorhanden ist und wie sie in den anderen Bundesländern ebenfalls beibehalten worden ist. Wir verstehen nicht, weshalb die vierte Anforderungsstufe in dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht mehr enthalten ist. Herr Heinemann hat bei der Eröffnung des Krankentages gesagt, es solle sich hier auch um eine Geste für die kleinen und kirchlichen Krankenhäuser handeln. Wir haben nichts gegen eine solche Geste. Auch kirchliche Krankenhäuser und kleine Krankenhäuser müssen eine angemessene und volle Förderung erhalten. Das darf doch aber nicht dazu führen, daß die großen Krankenhäuser - das System würde im Laufe der Jahre ja immer schlimmer werden - ihre Wiederbeschaffungskosten auf Dauer aus der pauschalen Förderung nicht decken können. Gerade die pauschale Förderung muß meines Erachtens auf Dauer kostendeckend sein. Sonst bringt sie einen Systemmangel mit sich, wird das System also verändern.

Ich sehe auch keinen Grund, weshalb bei Einführung einer vierten Anforderungsstufe alle Krankenhäuser plötzlich bestrebt sein sollten, in eine höhere Anforderungsstufe eingruppiert zu werden. Kleine Krankenhäuser mit 100 Betten werden sicher nicht der vierten Anforderungsstufe zugeordnet. Sobald es überhaupt Stufen gibt - auch bei drei Stufen also -, ist immer das Bestreben da, nach Möglichkeit in eine höhere Stufe eingruppiert zu werden. Das ist auch bei dem neuen System mit drei Stufen der Fall. Das können Sie einfach nicht vermeiden. Wenn Sie es vermeiden möchten, dürfen Sie keine Stufen einführen. Es ist nach wie vor unser dringender Wunsch, die vierte Anforderungsstufe beizubehalten. Sie soll nicht neu eingeführt werden, sondern beibehalten werden, und zwar im Interesse der großen Krankenhäuser, die über ausreichende Fördermittel verfügen müssen.

Kukla: Ich möchte auf die Fragen von Herrn Gregull eingehen und zunächst auf die Arbeit der Beschwerdekommision zu sprechen kommen. Ich sagte bereits, daß es sich um eine echte parlamentarische Kommission handelt, in der elf Parlamentarier vertreten sind und die über eine unabhängige Geschäftsführung verfügt. In den Jahren, in denen sie tätig war, ist sie jeder Beschwerde und jeder Anregung, die aus der Klinik von Patienten oder von dritter Seite kamen, nachgegangen. Sie hat dabei inzwischen schnell sehr viel Sachverstand und auch sehr viel Einfühlungsvermögen für die speziellen Belange der Psychiatrie und die Belange gerade auch der forensischen Psychiatrie entwickelt. Ein großer Teil der Beschwerden kommt ja aus dem Bereich, in dem die Psychiatrie darauf angewiesen ist, unter Bedingungen des Zwanges zu behandeln, so etwa im Bereich der Gerichtspsychiatrie. Das ist nicht nur mit Sitzungstätigkeit, sondern auch mit Besuchen vor Ort verbunden. Ich erwähne in diesem Zusammenhang Besuche in den Sprechstunden einzelner Parlamentarier sowie Recherchen der Geschäftsführung

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

der Beschwerdekommision. Dabei wird - das ist von besonderem Wert - nicht nur jede Beschwerde im Einzelfall nachverfolgt, sondern es werden dabei auch erkennbare rechtliche - etwa finanzierungsrechtliche oder versorgungsrechtliche - Aspekte aufgegriffen. Als aktuelles Thema nenne ich die Vormundschaft im Bereich der Psychiatrie. Ich nenne weiter den Bereich der Behandlung unter den Bedingungen des PsychKG in der Vergangenheit. Fragen dieser Art können in generalisierender Weise bis in den Ausschuß des Landschaftsverbandes hineingetragen werden, wo über den Jahresbericht - dies ist übrigens ebenso im Gesundheitsausschuß der Fall - dann entsprechend diskutiert wird. Wir halten dies für eine außerordentlich sachgerechte, den besonderen Bedingungen der Psychiatrie angemessene und segensreiche Tätigkeit, die wir in dieser Weise erhalten wissen wollen.

Zur Frage der pauschalen Förderung möchte ich sagen, daß wir das Risiko auf Grund der Regelungen, die in dem Regierungsentwurf vorgesehen sind, mit etwas über einer Million DM pro Jahr einschätzen. Dabei setzen wir für unsere größte Klinik in Bedburg-Hau allein etwa 750 000 DM an. Auf den ersten Blick ist das vielleicht nicht umwerfend, um es salopp zu formulieren. Wer aber die Diskussionen im Bereich der kommunalen Haushalte - nicht anders wird letztlich in einem Gemeindeverband wie dem Landschaftsverband diskutiert - kennt, weiß, daß es sich unter dem Strich doch um sehr viel Geld handelt. Es geht dabei um Geld, mit dem wir den Nachholbedarf im Bereich der Psychiatrie, der sehr lange gerade hinsichtlich räumlicher Bedingungen bestand, Gott sei Dank befriedigen konnten. Wir befürchten nun Einbrüche in diesem Bereich.

Was die von Herrn Dr. Pittrich angesprochene Beteiligung der Landschaftsverbände am Bereich der Planung in der Psychiatrie angeht, so möchte ich darauf hinweisen, daß es in § 13 in dem bisherigen Krankenhausgesetz eine Spezialregelung gibt, nach der die Landschaftsverbände immer dann zu beteiligen sind, wenn es sich um psychiatrische Objektplanungen handelt. Ich halte dies im Grunde für einen Glücksfall. Wir haben es im Krankenhausbereich sehr oft mit der Schwierigkeit zu tun, Planungen im stationären Bereich mit Planungen im außerstationären Bereich zu verknüpfen. Gerade in der Entwicklung der Gemeindepsychiatrie ist diese Verknüpfung außerordentlich wichtig. Als Landschaftsverbände haben wir, weil wir gleichzeitig überörtlicher Träger der Sozialhilfe sind, eben die Chance, den ambulanten Bereich und den Pflegeheimbereich - ich erwähne die Gerontopsychiatrie - mit im Auge zu haben, wenn wir über psychiatrische stationäre Kapazitäten sprechen. Insofern meinen wir, daß die bisherige Regelung außerordentlich gut war, wobei ich durchaus einschließe daß die Kooperation mit dem Ministerium bisher ebenfalls außerordentlich gut war.

Prof. Dr. Pittrich: Die Beschwerdekommision unterscheidet sich vom Patientenfürsprecher, wie ich meine, im wesentlichen dadurch, daß sie auf die spezifischen Belange psychischen Krankseins zugeschnitten

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

ist. Bei uns wird den Beschwerden mit Unterstützung der Verwaltung nachgegangen. Mit erfahrener Personal wird hinterfragt, was hinter mancher psychotisch erscheinenden oder tatsächlich psychotischen, krankhaft veränderten psychischen Wahrnehmung und Ausdrucksmöglichkeit des Patienten steckt. Ich möchte in diesem Zusammenhang sagen, daß 90 % der Beschwerden berechtigt sind, was von einem psychiatrischen Laien aber möglicherweise nicht erkannt wird. Das Entscheidende ist, daß das Erkennen von Mängeln und berechtigten Beschwerden sofort zu einem entsprechenden Handeln der Trägerverwaltung geführt hat. 50 % dieser Beschwerden kommen aus dem Maßregelvollzug, d. h. aus dem Bereich der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher. Auf Grund der gesammelten Erfahrungen konnten wir der Landesregierung wesentliche Hinweise für die Gestaltung ihres Gesetzes geben. Auch das ist ein Aspekt. Den Beirat und die tiefgreifenden - auch organisatorischen - Maßnahmen, die wir im Bereich des Maßregelvollzugs getroffen haben, habe ich bereits genannt. All diese Möglichkeiten wird ein Patientenführsprecher nicht haben.

Das Besondere unserer Situation ist - ich wiederhole mich -, daß wir uns in einem Strukturwandel befinden, der unseren Bereich von dem der anderen Krankenhäuser unterscheidet. Lassen Sie mich noch eines sagen: Die Situation eines Menschen, der sich wochen-, monate- oder vielleicht jahrelang in einem Krankenhaus befindet, ist anders als die eines somatisch Kranken, der in der Regel 14 oder 15 Tage lang im Krankenhaus bleibt. Unsere Patienten werden zu 80 bis 90 % in der Regel sechs bis acht Wochen nach der Aufnahme wieder entlassen. Trotzdem ist diese Zeit etwa doppelt oder dreimal so lang wie die Zeit, die ein somatisch Kranker in einem Krankenhaus verbringen muß.

Zur pauschalen Förderung möchte ich folgendes sagen. Wir haben viele neue Erkenntnisse gewonnen. Zu diesen Erkenntnissen gehört, daß ein Funktionsblockkrankenhaus für die Versorgung psychisch Kranker nicht geeignet ist. Mit der Differenzierung sind wohngruppenähnliche, familienähnliche Versorgungsmöglichkeiten verbunden. Unsere Landeskrankenhäuser bieten in dieser Hinsicht gewisse Möglichkeiten. Ich erwähne als Beispiel das Pavillonssystem. Für uns ist nicht nachvollziehbar, weshalb bei der Bettenpunktzahl 349 eine Grenze gezogen wird und für jedes über diese Bettenpunktzahl hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie die Fördermittel halbiert werden sollen. Wir meinen, daß eine Einrichtung der Psychiatrie in diesem Punkte nicht mit einem Krankenhaus vergleichbar ist, das nach den Konzepten der vergangenen 20 Jahre gebaut worden ist.

Bei der Krankenhausplanung hatte ich die überregionalen Aufgaben mit angesprochen. Ich will in diesem Zusammenhang einmal die Kinder- und Jugendpsychiatrie erwähnen. Gott sei Dank sind Erkrankungen dieser Art, die der Behandlung im Krankenhaus bedürftig sind, so selten, daß Sie nicht für jedes Standardversorgungsgebiet eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung oder entsprechende Planbetten brauchen. Wenn die Kinder nicht ambulant versorgt werden können,

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

sondern längerfristig in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen, muß dort die schulische Betreuung mit der entsprechenden Differenzierung erfolgen. Sie werden das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot also nicht nach den gleichen Kriterien planen können wie das Angebot der gemeindenahen Erwachsenenpsychiatrie. Daraus ergeben sich Probleme. Ich will ganz offen sagen - darüber ist auch mit dem Ministerium gesprochen worden -, daß Überangebote entstehen, die teilweise dann mit unseren Häusern konkurrieren. Ich will auch betonen, daß wir in solchen Fragen - das hat Herr Kukla bereits gesagt - mit dem Ministerium immer Einvernehmen erreicht haben.

Ein weiterer Aspekt ist dieser. Ich hatte von der Differenzierung gesprochen. Früher war die Situation in einer Aufnahmeabteilung so, daß eine altersverwirrte Patientin, die inkontinent ist, zusammen mit einer Patientin mit einer Schwangerschaftspsychose, einer schizophrenen Patientin aufgenommen wurde. Wir wissen heute, daß Enge und Spannungen psychische Krankheiten fördern. Wir sehen die Gefahr, daß sich dann, wenn unter räumlichen Zwängen und auch unter den Zwängen der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses eine psychiatrische Abteilung zu eng, zu ungenügend konzipiert wird, dort dieselben Verhältnisse, wie wir sie vor 20 Jahren hatten und wie wir sie mittlerweile überwunden haben, reproduzieren. Wir haben immer wieder Planungsmängel in der Ausgestaltung der psychiatrischen Abteilungen festgestellt. Dies haben wir auch offen gesagt. Auch auf Grund der jüngsten Erfahrungen möchten wir aber an den Planungen beteiligt werden, soweit sie die Psychiatrie betreffen. Dies ist das Wesentliche, was zur Beantwortung der Fragen noch zu ergänzen hatte.

Dr. Schaumann (F.D.P.): Frau Robbers und Herr Seifert, ich hätte Sie, bezogen auf das Instrument der pauschalen Förderung, gern gefragt, was Sie davon halten, wenn wir gänzlich auf die Definition von Anforderungsstufen verzichten. Außerdem hätte ich gern Ihre Meinung zu der für mich jedenfalls nicht nachvollziehbaren Differenzierung hinsichtlich der Wertigkeit unterschiedlicher medizinischer Disziplinen gehört, die im Gesetzentwurf Bestandteil der Regelung betreffend die pauschale Förderung ist.

Frau Robbers: Ich könnte mir durchaus ein System vorstellen, das ganz auf Anforderungsstufen verzichtet. Allerdings glaube ich nicht, daß wir jetzt schon in der Lage sind, ein solches System zu präsentieren. Im Rahmen der Überlegungen, die wir in der Krankenhausgesellschaft zusammen mit dem Deutschen Krankenhausinstitut angestellt haben, sind auch solche Modelle erörtert worden. Wenn wir Ihnen unsere Ergebnisse vorlegen, wird es vielleicht möglich sein, daß wir auch ein System ohne Anforderungsstufen vorschlagen. Eine definitive Antwort auf die Frage ist im Augenblick aber nicht möglich. Das Punktwertsystem in der jetzt vorgeschlagenen Form würde nicht greifen, wenn plötzlich alle Anforderungsstufen fallengelassen würden und ein

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

bestimmter Betrag für alle Krankenhäuser festgelegt würde. Bei dem jetzt vorgeschlagenen System müssen Sie die Anforderungsstufen meines Erachtens beibehalten.

Die Wertigkeitdifferenzierung, wie sie im Regierungsentwurf vorgeschlagen worden ist, erscheint uns als ziemlich gegriffen. Wir halten sie wissenschaftlich für nicht hinreichend begründet. Wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit können wir aber - selbst unter Einschaltung eines Instituts - leider keine konkreten Aussagen dazu machen, wie diese Wertigkeit aussehen muß. Man braucht dafür einfach Zeit. Wir hatten gehofft, wir könnten Ihnen heute schon einen ausgearbeiteten Vorschlag vorlegen. Es hat sich aber auch bei intensivster Arbeit daran gezeigt, daß man einen größeren Zeitrahmen braucht.

Dr. Seifert: Ich kann mich den Ausführungen von Frau Robbers anschließen. Ich hätte dazu nicht viel mehr beizutragen.

Vorsitzender: Die Verbände der Ortskrankenkassen, der Landesverband der Betriebskrankenkassen, die Landesverbände der Innungskrankenkassen, die Verbände der Angestellten-Krankenkassen, die Krankenkassen aus dem landwirtschaftlichen Bereich und die Bundesknappschaft haben sich auf einen Sprecher verständigt. Herr Dr. Krauskopf wird für die genannten Verbände Stellung nehmen.

Dr. Krauskopf: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordneten! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Landesverbände der Krankenkassen haben eine gemeinsame schriftliche Stellungnahme vorgelegt, die wir Ihnen in 150facher Ausfertigung zugeleitet haben und die Ihnen also vorliegen muß. Ich habe einmal errechnet, was wir damit als Beitrag zur Arbeitsökonomie bei dieser Anhörung geleistet haben. Den genannten Verbänden hätten für ihre Stellungnahmen 70 Minuten zugestanden. Diese Zeit wird nunmehr auf 10 Minuten reduziert.

Ich möchte noch einmal verdeutlichen, daß ich für die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Angestellten-Krankenkassen, für die Krankenkassen der Rheinischen Landwirtschaft und der Westfälischen Landwirtschaft sowie für die Bundesknappschaft spreche. Voranstellen möchte ich, daß der vorliegende Entwurf von uns begrüßt wird. Wir begrüßen auch, daß Vorschläge, die wir zu dem Referentenentwurf unterbreitet haben, teilweise in den jetzt vorliegenden Entwurf eingeflossen sind. Wir meinen, daß wir auf die einleitenden Vorschriften in unserer Eigenschaft als Finanziers der Krankenhauspflege nicht weiter eingehen sollten. Es sei allerdings die Anmerkung erlaubt, daß es an sich ganz gut ist, wenn der Gesetzgeber gewissermaßen auch einmal vom Patienten her denkt. Dies ist, wie ich glaube, im Gesetzentwurf ganz gut zum Ausdruck gekommen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ro-do

Was den vorliegenden Regierungsentwurf angeht, so nehmen wir, wie gesagt, nur zu einzelnen, die Kostenträger besonders tangierenden Problemen Stellung. Dies bedeutet nicht, daß ansonsten aus der Sicht der Krankenkassen keine bessere Regelung vorstellbar wäre. Um so nachdrücklicher möchten wir betonen, daß die im folgenden auf wenige Punkte konzentrierten Anregungen für die Krankenkassen wirklich von allergrößter Bedeutung sind, vor allem in Hinblick auf eine ausreichende, leistungsfähige und dennoch bezahlbare Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, daß die Ausgaben für Krankenhauspflege bei allen Krankenkassen den größten Posten bei den Ausgaben darstellen. Diese Ausgaben machen etwa ein Drittel der Gesamtausgaben aus. Wegen der Höhe dieses Ausgabenteils bestehen bei Kostensteigerungen im Krankenhausbereich direkte Bezüge zur Höhe der Beiträge der Krankenkassen. Unsere Vorschläge sind, wie wir meinen, geeignet, zu einer teilweisen Begrenzung des überproportionalen Anstiegs der Krankenhauskosten beizutragen. Hier darf ich korrigierend zu dem, was Herr Dr. Prößdorf für die Krankenhausgesellschaft vorgetragen hat, anmerken, daß die Steigerungen in Nordrhein-Westfalen nicht bei etwas über 2 % lagen, wie er es darstellte. Das war selbstverständlich eine für 1987 nur teilweise repräsentative Umfrage. Wir haben im Rheinland eine Steigerung um 5,5 % und im westfälischen Landesteil eine solche um rund 4 % zu verzeichnen gehabt. Diese Steigerungen liegen über den Steigerungen der Einnahmen der Krankenkassen. Die erwähnten Steigerungen konnten nur durch erneute Beitragssatzsteigerungen in gewaltiger Breite aufgefangen werden. Daß es so nicht weitergehen kann, hat der Bundesarbeitsminister deutlich genug gemacht.

Wir möchten noch einmal sagen, daß wir den vorliegenden Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom Grundsatz her begrüßen, weil er uns als eine geeignete gesetzliche Regelung erscheint, auf deren Grundlage die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen unter Beachtung der vorerwähnten Ziele erreicht werden könnte. Ebenso begrüßen wir die Bemühungen, dieses Gesetz schon zum 1. Januar 1988 in Kraft treten zu lassen, damit auch in unserem Bundesland die bundesgesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden können.

Ich möchte im folgenden auf drei Schwerpunkte eingehen, nämlich auf die Frage des Versorgungsauftrages, auf die hier schon vielfach angesprochene pauschale Förderung und schließlich auf die Zuständigkeit. Zunächst zum Versorgungsauftrag. Der Entwurf der Landesregierung sieht zwar die Gewährleistung einer abgestuften Krankenhausversorgung vor, jedoch wurde nicht wie bisher eine Bezeichnung der Versorgungsstufen vorgenommen, und Zuordnungskriterien wurden nicht aufgeführt. Daraus folgt, daß sich der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser zukünftig aus dem Feststellungsbescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen ergibt. Diese so beabsichtigte Regelung findet die Zustimmung der Krankenkassen.

Nach § 16 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung haben die Vertragspartner bei der Pflegesatzvereinbarung auch die Kosten- und Leistungsentwicklung des jeweiligen Krankenhauses zu berücksichtigen. Dies

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

war in der Vergangenheit wegen fehlender inhaltlicher Definitionen der Versorgungsstufen kaum zu verwirklichen. Krankenhäuser der Grundversorgung z. B. konnten dadurch vielfach nicht daran gehindert werden, Leistungen zu erbringen, die Krankenhäusern der Spitzenversorgung vorbehalten waren. Durch diese Praxis sind für die Kostenträger erhebliche Mehrbelastungen entstanden, weil in der Spitzenversorgung bedarfsgerecht vorgehaltene Kapazitäten dann unzureichend genutzt wurden und damit zwangsläufig zu Unwirtschaftlichkeiten führten.

Wir sehen es deshalb als erforderlich an, daß der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser in den einzelnen Fachabteilungen auf die Inhalte der Gebiete und Teilgebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte begrenzt wird. Dies würde bedeuten, daß ein Krankenhaus jede allgemeine medizinische Leistung erbringen kann, die zum im Bedarfsplan ausgewiesenen Gebiet bzw. Teilgebiet gehört. Zusätzliche Spezialitäten oder Besonderheiten, die das Krankenhaus durchführen darf, müßten in dem Feststellungsbescheid gesondert ausgewiesen werden. Ich möchte das an einem Beispiel deutlich machen. In der Weiterbildungsordnung für Ärzte gibt es z. B. das allgemeine Gebiet Chirurgie, das wiederum unterteilt ist in Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, plastische Chirurgie, Thorax- und Kardiovaskulärchirurgie und Unfallchirurgie. Wir möchten, daß dann, wenn in dem Feststellungsbescheid für das Krankenhaus nur allgemeine Chirurgie ausgewiesen wird, in dem Krankenhaus auch nur allgemeine Chirurgie betrieben werden darf. Gefäßchirurgie beispielsweise sollte nur betrieben werden dürfen, wenn sie ebenfalls im Feststellungsbescheid ausgewiesen ist. Wenn in dem Bescheid nur Chirurgie genannt wird, dann sollte in dem betreffenden Krankenhaus bitte keine Gefäßchirurgie betrieben werden, was ansonsten Folgen für die Budgetvereinbarung hätte.

Für Fälle, bei denen die Abgrenzung zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen auf Schwierigkeiten stößt, müßten vom geplanten Landesausschuß - § 14 - Rahmenempfehlungen erarbeitet werden. Wie wir dies im Gesetzestext umgesetzt wissen möchten, haben wir in der schriftlichen Stellungnahme dargelegt. Ich möchte es Ihnen ersparen, die Ausführungen hierzu jetzt zu konkretisieren. Ich möchte aber noch einmal darauf hinweisen, daß die Vorhaltung von Betten eindeutig angebotsinduziert ist. Die Krankenhäuser haben das Bestreben, leerstehende Betten zu belegen. Wir sind dafür, daß Betten, die leerstehen oder fehlbelegt sind, beseitigt werden.

Zum Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans haben wir folgendes vorzuschlagen. Die Landesverbände der Krankenkassen sehen das dringende Erfordernis, bei der Fortschreibung des Krankenhausplans ebenso mitzuwirken wie bei dessen Aufstellung. Es wird deshalb angeregt, in § 14 Abs. 1 im ersten und letzten Satz jeweils hinter dem Wort "Aufstellung" die Worte "und Fortschreibung" einzufügen. § 14 Abs. 6 sollte folgende Fassung erhalten - dahinter versteckt sich ein weiterer Vorschlag -:

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Unbeschadet der laufenden Fortschreibung des Krankenhausplans können die Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung die Fortschreibung des Krankenhausplans oder von Teilen davon beantragen. Der Landesausschuß für Krankenhausplanung hat hierüber zu beraten und einen Vorschlag zur Fortschreibung zu erarbeiten. Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören.

Eine solche Ergänzung halten wir deshalb für dringend erforderlich, weil nach dem alten Krankenhausgesetz lediglich den Krankenhausträgern ein Antragsrecht zugebilligt war. Dies hat sich bei einzelnen Krankenhäusern hemmend auf eine Anpassung der Bettenkapazität an den tatsächlichen Bedarf ausgewirkt. Ich möchte hier ein Beispiel, das stellvertretend für viele Fälle stehen mag, anführen. Wir hatten ein Krankenhaus im bergischen Bereich, in dem schon seit zwei Jahren die Unterbelegung eine Abteilung - die Auslastung betrug weit unter 70 % - festzustellen war. Wir haben den Sachverhalt mehrfach an das Ministerium herangetragen. Dort hat man uns gesagt: Ihr könnt zwar Anregungen geben, aber wir können erst reagieren, wenn das Krankenhaus den Antrag gestellt hat. - Wir meinen, so sollte es nicht sein. Wir meinen, daß der Landesausschuß zumindest ein Antragsrecht haben sollte. Wenn ein solches Antragsrecht besteht, können in einem Fall wie dem soeben geschilderten entsprechende Entscheidungen getroffen werden.

Nun zur pauschalen Förderung. Bereits zum Referentenentwurf - Stand: Dezember 1985 - hatten die Kostenträger als eine der zentralen Forderungen eingebracht, daß das System der Krankenhausförderung in Nordrhein-Westfalen so gestaltet werden soll, daß die Bettenzahl ohne jeglichen Einfluß auf die Höhe der Fördersumme bleibt. Damit sollte angesichts des Bettenüberhangs für die Krankenhäuser jeglicher Anreiz vermieden werden, nicht bedarfsgerechte Betten nur im Hinblick auf die Höhe der Fördersumme weiter vorzuhalten. Ich wiederhole meinen Hinweis, daß leerstehende Betten dazu verführen, sie zu belegen, und zwar auch dann, wenn dies nicht bedarfsgerecht wäre.

Die Landesverbände der Krankenkassen sind der Auffassung, daß die im Entwurf der Landesregierung vorgesehene Bemessung der pauschalen Förderung - § 21 - auch durch die Einführung eines sogenannten Bettenpunktwertes für die Zuordnung zu den Anforderungsstufen diesem Anliegen nicht gerecht wird. Dieses Problem ist hier im Rahmen der Fragestellung schon angesprochen worden. Es bleibt festzustellen, daß dabei letztlich doch die Bettenzahl für die Bemessung der Fördersumme zugrunde gelegt wird. Daneben wir die Gefahr gesehen, daß die mit einem Bettenpunktwert von über 1,0 bewerteten Fachabteilungen einen besonderen Anreiz für überhöhte Kapazitäten in diesem Bereich bieten könnten. Einige Bettenpunktwerte sind uns auch nicht ganz verständlich. Wie man im HNO-Bereich mit einem Bettenpunktwert von über 3 arbeiten kann, erscheint uns wenig einsichtig. Dies sei nur am Rande eingewandt.

Die Landesverbände der Krankenkassen hatten schon in der Vergangenheit ihre Mithilfe bei der Findung eines Fördersystems angeboten,

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

das die völlige Abkoppelung der Fördersumme von der Höhe der Bettenzahl zum Inhalt hat. Ein solches Fördersystem müssen wir auch zum jetzt vorliegenden Entwurf der Landesregierung als Hauptforderung der Landesverbände einbringen. Inzwischen wird im Schrifttum nahezu einhellig auf die kapazitätsausweitende Wirkung von Fördersystemen hingewiesen, bei denen sich die Höhe der Förderung nach der Bettenzahl bemißt. Hier ist bereits gefragt worden - Frau Robbers hat darauf eine Antwort gegeben -, was man an dieser Stelle anbieten kann. Ein alternatives Fördersystem könnte die Berechnung der Fördersumme nach einer errechneten Fallzahl sein. Dieses Modell geht auf Professor Walter Cordes zurück, der Leiter des Arbeitskreises "Betriebswirtschaft im Krankenhaus" der Schmalenbach-Gesellschaft ist. Dies ist aber nur ein Beispiel. Ich möchte mich nicht auf diesen Vorschlag festnageln lassen. Die Frage ist, welche Folgerungen der Gesetzgeber aus diesen unseren Vorschlägen ziehen könnte.

Wir schlagen vor, daß man von den genannten Anforderungsstufen und den mit ihnen verbundenen Beträgen abgeht. Im Gesetz sollte eine Verordnungsermächtigung vorgesehen werden. In der Verordnung, die dann zu erlassen wäre, sollten die Einzelheiten geregelt werden, nachdem man sich auf ein Modell geeinigt hat. Das von Professor Cordes vorgeschlagene Modell ist von uns im Sinne eines möglichen Modells genannt worden. Unser Formulierungsvorschlag lautet:

Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit ... das Nähere zur Bemessung der pauschalen Förderung unter Beachtung der Aufgabenstellung der Krankenhäuser zu bestimmen. In der Rechtsverordnung kann bestimmt werden, daß die Fallzahlen berücksichtigt werden.

Der Minister soll weiterhin ermächtigt werden,

... die Wertgrenzen nach Abs. 1 Nr. 2 und die Förderbeträge in Abständen von zwei Jahren der Preisentwicklung anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

Durch diese Regelung würden die Anforderungsstufen, wie gesagt, überflüssig. Ähnliche Regelungen wurden im übrigen in anderen Bundesländern in die dort geltenden Landeskrankenhausgesetze übernommen.

Der letzte Punkt, auf den wir eingehen möchten, betrifft mehr ein Internum der Krankenkassen. Wir möchten, daß die Zuständigkeit für diejenigen Krankenkassen geregelt wird, die bundesweit organisiert sind. In Nordrhein-Westfalen sind die Landesverbände die originären Ansprechpartner. Bei den Ersatzkassen und bei der Bundesknappschaft muß eine entsprechende Regelung getroffen werden. Wir schlagen vor, daß die anderen Kassen sich entweder an der RVO orientieren, nach der es ähnliche Regelungen gibt, oder aber vorgesehen wird, daß für die

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Ersatzkassen die nach § 525 a RVO gebildeten Verbände, für die knapp-schaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständige landwirt-schaftliche Krankenkasse die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen.

Abschließend möchte ich noch kurz auf die Bedenken eingehen, die sich hier im Laufe der Anhörung ergeben haben. Wir teilen die Bedenken hinsichtlich der Kostenbelastung aus den §§ 4, 5, 6, 7 und 8, wobei ich nochmals die Stichworte Qualitätssicherung, Hygiene und schulische Unterstützung nenne. Sie müssen sich darüber im klaren sein, daß es sich hier um Regelungen handelt, bei denen nicht das Land in die Pflicht genommen wird. Vielmehr hofft man, daß andere die Kosten tragen. Ich bitte doch sehr darum, daß man die Belange derer, auf die jene Kosten dann zukommen, mit bedenkt.

Es sind immer wieder § 15 Abs. 3 und der dort genannte Ausnutzungsgrad von 75 % angesprochen worden. Wir halten die 75-%-Grenze für sehr wichtig. Wie anders sollte man sonst mit dem Grundsatz der Wirtschaft-lichkeit im Krankenhausbereich Ernst machen? Wir wollen nicht von uns weisen, daß man hier auch Modifizierungen vornehmen kann. Vom Grund-satz her halten wir die 75-%-Grenze aber durchaus für notwendig.

Aumüller (Verband der privaten Krankenversicherung): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren Abgeordneten! Herr Staatssekretär! Meine Damen und Herren! Besten Dank auch für die Beteiligung der privaten Kranken-versicherung, die gleichzeitig die Selbstzahler vertritt. Wir haben uns erlaubt, eine schriftliche Stellungnahme vorzulegen, auf die ich weit-gehend verweisen darf.

Zusammenfassend möchte ich, um die Beratungen zu verkürzen, darauf hinweisen, daß wir meinen, daß - wie es heute morgen auch von den Vertretungen der Krankenhäuser zum Ausdruck gebracht wurde - die eine oder andere Regelung nicht unbedingt nötig bzw. überflüssig ist. Wir möchten zwei Punkte nochmals kurz ansprechen, die uns, die private Krankenversicherung und die Selbstzahler, berühren, nämlich die Privat-stationen und die Besuchszeiten. Im Zusammenhang mit den Privatstationen wird auf die chancengleiche Versorgung hingewiesen. Das ist selbst-verständlich ein sehr wichtiger Gesichtspunkt, den auch wir bejahen. Wir meinen jedoch, daß dieser Grundsatz nicht dadurch gefährdet wird, daß Privatstationen bestehen. Insofern sehen wir nicht ein, daß gegen-über dem bisherigen Recht eine Verschärfung einzutreten hätte. Eine solche Verschärfung erscheint uns nicht als notwendig. Wir haben von keinem Fall gehört und glauben, daß es keinen Fall gibt, in dem die chancengleiche Versorgung dadurch, daß es Privatstationen gibt, ge-fährdet oder sogar nicht ermöglicht wurde.

Bei den Besuchszeiten kommen, wie wir meinen, ähnliche Gesichtspunkte zum Tragen. Der Grundsatz der Stärkung der Selbständigkeit und der Eigenverantwortlichkeit des Krankenhausträgers, welche auch der Bundesgesetzgeber anstrebt, sollte auch hier Eingang finden, so daß

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

die im Gesetzentwurf vorgesehenen speziellen Regelungen nicht erforderlich erscheinen.

Dr. Schaumann (F.D.P.): Herr Krauskopf, ich verstehe durchaus Ihre Zielrichtung bei der Einteilung nach Anforderungsstufen. Ihre Argumentation habe ich hingegen nicht ganz verstanden, bei der Sie in etwa sagten, die Tätigkeit eines Krankenhauses müsse gegebenenfalls auf die allgemeine Chirurgie begrenzt bleiben; darüber hinausgehende differenzierende, spezialisierende Tätigkeiten dürfe es dann nicht ausführen. Erstens bezweifle ich, ob im konkreten ärztlichen Handlungsfall eine solche Abgrenzung überhaupt möglich ist. Ich bitte Sie, dazu noch einmal Stellung zu nehmen. Zweitens bezweifle ich, ob eine solche Abgrenzung generalisierbar ist und per Gesetz eine operationalisierbare Praxis erreicht werden kann. Dazu hätte ich gern nähere Ausführungen gehört.

Ferner möchte ich Sie bitten, zu erläutern, welchen Vorteil Sie darin sehen, die Regelungen betreffend die pauschale Förderung nicht im Rahmen von § 21 des Gesetzentwurfs, sondern im Rahmen einer Rechtsverordnung zu treffen. Die definitorischen und sonstigen Probleme bleiben doch bestehen, gleichgültig, wo Sie die Regelungen treffen. Ich bin der Meinung, wir sollten nicht Ermächtigungen für die Exekutive vorsehen, weil gewisse "Dunkelbereiche" ja bekannt sind. Vielmehr sollten wir uns die Mühe machen - auch dazu hätte ich gern Ihre Stellungnahme gehört -, die notwendigen Präzisierungen in aller Öffentlichkeit vorzunehmen, selbst auf die Gefahr hin, daß wir sagen müssen, solche Präzisierungen ließen sich nicht erreichen. Auch das wäre aus meiner Sicht immerhin ein Ergebnis.

Reymann (SPD): Herr Dr. Krauskopf, meine Frage geht in dieselbe Richtung. Sie haben eingangs betont, Sie begrüßten es, daß ein Gesetz aus der Sicht des Patienten erarbeitet werde. Ich bin - von der Qualität her - ein Anhänger der gestuften Versorgung. Halten Sie es für möglich, daß unsere Ärzte als Einweisende es durchhalten, an Hand einer Liste zu entscheiden, daß ein Patient, der sich einer Blinddarmoperation zu unterziehen hat, in das Marienkrankenhaus und nicht in die Universitätsklinik gehört? Sie erwähnten, es solle im Feststellungsbescheid festgeschrieben werden, welche Tätigkeiten in den einzelnen Krankenhäusern durchgeführt werden dürften. Nehmen wir als ein anderes Beispiel die Situation bei einem schweren Unfall. Selbst der Notarzt sieht sich in einem solchen Fall vielleicht nicht in der Lage, zu entscheiden, in welches Krankenhaus der Patient einzuliefern ist. Soll der Patient dann z. B. nicht in die Universitätsklinik eingeliefert werden dürfen, weil in dem Feststellungsbescheid festgelegt ist, daß dort Hirnchirurgie nicht betrieben werden dürfe? Soll der Krankenwagen dann nach entsprechendem Kontakt per Telefon oder Funk auf Umwegen in das Kaiserswerther Krankenhaus oder in die Diakonie fahren?

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Ein weiterer Aspekt ist dieser: Stellen Sie sich vor, ein Arzt hat vor zehn Jahren die Approbation erhalten, sich seitdem aber um Fortbildung bemüht, indem er neue Entwicklungen verfolgt, Kongresse besucht hat etc. Halten Sie es für möglich, dem Betreffenden quasi eine Berufseinschränkung zumuten zu wollen, der sich fortgebildet hat, etwa auf dem Gebiet der Augenchirurgie oder der Gefäßchirurgie? Soll der Betreffende bei einer so gestalteten gestuften Versorgung letztendlich in Auseinandersetzungen geraten, bei denen ja, wenn ich den Patienten richtig verstehe, auch persönliche Einschätzungen eine Rolle spielen? Es gibt ja die Situation, daß wir unseren Ärzten bei der Steuerung des Krankengutes zumuten, mit Überzeugung zu sagen, ein Patient gehöre in dieses und nicht in jenes Krankenhaus, und zwar entgegen der öffentlichen Meinung, in der sich sehr schnell ein Urteil über ein Haus bildet.

Wie wollen wir dies also regeln? Herr Dr. Schaumann hat schon gesagt, daß wir mit einer Übertragung der Kriterien auf die Exekutive auf keinen Fall einverstanden sein können. Form und Inhalt müssen vielmehr im Gesetz festgelegt werden.

Ein letzter Punkt, der mich in diesem Zusammenhang interessiert, ist dieser. Wenn wir die Zuweisung von den im Feststellungsbescheid genannten Kriterien abhängig machen, erhebt sich folgende Frage: Haben wir schon einmal daran gedacht, daß Chefarzte sehr gern zur Krankenhausaussstellung fahren und dem Krankenhausträger dann im nachhinein sagen: Das Neueste vom Neuen ist gerade gut genug? Wer sich dagegen wehrt, muß sich die Frage gefallen lassen: Wieviel ist es dir wert, den Exitus eines Patienten zu verhindern? Bitte gehen Sie auch darauf noch ein. Ich bin der Meinung, daß es im Zeitalter des Autos durchaus möglich ist, jemanden in eine beispielsweise 40 km entfernte Spezialabteilung einzuweisen. Eine Wertigkeit beinhaltet immer, daß andere Bereiche abgewertet werden.

Arentz (CDU): Ich möchte Herrn Aumüller fragen, ob er uns sagen kann, wie viele Privatstationen in Nordrhein-Westfalen von der erwähnten Vorschrift des Gesetzentwurfes betroffen wären. Die Landesregierung, die diese Vorschrift in den Gesetzentwurf aufgenommen hat, konnte diese Frage nicht beantworten. Vielleicht können Sie diese Frage beantworten, Herr Aumüller.

Eine zweite Frage an Sie, Herr Aumüller. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme das System der pauschalen Förderung sehr kritisch beleuchtet und ausgeführt, daß letztlich doch die Anzahl der Betten als ausschlaggebender Faktor für die Zuordnung zu einer Anforderungsstufe prämiert werde. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme aber nicht dargelegt und auch nicht mündlich erläutert, wie nach Ihren Vorstellungen ein sinnvoller System aussehen könnte. Vielleicht können Sie dies jetzt zur Erleuchtung aller noch nachholen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Dr. Krauskopf: Herr Dr. Schaumann hat die Abgrenzung nach der Weiterbildungsordnung der Ärzte angesprochen, und auch Herr Reyman ist eben noch darauf eingegangen. Herr Reyman sagte außerdem, er sei ein Befürworter der Abstufung. Der Gesetzentwurf verabschiedet sich aber gewissermaßen von der Abstufung. Die Anforderungsstufen haben mit einer solchen Abstufung ja nichts zu tun. Aus der Erkenntnis heraus, die wir schon vorher hatten, meinen wir, daß man die verschiedenen Anforderungsstufen eigentlich kaum beschreiben kann. Man kann allenfalls die unterste Versorgungsstufe negativ beschreiben und damit gegenüber allen höheren Versorgungsstufen abgrenzen. Dies wäre vielleicht eine Möglichkeit gewesen. Alle Versuche in dieser Richtung haben sich aus unserer Sicht aber als verhältnismäßig untauglich erwiesen. Deshalb haben wir das aufgegriffen, was bei der bisherigen Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplans durch die Feststellungsbescheide eigentlich schon Praxis geworden ist. In den jetzigen Feststellungsbescheiden sind die Fachabteilungen genannt, und es sind auch die Spezialitäten angegeben. Vor Ort wurde immer sehr darum gekämpft, ob die entsprechenden Angaben in den Feststellungsbescheid aufgenommen werden dürften oder nicht.

Wir meinen also, daß eine solche Abgrenzung möglich ist. Im Blick auf den Bereich der Leistungen des Krankenhauses und im Blick darauf, daß der einweisende Arzt, wie hier gesagt wurde, bei seiner Entscheidung möglicherweise hilflos sei, bitte ich aber folgendes zu unterscheiden. Notfälle müssen völlig getrennt betrachtet werden. Bei einem schweren Autounfall oder einem sonstigen Unfall, bei dem eine schnelle Einweisung erforderlich ist, kann man nicht fragen, welches Krankenhaus für die Einweisung in Frage kommt. Das nächste Krankenhaus ist in diesem Fall immer das beste Krankenhaus. Nach der ersten ärztlichen Versorgung kann sodann immer noch eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgen.

Anders ist die Situation allerdings, wenn ein zentraler Krankenhaus- und Bettennachweis geführt wird, über den - wie es zum Teil ja der Fall ist - alle Rettungsdienststellen Bescheid wissen. In gleicher Weise kann ein für alle Ärzte einsehbarer zentraler Nachweis geführt werden. Dann weiß jeder Arzt genau, welche Patienten er in welche Krankenhäuser einweisen muß. Ich weiß allerdings nicht, ob das ein zu großer Aufwand wäre. Einige Länder praktizieren dieses Verfahren aber schon, soweit ich weiß.

Wir meinen, wie gesagt, daß eine Abgrenzung der Fachabteilungen möglich ist. Natürlich übersehen auch wir nicht die Schwierigkeiten, die sich ergeben können. Denken Sie etwa an den Fall, daß sich ein Krankenhaus einen Professor beschafft hat, der als Kapazität auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie gilt. Wenn dieser Professor nach dem Feststellungsbescheid dann nur allgemeine Chirurgie betreiben darf, wird er natürlich sagen: Es hat doch gar keinen Sinn, wenn ich nicht auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie tätig sein darf. - Dieser Streit wird

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

sich zunehmend ergeben, für uns als Krankenkassen auch in den Verhandlungen mit den Krankenhäusern. Wir werden in diesem Streit aber nicht nachgeben. Es ist zwar verständlich, daß ein Krankenhausträger, um einen besseren Auslastungsgrad zu erreichen, sich Kapazitäten an das Krankenhaus holt. Wenn dies allerdings ohne vorherige Absprache mit den Krankenkassen geschieht, würden wir von seiten der Krankenkassen uns dagegen sperren und auch die entsprechenden Mittel im Budget nicht zugestehen. Das sage ich hier ganz offen. Wir meinen, nur so kann eine Planung sinnvoll betrieben werden.

Wir meinen, daß auf diese Weise eine gestufte Versorgung nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte möglich und auch einhaltbar wäre. Die von Ihnen angesprochenen möglichen Probleme wollen wir vermeiden. Das ist ganz klar. Sie lassen sich auch vermeiden. Es läßt sich schließlich ein entsprechendes Einweisungsverhalten der Ärzte herbeiführen. Für Notfälle kann, wie gesagt, eine Sonderregelung getroffen werden.

Ich bitte Herrn Dr. Geck, die mit Bezug auf § 21 gestellte Frage zu beantworten.

Dr. Geck (Landesverband der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe): Ich möchte ergänzend kurz anmerken, daß die Wahlfreiheit des Patienten in bezug auf das Krankenhaus vom Grundsatz her durch den Vorschlag, den wir machen, nicht eingeschränkt wird. Es geht nur darum, daß auch im Krankenhausgesetz eine Grundlage dafür geschaffen wird, daß man in den Pflegesatzvereinbarungen auch den Leistungsbereich angemessen mit berücksichtigt. Daß der Spezialist in einer Fachrichtung oder der Teilgebietsspezialist - ich nenne als Beispiele die Bereiche Chirurgie und innere Medizin - an einem Krankenhaus der Grundversorgung fehlt am Platze ist, wird nach unserem Dafürhalten nur selten bestritten. Von Experten der Krankenhausprüfung wird bestätigt, daß es immer wieder Chefarzteeinstellungen gibt, die dem Versorgungsauftrag nicht entsprechen. Das Problem des Versorgungsauftrages, dessen Definition schwierig ist, wird man nicht von heute auf morgen - auch nicht durch eine gesetzliche Regelung - lösen können. Die Grundlagen für die Einteilung und vor allen Dingen für die späteren Verhandlungen über das Leistungsangebot sollten nach unserem Vorschlag aber in § 2 gelegt werden. Ich bedaure, daß Ihnen die Stellungnahme der Kostenträger - der Landesverbände -, die am Freitag letzter Woche hier eingegangen ist, aus technischen Gründen noch nicht vorliegt. In dieser Stellungnahme sind konkrete Formulierungsvorschläge gemacht, die beinhalten, daß das Leistungsangebot der Krankenhäuser grundsätzlich auf die Gebiete und Teilgebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte begrenzt wird, weil von genau dort die Kriterien dafür hergeleitet werden, welche Abteilungen eines Krankenhauses in den Feststellungsbescheid aufgenommen werden.

Nun zu der Frage betreffend das Fördersystem. Ich habe mit großem Interesse verfolgt, daß sich das Deutsche Krankenhausinstitut bereits

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ro-do

sehr eingehend mit dieser Frage befaßt hat. Wir haben unsererseits Kenntnis von einem Vorschlag, der auf Professor Cordes zurückgeht und den wir für sehr interessant halten. Wir wären durchaus in der Lage - wir hatten unsere Mitarbeit hierzu bereits vor über einem Jahr angeboten -, in kürzester Zeit ein System der Förderung zu erarbeiten, das nicht bei der Bettenzahl ansetzt. Ich könnte mir vorstellen, daß die Formulierung eines solchen Fördersystems gemeinsam zwischen der Krankenhausseite und der Krankenkassenseite möglich ist. Wir würden uns dabei durchaus der Öffentlichkeit stellen und ein solches System der Öffentlichkeit auch zur Prüfung anbieten. Unser Vorschlag geht allerdings - in Übereinstimmung mit der Krankenhausseite - dahin, daß wir sagen: Wir sollten uns nicht unnötig unter Zeitdruck stellen. Man kann im Gesetz die Ermächtigung für den Erlaß einer Rechtsverordnung verankern. Man sollte dort auch den Hinweis - wie auch in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg - aufnehmen, daß auch die Fallzahl das Kriterium sein könnte, nach dem man die Förderung bemißt. Es wäre allerdings gleich hinzuzufügen, daß auch die Fallzahl in gewisser Hinsicht zu gewichten wäre; es wären geeignete Prüfkriterien in dieses System mit einzubauen, damit die Manipulation nicht zu einer Förderung führt.

Aumüller: Auch wir können über die Privatstationen leider keine zahlenmäßigen Angaben machen. Bei der Anhörung zu dem Referentenentwurf ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen nach einschlägigen Zahlen gefragt worden. Sie hat ebenfalls keine zahlenmäßigen Angaben machen können. Ich bitte daraus folgenden Schluß zu ziehen. Niemand verfügt über genaue Zahlen. Die Privatstationen verursachen also keine Schwierigkeiten. Sie beeinträchtigen nicht die chancengleiche Versorgung. Wäre die Zahl sehr groß, so ergibt sich, daß daraus keine unangemessenen Folgen resultieren. Wäre die Zahl sehr klein, so bedürfte es aus diesem Grunde keiner Regelung. Die Tatsache, daß keine Zahlen zur Verfügung stehen, bitte ich in dem Sinne zu bewerten, daß es nicht erforderlich ist, die vorgesehene Regelung zu treffen.

Die zweite an mich gerichtete Frage ist völlig berechtigt. Wir haben uns in unserer schriftlichen Stellungnahme erlaubt, auf das System der pauschalen Förderung einzugehen. Wenn man etwas kritisiert oder eine Verbesserung anregt, sollte man zu der angesprochenen Materie möglichst selber etwas sagen können. Von Damen und Herren, die viel kompetenter als wir sind, ist aber bereits angesprochen worden, daß sich Wissenschaftler zur Zeit mit dieser Materie befassen. Auch mein Vorredner hat dies gerade angesprochen. Der Anregung, diese Wissenschaftler zu Wort kommen zu lassen und deren Vorschläge in die Beratung einzuführen und gegebenenfalls diesen Vorschlägen zu folgen, möchten wir uns anschließen. Wir sind leider ebenfalls nicht in der Lage, einen konkreten Verbesserungsvorschlag zu machen. Wir haben uns nur erlaubt, auf Schwächen oder Mängel hinzuweisen, die der derzeitigen Regelung unserer Meinung nach noch anhaften.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-do

Vorsitzender: Es ist jetzt 13 Uhr. Wir haben vorgesehen, jetzt eine kurze Mittagspause einzulegen. Ich bitte damit einverstanden zu sein, die Mittagspause auf maximal 45 Minuten zu begrenzen.

Ich unterbreche die Anhörung bis 13.45 Uhr.

(Unterbrechung von 13.01 bis 13.45 Uhr)

folgt Seite 101

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, ich eröffne den zweiten Teil unserer Anhörung zum Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen. Wir beginnen mit den Ärztekammern.

Vogt, Ärztekammer Nordrhein: Meine Damen und Herren, die Ärztekammer Nordrhein hat Ihnen am 23.04. eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt, auf die ich hier Bezug nehme. Ich möchte meine Ausführungen auf vier einzelne Fragen, die aber genereller Art sind, beschränken. Zugleich möchte ich mitteilen, daß ich auch im Namen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein spreche.

Wir halten diesen Gesetzentwurf in einigen Punkten für strafungswürdig. Er ist gegenüber dem Referentenentwurf in mehrfacher Hinsicht verbessert worden. Dabei sind auch Anregungen der Ärztekammer berücksichtigt worden, was wir dankend zur Kenntnis genommen haben. In dem Entwurf stehen aber zum Beispiel Programmsätze, die sich rechtlich kaum oder vielleicht gar nicht durchsetzen lassen. Ich denke nur an das Gebot der Menschlichkeit, wie es in § 3 Abs. 1 formuliert ist. Es wurde vorhin schon gesagt: Menschliche Haltung kann man nicht durch Gesetze erzwingen. Es wäre vielleicht besser gewesen, wenn da gestanden hätte: Das Land wird die erforderlichen Personal- und Sachmittel zur Verfügung stellen, um Menschlichkeit im Krankenhaus zu gewährleisten. Denn gelegentlich geht es dabei auch um Geld.

Der Gesetzentwurf enthält einiges selbstverständlich Gewordene, zum Beispiel hinsichtlich der Besuchszeiten. Selbstverständlich geworden ist in den meisten Krankenhäusern inzwischen auch die Arzneimittel-Kommission. Wir können zwar mit der jetzigen Fassung des Gesetzentwurfs leben, aber es gibt diese Kommission praktisch überall. Insofern wäre dort wahrscheinlich kein Regelungsbedürfnis mehr.

Was uns aber besonders bewegt, sind einige unnötige Eingriffe in die Selbstverwaltung und die Selbstverantwortung der Betroffenen. Ich erwähne hier insbesondere die Qualitätssicherung (§ 7), die heute zwar auch eine Auflockerung der Formulierung gegenüber dem Referentenentwurf zeigt. Trotzdem möchte ich darauf aufmerksam machen, daß es bereits Selbstverwaltungsregelungen gibt, und zwar durch die Ärztekammern, die in diesem Bereich bereits seit Jahren tätig sind. Sie führen Qualitätssicherungsmaßnahmen durch für Fragen der Säuglingssterblichkeit und der Müttersterblichkeit. Sie werden demnächst weitere Maßnahmen durchführen zur Qualitätssicherung in der Chirurgie. Wir haben den gesetzlichen Auftrag zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Radiologie und für Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Laboratoriumsmedizin. Hier gibt es also auch eine Gesetzgebungskonkurrenz zum Heilberufgesetz, das den Ärztekammern bestimmte Aufgaben zuweist. Die Ärztekammern sind zum Beispiel zuständig für die Beurteilung allgemeiner Qualitätsnormen im Rahmen der Weiterbildung - das ist hier schon in anderem Zusammenhang angesprochen worden - des approbierten Arztes zum Facharzt, wie man früher sagte, oder zum Allgemeinarzt. Es geht um die Weiterbildungsermächtigungen und ähnliches.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Eine andere Frage ist, inwieweit die Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Krankenhäuser beeinträchtigt werden sollen bezüglich der Vertragsverhältnisse zwischen den Trägern und den verantwortlichen Ärzten. Ich meine hier insbesondere die Regelung von Belegarztverhältnissen.

Auch bei der Krankenhausbedarfsplanung sehen wir zu viele legislative Eingriffe, obwohl es doch gerade die Zielsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes ist, mehr Eigenverantwortung in das einzelne Krankenhaus zu tragen. Wir setzen uns dafür ein, daß im Krankenhausplan eine Abteilungsgliederung vorgegeben wird. Auch die Aufgaben des Krankenhauses im gegliederten System sollten festgelegt werden. Aber man sollte nicht die Bettenzahlen für die einzelnen Abteilungen festschreiben, sondern nur die Gesamtzahl der Betten im ganzen Krankenhaus. Das würde eine flexible Anpassung des Bettenangebotes an sich schnell verändernde Verhältnisse erlauben. Ich denke nur an die sich schnell entwickelnden Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik und der Therapie, an die demographische Entwicklung und alles, was damit im Zusammenhang steht.

Durch festgeschriebene Bettenzahlen wird nach unserer Auffassung unter Umständen ein falscher Trend gesetzt, die vorhandenen Betten dann auch auszulasten. Sie kennen die Vorwürfe, die in dieser Hinsicht erhoben werden.

Erst recht würden wir Bedenken haben, wenn Teilgebiete im Krankenhausbedarfsplan gesondert ausgewiesen würden, auch im Feststellungsbescheid. Es würde dadurch ein völlig falscher Eindruck von der Art und dem Umfang des vorgehaltenen Leistungsangebotes der Krankenhäuser entstehen. Es ist zwar richtig, daß Teilgebiete und Teilgebietsspezialisten an großen und größeren Krankenhäusern vorhanden sind, selbstverständlich muß aber jedes Krankenhaus in der Lage sein, die Patienten auch insoweit zu versorgen, als es für bestimmte ärztliche Leistungen Teilgebiete der Medizin im Sinne der Weiterbildungsordnung gibt. Die Weiterbildungsordnung legt für Teilgebiete besondere Qualitätsnachweise fest, sie schafft aber keine Monopole etwa in dem Sinne, daß bestimmte Leistungen nur von Ärzten erbracht werden dürften, die eine solche Teilgebietsbezeichnung führen. Die Abgrenzung im konkreten Behandlungsfall hinsichtlich der allgemeinen Gebiete der Medizin und der Teilgebieten ist also gar nicht möglich.

Im übrigen gilt ja das allgemeine berufsrechtliche Gebot: Der Arzt muß seinen Patienten an andere Ärzte überweisen oder andere Ärzte konsiliarisch hinzuziehen, wenn er selbst nicht über die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, um den Patienten alleinverantwortlich weiterzubehandeln.

Angesprochen wurde im Rahmen dieser Anhörung schon, daß man die Bettennutzung mit diesen 75 Prozent nicht abteilungsweise feststellen, sondern auf das Krankenhaus insgesamt beziehen sollte; hierzu kann ich auf die Äußerungen der Vertreter der Krankenhäus-träger Bezug nehmen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Einige Worte zum Belegarztwesen. Wir meinen, daß die Bedeutung des Belegarztwesens in Deutschland von vielen Verantwortlichen unterschätzt wird. In angelsächsischen Ländern ist das Belegarztwesen seit Jahrzehnten selbstverständlich. Es gibt dort Krankenhäuser bis zu Universitätskliniken, in denen das Belegarztwesen als alleinige Form ärztlicher Versorgung praktiziert wird. Es gibt Häuser, in denen es mehr Belegärzte gibt als Krankenhausbetten. Ich habe das persönlich gesehen.

Nach meiner Meinung ist es eine Frage der Organisation und der Strukturierung des belegärztlichen Dienstes, wie ein solches System funktionieren kann. Der Deutsche Ärztetag hat - das ist vielen von Ihnen hier auch bekannt - Vorschläge gemacht für ein sogenanntes kooperatives Belegarztwesen, in dem mehrere Fachärzte gleicher Fachrichtung kooperativ zusammenarbeiten in einer gut strukturierten und durchorganisierten Form.

Die Vorteile des kooperativen Belegarztwesens liegen in der Möglichkeit der Überbrückung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, und zwar durch Einsatz von Ärzten, die in der Regel vom Patienten frei gewählt worden sind. Wenn dann, wie wir vorschlagen, keine feste Bettenzuteilung für den einzelnen Belegarzt erfolgt, kann damit auch unter Umständen die Verweildauer gesenkt werden, weil sich kein Trend ergibt, Betten, die zugewiesen sind, auch zu belegen. Und schließlich ist es damit möglich, die fachärztliche Kompetenz stärker an das Krankenhaus zu binden.

Wir meinen, daß in dem vorliegenden Gesetzentwurf das Belegarztwesen etwas zu kurz kommt. Man sollte es insbesondere nicht davon abhängig machen, ob der Krankenhausplan und der Feststellungsbescheid das Belegarztwesen ermöglichen; ich denke dabei an § 35 Abs. 2 des Entwurfs. Vor allen Dingen halten wir es für nicht sachgerecht, für Belegabteilungen geringere Fördermittel vorzusehen als für hauptberuflich geleitete Abteilungen. Die Frage, in welcher Organisationsform der ärztliche Dienst am Krankenhaus tätig ist, hat überhaupt keine Einfluß darauf, wie hoch der Investitionsbedarf des Krankenhauses ist. Insofern bedürfte also § 21 Abs. 4 einer Änderung.

Ein letztes Wort zur Stellung der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften. Ich hatte eben schon vorgetragen, daß nach dem Heilberufsgesetz die Ärztekammern die sachkompetente Stelle sind für die Beurteilung von Qualitätsfragen im Krankenhaus. Es ist uns nicht verständlich, daß dem in § 14 nicht Rechnung getragen wurde. Wir haben also die Bitte an den Gesetzgeber, die Ärztekammern bei den unmittelbar Beteiligten aufzuführen und damit in die Verantwortung einzubinden. Schließlich sind es die Ärzte und ihre Mitarbeiter, die für die gesundheitliche Betreuung der Patienten verantwortlich sind.

In Baden-Württemberg ist dies bereits geschehen. Man hat dort die Ärztekammern zu unmittelbar Beteiligten erklärt. In den Gesetzentwürfen für Bayern und für das Saarland ist das vorgesehen. Ich meine, daß auch diese Anhörung Beispiele dafür erbracht hat, daß man im Krankenhausplan nicht auf die unmittelbare Beteiligung

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

des in den öffentlich-rechtlichen Berufskörperschaften repräsentierten Sachverständigen verzichten sollte.

Dr. med. Hospes, Ärztekammer Westfalen-Lippe: Meine Damen und Herren, namens der Ärztekammer Westfalen-Lippe bedanke ich mich sehr für die Einladung. Wir sind ihr gern gefolgt. Ebenso bedanken wir uns dafür, daß wir im Gesetzgebungsverfahren bereits eingeschaltet worden sind. Ich werde darauf noch eingehen. Eine schriftliche Stellungnahme haben wir bereits abgegeben; sie liegt Ihnen vor.

Ich möchte mitteilen, daß ich gleichzeitig für die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe spreche, deren Stellungnahme Ihnen ebenfalls schriftlich vorliegt.

Ich kann mich deshalb, insbesondere am Anschluß an die Ausführungen meines Vorredners, kurz fassen.

Im Gegensatz zu dem Referentenentwurf zeigt der jetzt vorliegende Regierungsentwurf eine deutliche Streckung; überflüssige Verwaltungsvorschriften sind herausgenommen. Trotzdem erscheint uns eine weitere Bereinigung noch notwendig. Ich schließe mich da meinen Vorrednern an.

Herr Vogt hat bereits darauf hingewiesen, daß das Krankenhaus nicht alleiniger Träger unseres Gesundheitswesens ist. Er hat insbesondere dargelegt, daß eine Verbindung von ambulanter und stationärer Behandlung, die wir fordern, in der wir Ärzte auch eine konstensenkende Möglichkeit sehen, angezeigt ist. Wir bitten daher, dieses kooperative Belegarztsystem und Belegarztwesen zu stärken.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe lehnt gesetzliche Regelungen der inneren Struktur von Krankenhäusern nicht ab. Sie meint jedoch, daß dafür ein ordnungspolitisches Bedürfnis bestehen müsse. Deshalb sollte dieser Gesetzentwurf noch einmal durchgekämmt werden.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bedauert es nach wie vor, daß die Vorschriften des derzeitigen Krankenhausgesetzes über den ärztlichen Vorstand und die Mitarbeiterbeteiligung entfallen sollen. Wir sind uns darüber im klaren, daß die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes hier berücksichtigt werden muß, wir weisen aber darauf hin, daß der Landesgesetzgeber sehr wohl auch gegenüber anderen Krankenhäusern eine Verantwortung hat, also nicht nur gegenüber konfessionellen Krankenhäusern. Wir sind der Meinung, daß hier Impulse in Richtung des staatlichen Wollens gesetzt werden sollten hinsichtlich dieser beiden Dinge. Wenn Schwierigkeiten auftreten sollten, besteht ja immerhin die Möglichkeit, diese durch ein Herausnehmen dieses Personenkreises der Träger zu exemplifizieren.

Der Staat hat ja schließlich und endlich auch in anderen Lebensbereichen, zum Beispiel im Bereich des Betriebsverfassungs- und Tarifvertragsrechtes, nicht auf gesetzliche Regelungen verzichtet, obwohl von dem Geltungsbereich der einschlägigen staatlichen Ge-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

setze kirchliche Einrichtungen ausgenommen sind. Im übrigen verweise ich auf meine schriftlichen Ausführungen.

Die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Nebeneinnahmen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte ist Ausfluß der entsprechenden Vorschriften des ärztlichen Berufsrechtes. Ich erlaube mir das Zitat des § 15 Abs. 2 unserer Berufsordnung:

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

Wir sind der Meinung, daß die Mitarbeiterbeteiligung als ein Instrument der Befriedung der Arbeitsverhältnisse der Ärzte im Krankenhaus zu sehen ist und deshalb durchaus in der Gesetzgebung berücksichtigt werden sollte.

Zu den einzelnen Paragraphen: Herr Vogt hat schon hinreichend angesprochen: Qualitätssicherung. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bittet dringend darum, den § 7 ersatzlos zu streichen. Zur Begründung beziehe ich mich auf die Ausführungen von Herrn Vogt.

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

Zu § 14: Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bittet ebenso wie die Ärztekammer Nordrhein, unter den unmittelbar Beteiligten aufgeführt zu werden, wie das zum Beispiel auch in Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland geschehen bzw. vorgesehen ist. Im Zusammenhang mit diesem Paragraphen mache ich darauf aufmerksam, daß auch der Landesverband der Leitenden Krankenhausärzte Nordrhein-Westfalens seine Tariffähigkeit geltend macht.

Zu § 21: Das hier mehrfach schon kritisierte vorgesehene Verfahren für die Ermittlung der Anforderungsstufen ist für uns nach wie vor nicht einsichtig. Aus der Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe kann die Einschränkung, daß höhere Punktwerte nur dann in Betracht kommen sollen, wenn die Fachabteilungen von hauptamtlichen Ärzten geleitet werden, nicht akzeptiert werden. Das würde ja unsere Forderung nach Stärkung des Belegarztwesens sogar konterkarieren.

Zu § 35, ärztlicher Dienst: Hier ist unsere Auffassung, daß der zweite Absatz ersatzlos zu streichen ist. Es muß der Entscheidungsfreiheit eines Krankenhauses überlassen bleiben, ob eine Abteilung durch einen hauptberuflich tätigen Arzt geleitet werden soll oder ob die Patientenversorgung mehreren Belegärzten im kooperativen Belegarztssystem übertragen werden soll.

Dr. Schulte-Löbbert, Apothekerkammer Nordrhein: Meine Damen und Herren, ich möchte auf unsere schriftliche Stellungnahme vom 6.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

April verweisen, die Ihnen vorliegt, und nur zwei kurze Anliegen vortragen.

§ 7, Qualitätssicherung: Wo ist hier der Apotheker? Der Apotheker hat die gesetzliche Aufgabe, die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Das gilt auch im Bereich des Krankenhauses. Einen entsprechenden Vorschlag haben wir schriftlich vorgelegt.

Warum diese Forderung? Nur zwei Schlagworte: Generics und Bioverfügbarkeit. Darüber ist in den letzten Wochen soviel geredet und geschrieben worden, daß das reichen mag.

§ 9 regelt die Arzneimittel-Kommission. Diese Vorschrift wird begrüßt, nicht aber ihre Begründung. Dort heißt es:

Die Zusammensetzung der Arzneimittel-Kommission ist durch den Krankenhausträger zu regeln. Den Vorsitz sollte der Krankenhaus-Apotheker oder ein pharmakologisch erfahrener Arzt führen, nicht jedoch

- und da setzt unsere Kritik an -

der öffentliche Apotheker.

Dieser Ausschluß des öffentlichen Apothekers stellt eine Diskriminierung dar und kann gemäß § 14 des Apothekengesetzes, wo keine Unterschiede gemacht werden, weil der Gesetzgeber das nicht wollte, nicht hingenommen werden. Wir haben daher die herzliche Bitte, diesen Nebensatz aus der Begründung ersatzlos zu streichen.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. Eichhorn ist nicht anwesend. Ich stelle dies fest und bedauere das außerordentlich.

Dann rufe ich jetzt den Verband der Ärzte Deutschlands auf. Herr Dr. Schlauß, bitte, Sie haben das Wort.

Dr. Schlauß, Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte lediglich einige ergänzende bzw. erläuternde Aspekte ansprechen, da wir eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit der Stellungnahme hier in Ihrem Hause.

Ich möchte mich auf drei Aspekte beschränken: direkte Mitwirkungsrechte der Krankenhausärzte, Förderung des Belegarztwesens und Investitionsverträge.

Die direkten Mitwirkungsrechte sind unseres Erachtens deshalb erforderlich, weil immer wieder von Sozial- und Gesundheitspolitikern selbst betont wird, der Arzt entscheide ja vielfach nicht nur über seine eigenen, sondern auch über zu veranlassende Leistungen, seien es nun Pflegeleistungen oder medizinisch-technische Leistungen bis hin zu den angesprochenen Arzneimitteln. Auch wegen der Auswirkungen des § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

die Anschaffung oder Nutzung medizinischer Großgeräte in Verbindung mit dem hier zur Diskussion stehenden § 22 dieses Gesetzentwurfs sind direkte Mitwirkungsrechte nach unserer Auffassung notwendig. Bloße Anhörungsrechte bzw. indirekte Mitwirkungsrechte sind unseres Erachtens nicht sinnvoll und erzielen nicht die beabsichtigte Wirkung. Nur direkte Mitwirkungsrechte stärken die unmittelbare Verantwortung.

Ein weiteres Stichwort in diesem Zusammenhang: Krankenhausbetten-Bedarfsplanung. Die Ärzte haben sicher auch hier ein gehöriges Wort über die Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettenausnutzung zu sagen.

Unmittelbare Berührungspunkte wären unseres Erachtens aber auch zum Kassenarztrecht gegeben, hier speziell § 368 g Abs. 6 RVO. Hier werden ja speziell Zusammenhänge geschaffen zwischen Vergütung von Belegärzten und Pflegesätzen. Auch hierdurch werden unserer Meinung nach die direkten Mitwirkungsrechte der Krankenhausärzte gestützt. Das sollte durch diesen Gesetzentwurf ebenfalls weiter gefördert werden.

Damit bin ich beim zweiten Stichpunkt, der belegärztlichen Tätigkeit. Bekanntlich geht ja auch von landesrechtlichen Vorschriften eine Signalwirkung aus. Deshalb meinen wir, daß hier die Belegärzte stärker als bisher gefördert werden sollten. Das betrifft in dem Gesetzentwurf nicht nur den § 1, sondern auch die §§ 14, 22, 31 und 35. § 35 ist hier soeben schon von der Ärztekammer Westfalen-Lippe angesprochen worden. Wir meinen ebenfalls, es sollten nicht zusätzliche Behinderungen aufgebaut werden, sondern hier sollten Förderungen geschaffen werden im Sinne dieses Belegarztsystems. Ich erinnere daran, daß bereits 1977 von dem damaligen Bundesarbeitsminister ausdrücklich betont worden ist, daß eine Verbesserung des Zusammenwirkens zwischen ambulantem und stationärem Bereich erforderlich ist.

Zum dritten Punkt: Investitionsverträge in § 31: Unseres Erachtens ist der § 31 nicht vollständig in Einklang zu bringen mit § 9 Abs. 2 Nr. 2 in Verbindung mit § 18 b Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Auf der einen Seite werden hier im Gesetzentwurf die baulichen Entwicklungen angesprochen. Diese dürfen nicht beeinträchtigt werden. Es wird außerdem ausdrücklich betont, daß keine weiteren Investitionen verursacht werden sollten. Auf der anderen Seite wird in § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausdrücklich die finanzielle Förderung des Erwerbs von Grundstücken betont, soweit ohne diese Förderung die Fortführung des Betriebs gefährdet wäre. Wir plädieren dafür, daß landesrechtliche Vorschriften hier stärker ausgestaltet werden sollten, weil § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur andeutet: zum Beispiel die Rationalisierungsinvestitionen, die Umstellung und die Überkapazitäten, und weil in Abs. 3 des § 18 b Krankenhausfinanzierungsgesetz ausdrücklich vorgeschrieben wird, daß Näheres über den Inhalt von Investitionsverträgen im Landesrecht zu bestimmen ist. Uns erscheint die bisher vorgesehene Regelung jedenfalls verbesserungsbedürftig und ergänzungsbedürftig. Der Hartmannbund legt deshalb Wert auf diese Regelungen, weil im Vor-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

dergrund doch immer wieder die Frage der Kostengünstigkeit von Leistungen im Krankenhaus zur Diskussion steht und diese Kostengünstigkeit ausdrücklich in § 18 b Krankenhausgesetz angesprochen wird.

Lübke, Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Auch der Marburger Bund bedankt sich, im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens angehört zu werden. Unsere schriftliche Stellungnahme müßte Ihnen vorliegen. Ich darf im Hinblick auf die fortgeschrittene Zeit nur den aus unserer Sicht wesentlichsten Punkt herausgreifen. Wir wenden uns vorrangig nicht gegen die Regelungen des Krankenhausgesetzes, sondern uns liegt etwas besonders am Herzen, was im bisherigen Landeskrankenhausgesetz geregelt war und jetzt nicht mehr vorgesehen ist. Mit der bisherigen Regelung waren auch die ärztlichen Mitarbeiter sehr zufrieden. Ich meine die Mitarbeiterbeteiligung, die mein Vorredner Herr Dr. Hospes eben schon angesprochen hat. Ich will das noch einmal verdeutlichen, um den derzeitigen Regelungsinhalt klarzumachen, denn auch im Hinblick auf die verfassungsrechtlichen Komponenten ist das für meine Begriffe von entscheidender Bedeutung.

Die bisherige Regelung in § 25 KHG schrieb den Krankenhausträgern vor, bei der Gestaltung der Dienstverträge mit den Leitenden Krankenhausärzten, also den Chefärzten, zu vereinbaren, daß diese, die Leitenden Krankenhausärzte, ihre Mitarbeiter, die Ober- und Assistenzärzte, an den Liquidationseinnahmen zu beteiligen hatten. Diese gesetzliche Regelung war und ist ein Ausfluß des Kollegialitätsprinzips des § 15 Abs. 2, der hier eben schon angesprochen worden ist. Es soll sichergestellt sein, daß auch diejenigen, die zur Erzielung der Liquidationseinnahmen beitragen, an diesen Einnahmen partizipieren.

Um auch die Frage, welche Gelder hier zur Debatte stehen, noch einmal auf den Punkt zu bringen: : Es sind Honorare für ärztliche Tätigkeit. Es geht nicht um eine Belastung von Pflegesätzen oder anderen Sachkostenerstattungen; die sollen ja den Krankenhausträgern zufließen - aber auch nur diese. Die Honorare für die ärztliche Tätigkeit sollen angemessen und gerecht im ärztlichen Bereich verteilt werden. Das hat das Bundesverfassungsgericht auch in einer früheren Entscheidung als der, die heute morgen schon angesprochen worden ist, ausdrücklich festgestellt. Es ist eine Entscheidung vom 7. November 1987; die entsprechenden Zitate finden Sie in unserer schriftlichen Stellungnahme.

Wir müssen jetzt unterscheiden zwischen den Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft und solchen in konfessioneller Trägerschaft. Im öffentlich-rechtlichen und privaten Bereich ist eine gesetzliche Regelung möglich, wird vom Bundesverfassungsgericht auch durchaus als zulässig erachtet. Sie ist auch notwendig im Hinblick auf die besonderen Verhältnisse im Krankenhaus. Ein nachgeordneter Arzt hat nämlich rein praktisch gar nicht die Möglichkeit, seine Mitarbeit im Liquidationsbereich zur Disposition zu stellen. Er kann dem Chefarzt nicht sagen: Nein, wenn du mich nicht beteiligst, werde ich da auch nicht tätig werden. Das gehört

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

nämlich zu den Dienstaufgaben der ärztlichen Mitarbeiter, der Oberärzte und Chefärzte. Ich will hier nicht von einem Gewaltverhältnis oder gar einem besonderen Gewaltverhältnis sprechen, aber es ist ein Über- und Unterordnungsverhältnis. Daß sich da natürlich derjenige, der als Abteilungsleiter einer Abteilung vorsteht, eher durchsetzt als der Begünstigte einer solchen Regelung, ist ganz klar.

Insoweit besteht aufgrund der Besonderheiten im Krankenhaus - die Probleme haben wir in der Praxis der niedergelassenen Ärzte nicht - ein Regelungsbedürfnis, und das muß im Krankenhausgesetz befriedigt werden. In anderen Bereichen ist es auch schon geregelt, nämlich in der Nebentätigkeitsverordnung, die die beamteten Chefärzte verpflichtet, ihre Mitarbeiter zu beteiligen.

Damit ist auch schon der weitere Punkt angesprochen, den wir bemängeln, nämlich die Rechtsunsicherheit und Rechtsverworrenheit, die durch einen Wegfall der Beteiligungsregelung entstehen würde. Wir haben zunächst einmal eine Vielzahl von Altverträgen, also Verträgen, die vor Inkrafttreten dieses neuen Gesetzes abgeschlossen worden sind. Sie alle enthalten eine Beteiligungsregelung. Es werden in Zukunft auch weiterhin beamtete liquidationsberechtigte Ärzte, speziell an den Hochschulen, tätig sein, die ebenfalls zur Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter verpflichtet sind - aufgrund der eben bereits erwähnten Nebentätigkeitsverordnung. Folglich haben wir eine Vielzahl von Verträgen. Wir haben in unserer Stellungnahme aufgezählt, wie viele verschiedenen Möglichkeiten der Beteiligung oder Nichtbeteiligung es gibt. Und über allem schwebt die berufsrechtliche Beteiligungspflicht. Schon aus diesem Grund besteht ein gesetzliches Regelungsbedürfnis. Es müßte ja, wenn man aus einem bestehenden Gesetz eine Regelung, die sinnvoll war und für die ein Bedarf bestand, herausnimmt, Gründe dafür geben. Solche Gründe sind aber nicht dargetan, es sei denn, man stellt sich die Frage, was denn nun mit den Beträgen geschehen soll, die früher an die ärztlichen Mitarbeiter abzuführen waren. Sollen die Chefärzte sie behalten, oder bestehen anderweitige finanzielle Begehrlichkeiten, die ich aus meiner Praxis in der Beratung durchaus schon zu erkennen glaube. Deswegen habe ich eingangs sehr deutlich gemacht, daß es sich hier nicht um Sachkostenerstattungen handelt, die den Krankenhausträgern gebühren, sondern um Honorare für ärztliche Tätigkeiten, die den Ärzten gebühren.

Jetzt ist die Frage: Was ist mit den Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft? Das Bundesverfassungsgericht hat in der Tat das alte Krankenhausgesetz insoweit für verfassungswidrig erklärt, als es den kirchlichen Trägern verbindlich und ohne Ausnahme vorschrieb, Chefarztverträge so zu gestalten, daß darin eine Beteiligungsregelung enthalten war. Aber man muß sich diese Entscheidung einmal etwas genauer ansehen, um festzustellen, was das Bundesverfassungsgericht wirklich gemeint hat. Heute morgen hörten wir schon einige Passagen aus dieser Entscheidung, die sehr instruktiv ist, insbesondere auch das dazu ergangene Minderheitsvotum des Verfassungsrichters Rottmann; es zeigt nämlich, daß dieser kirchlich garantierte Freiraum in der Rechtslehre weiß Gott nicht unumstritten ist. Das will ich hier aber überhaupt nicht ankratzen. Wir kommen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

schon, wenn wir uns der Mehrheitsentscheidung des Bundesverfassungsgerichtes anschließen, zu dem Ergebnis, daß eine gesetzliche Regelung auch für den kirchlichen Bereich mit gewissen Einschränkungen möglich ist.

Das Bundesverfassungsgericht führt nämlich aus:

Der Angriff der Beschwerdeführer gegen das Gesetz richtet sich nicht gegen die Krankenhausreform als solche, im Grunde auch nicht gegen die vom Gesetzgeber als förderlich und zweckmäßig beurteilten Mitsprache-, Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte der sachkundigen Fachkräfte.

Das ist damals so von den Beschwerdeführenden kirchlichen Krankenhausträgern vorgetragen worden. Die Praxis zeigt auch, daß - ich möchte sagen: fast ausnahmslos - kirchliche Krankenhausträger die Chefarztverträge so gestalten, daß darin eine Beteiligungsregelung enthalten ist. Das Bundesverfassungsgericht sieht denn auch den eigentlichen Verstoß darin, daß diese Regelung in einer bestimmten Form vorgeschrieben worden ist. Das Bundesverfassungsgericht führt aus:

Beanstandet wird aber zu Recht, daß der Gesetzgeber es verfassungswidrig unterlassen hat, den religiösen Vereinigungen auf diesem Teilgebiet des Reformanliegens eigene Wege offenzuhalten.

Es geht nur um die Offenhaltung eigener Wege, so daß der Gesetzgeber durchaus hingehen und zunächst einmal auch die Beteiligungsverpflichtung, den alten § 25 KHG, wieder in das Gesetz aufnehmen kann mit der Maßgabe, daß die kirchlichen Krankenhausträger berechtigt sind, eine hiervon abweichende Regelung zu treffen. Denn nur das war das - durchaus berechtigte - Begehren der konfessionellen Krankenhäuser, daß man an einem konfessionell getragenen Krankenhaus eine generelle Beteiligungsregelung aufstellt, die den kirchlichen Besonderheiten Rechnung trägt. Aber es kann doch nicht angehen, daß man aufgrund dessen, daß das Wie der Beteiligung nicht vorgeschrieben werden kann, darauf verzichtet, auch das Ob der Beteiligung vorzuschreiben.

Insoweit empfiehlt der Marburger Bund der Landesregierung, Ihrem Ausschuß und dem Landtag, das Gesetz dahin gehend noch einmal zu überdenken und eine Regelung zugunsten der ärztlichen Mitarbeiter mit der Maßgabe, daß eben die Krankenhausträger verpflichtet werden, die ärztlichen Mitarbeiter zu beteiligen, in der Weise sicherzustellen, daß sie beteiligt werden, daß eben Chefarztverträge entsprechend gestaltet werden. Insoweit unsere herzliche Bitte, das noch einmal zu überdenken.

Ansonsten schließen wir uns im wesentlichen den Ausführungen der beiden Ärztekammern an. Die Interessen sind auch so in etwa deckungsgleich. Den Ausführungen von Frau Robbers heute morgen kann ich mich allerdings nur im Hinblick auf eine notwendige Regelung der Zurverfügungstellung von Plätzen für Ärzte im Praktikum an-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

schließen. Diese Regelung ist sicher notwendig geworden durch die Änderung der Bundesärztleordnung und der Approbationsordnung.

Dr. Baur, Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte versuchen, mich kurz zu fassen. Ich darf auf unsere schriftliche Stellungnahme vom 27. April 1987 verweisen.

Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte begrüßt nachdrücklich den hier vorliegenden und zur Diskussion stehenden Regierungsentwurf, nachdem er gegenüber den beiden vorangegangenen Referentenwürfen ganz wesentliche Veränderungen gebracht hat, insbesondere im Zusammenhang mit den Vorschriften zur inneren Struktur und auch zu den allgemeinen Vorschriften, soweit dadurch das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht der Kirchen bisher tangiert war und soweit der Gesetzgeber sicherlich die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 1980 zu berücksichtigen hat. Wir glauben, daß der hier vorliegende Regierungsentwurf diesen Forderungen weitgehend Rechnung trägt, so daß man alles in allem wohl damit leben kann.

Natürlich könnten wir uns noch bessere Regelungen vorstellen und wünschen, und es wird immer darüber nachzudenken sein, ob man ein Gesetz noch perfektionistischer, noch besser gestalten kann. Man kann darüber streiten, ob es notwendig ist, eine Bestimmung über eine Arzneimittelkommission in ein Gesetz aufzunehmen, wenn wir wissen, daß diese Arzneimittelkommissionen überall seit vielen Jahren gut funktionieren und ganz wesentlich zur Kostendämpfung im Krankenhaus beigetragen haben, wenn wir wissen, daß unsere langjährigen Forderungen zur Einrichtung solcher Arzneimittelkommissionen praktisch überall realisiert sind. Aber wir bedenken eben, daß ein solches Gesetz, noch dazu ein Krankenhausgesetz, immer einen Kompromiß darstellen und einen möglichst breiten gesellschaftlichen Konsens repräsentieren muß. Insofern glauben wir, daß der jetzt vorliegende Entwurf einen für alle Seiten tragbaren Kompromiß beinhaltet.

Die Leitenden Krankenhausärzte sind es seit eh und je gewöhnt, mit Reglementierungen ihrer Arbeitgeber zu leben, und sie haben es auch gelernt, damit zu leben. Wir meinen, wir werden mit diesem Gesetz sehr gut leben können, zumal es ja Vorschriften enthält, die nicht hier in Nordrhein-Westfalen erfunden wurden.

Wir begrüßen nachdrücklich das in § 1 ausgesprochene Bekenntnis zur Sicherstellung einer differenzierten Krankenhausversorgung. Hier ist ganz klar und eindeutig die Vielschichtigkeit und Strukturiertheit des Gesundheits- und Krankenhauswesens angesprochen, auch im Hinblick auf die weitere Existenz der frei-gemeinnützigen Krankenhäuser. Wir begrüßen auch das Bekenntnis der öffentlichen Hand zur finanziellen Sicherstellung der Krankenhausversorgung. Nur meinen wir, allein bei diesem Bekenntnis kann es nicht sein Bewenden haben. Es müßte noch hinzukommen eine ganz klare Aussage und Verpflichtung, die finanzielle Sicherstellung auch tatsächlich zu gewährleisten. Wir sind uns über die verfassungsrechtlichen Schwierigkeiten im klaren, dies in einem solchen Gesetz zu regeln.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Daher richtet sich unsere Bitte an den Gesetzgeber, den Landtag, bei der Verabschiedung dieses Gesetzes im Rahmen eines Entschließungsantrags einen ganz klar definierten Auftrag an die Landesregierung auszusprechen, diese finanzielle Sicherstellung auch tatsächlich zu gewährleisten und nicht den im Gesetz enthaltenen Grundsatz in der Praxis leerlaufen zu lassen mit dem Argument, daß nicht genügend Haushaltsmittel zur Verfügung stehen. Das wäre eine fatale Entwicklung. Ich meine, es ist auch erforderlich, daß hier der Landtag mit seiner Autorität der Administration einen klaren Auftrag erteilt.

Es gibt verschiedene Details in dem Entwurf, über die man sicher noch diskutieren kann; wir haben sie auch in unserer schriftliche Stellungnahme angesprochen.

Ganz kurz möchte ich nur den § 21 erwähnen mit der hier erstmals in der Bundesrepublik eingeführten neuen Bewertungsgrundlage für die Vergabe der pauschalen Fördermittel in der Form sogenannter Bettenpunktwerte. Wir halten dies im Prinzip für einen begrüßenswerten ersten Schritt, von der bisher schematischen Koppelung der pauschalen Fördermittel an die Bettenzahl wegzukommen. Es ist sicherlich der Weisheit letzter Schluß noch nicht; darüber sind sich alle Beteiligten im klaren, genauso wie niemand im Augenblick bessere Vorschläge hat. Wir würden es daher für sinnvoller halten, wenn diese konkrete Ausgestaltung in eine Rechtsverordnung übernommen würde, so daß im Gesetz selbst, das ja sehr viel schwieriger zu ändern ist, nur die Grundregelung, die Generalregelung enthalten wäre und die Ausführungsbestimmungen dann eben in einer Rechtsverordnung.

Für ebenfalls problematisch halten wir die Erschwerung belegärztlicher Tätigkeit. Wir meinen, daß es auch in der Zukunft zulässig sein müßte, daß in hauptamtlichen Abteilungen neben den hauptamtlich tätigen Krankenhausärzten bei Bedarf und wenn die örtliche Situation dies sinnvoll erscheinen läßt, Belegärzte tätig sein können. Dies soll in § 35 Abs. 2 ausgeschlossen werden.

Ich möchte einmal einen ganz anderen Gesichtspunkt ansprechen, der in der Diskussion bisher noch nicht aufgetaucht ist, nämlich den Gesichtspunkt der sparsamen Wirtschaftsführung. Ich meine, daß unter Umständen eine solche ergänzende Einschaltung von Belegärzten in die stationäre Versorgung durchaus auch im Bereich der Personalkosten zu einer Kostendämpfung beitragen kann.

Ein Punkt, der heute überhaupt noch nicht angesprochen wurde, ist die Großgeräteplanung. Wir sind uns, glaube ich, alle im klaren darüber, daß eine Großgeräteplanung notwendig ist, daß es nicht mehr geht, daß Großgeräte im Wildwuchs installiert und betrieben werden, sondern daß der Einsatz dieser Geräte geplant werden muß. Alle diese Planungen - dazu gehören auch die neuen Großgeräte-Richtlinien - müssen jedoch letztendlich leerlaufen, wenn lediglich der stationäre Bereich und nicht zugleich auch der ambulante Bereich strikt an die Bedarfsplanung gebunden wird. Solange im ambulanten Bereich Geräte betrieben werden, die als nicht bedarfsgerecht anerkannt sind, ohne daß der Betreiber irgendwelchen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Sanktionen unterworfen wird, wie sie im stationären Bereich gelten, so lange muß jede Großgeräteplanung letztendlich ins Leere laufen. Ich glaube, dies können wir uns in der heutigen Zeit angesichts der immensen Kosten, die diese Geräte verursachen, gar nicht mehr erlauben.

Gestatten Sie zum Schluß, noch ein uns selbst betreffendes Problem anzusprechen, nämlich die Regelung in § 14 Abs. 4 des Entwurfs: Kreis der Beteiligten bei der Krankenhausbedarfsplanung. Ich darf vielleicht ganz kurz erwähnen, daß der Verband der Leitenden Krankenhausärzte in diesem Jahr sein 75jähriges Jubiläum feiern kann, daß er mehr als 50 Prozent der Leitenden Krankenhausärzte seit dieser Zeit berufspolitisch repräsentiert und in den Fachministerien auf Bund- und Länderebene als geschätzter Gesprächs- und Beratungspartner angesehen wird, nicht zuletzt der Präsident unseres Verbandes, Herr Prof. Hoffmann, der Mitglied der Wannegatt-Kommission beim Bundesarbeitsministerium war, der Vorsitzende des jetzigen Sachverständigenrat beim Bundesarbeitsminister zur Beratung in Fragen der Strukturreform ist. Nicht zuletzt repräsentiert unser Verband die Berufsgruppe, die auf Lebenszeit im Krankenhaus tätig ist und auf diese Weise eine Fachkompetenz in sich vereinen kann, die an anderer Stelle in diesem Maße nicht vorhanden ist. Wir können nicht einsehen und nicht verstehen, daß wir aus dem Gremium des § 14 Abs. 4 ausgeschlossen werden sollen.

Wenn es an der Tariffähigkeit liegen sollte, dann darf ich darauf hinweisen, daß wir tariffähig sind. Wir haben dies bereits bewiesen durch einen Tarifvertrag, der seit den 50er Jahren in unserem Landesverband Hamburg besteht und dort mit dem Hamburger Senat abgeschlossen wurde und seit dieser Zeit die Arbeitsbedingungen der Leitenden Krankenhausärzte qua Tarifvertrag regelt.

Lassen Sie mich mit der Bitte an Sie schließen, uns in diese Gruppe aufzunehmen. Es ist im Interesse einer optimalen Krankenhausbedarfsplanung erforderlich, daß der von uns repräsentierte Sachverstand in diesem Gremium vertreten ist.

Vorsitzender: Vom Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands ist niemand erschienen. - Ich darf dann die nächste Fragerunde eröffnen.

Abg. Arentz (CDU): Ich habe eine Frage an die Vertreter der Ärztekammern, ebenso an den Vertreter des Hartmannbundes. Es ist heute schon mehrfach festgestellt worden, daß die Regelung, die zur Zeit im Entwurf über die Belegabteilungen steht, nicht einer besseren Verzahnung von stationären und ambulanten ärztlichen Leistungen dient. Wären aus Ihrer Sicht neben einer Überarbeitung dieser Passagen in dem Sinne, wie es eigentlich übereinstimmend von allen gefordert worden ist, weitere Schritte notwendig, die hier ins Gesetz eingeführt werden sollten, um diesem Ziel näherzukommen?

Abg. Reymann (SPD): Ich habe eine Frage an den Vertreter des Marburger Bundes. Sie haben die Forderung erhoben, wir sollten den Arzt im Praktikum als eine Verpflichtung für den Träger ins Gesetz aufnehmen. Frage: zusätzlich zur vorhandenen Personalbemessung

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

oder etwa auf der Basis der jetzt leider exerzierten Einsparung von regulären Stellen zugunsten einer Drittelaufteilung für diese modernen Hilfsdienste oder Hilfssklaven?

Die zweite Frage geht an den Verband der Leitenden Krankenhausärzte: Was versprechen Sie sich von einer Entschließung zur Finanzfrage, wenn Sie mal vom Selbstverständnis des Parlaments - nicht des Parlamentariers - und der Demokratie ausgehen? Wir haben hier ein Gesetz, in dem finanzielle Verpflichtungen expressis verbis festgeschrieben sind. Glauben Sie, die Situation wird noch besser durch eine Entschließung? Sind wir da nicht als Demokraten alle aufgefordert, den Parlamentarier in diesem Fall an die Hammelbeine zu nehmen - aus seinem Selbstverständnis heraus? Ich wage zu behaupten: Im Mutterland der Demokratie, in England, würde jeder bei Ihrem Begehren schallend lachen. Wozu haben wir Gesetze mit festgeschriebenen Verpflichtungen?! Deswegen noch einmal meine Bitte: Können Sie mir erklären, was Sie sich davon versprechen, abgesehen davon, daß das eine nette Arabeske für eine Deklaration ist?

Abg. Kampmann (CDU) Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Schlauß. - Sie haben sich eben zur Krankenhaushygiene etwas deutlicher ausgedrückt. Sie haben auch auf die hohe Säuglingssterblichkeit verwiesen. In Ihrer schriftliche Stellungnahme heißt es zu § 7: "Eine entsprechende Ergänzung der gesetzlichen Vorschriften ist nach Auffassung des Harmannbundes vorzunehmen." Ich frage: Wo sehen Sie die häufigsten Ursachen für die mangelnde Hygiene im Krankenhaus?

Abg. Arentz (CDU): Bezugnehmend auf Ihre schriftliche Stellungnahme, Herr Dr. Schlauß, möchte ich noch die Frage anschließen: Sind Sie der Auffassung, daß sich die Bekämpfung von Krankenhausinfektionen im wesentlichen durch die im Entwurf vorgeschlagene Errichtung einer Kommission erfolgreich vollziehen kann? Sind Sie der Auffassung, daß die Gründe vielleicht mehr im baulichen Bereich liegen, d. h. zusätzliche investive Mittel erforderlich sind, um der Probleme Herr zu werden? Oder sind Sie der Auffassung, daß ein Schwerpunkt in dem außerordentlich geringen Stellenwert dieser Disziplin in der Ausbildung der Ärzte zu suchen ist?

Vogt: Ich hatte vorhin darzustellen versucht, welche Vorteile das kooperative Belegarztwesen für das Krankenhaus und das Gesundheitswesen insgesamt bringen könnte, möglicherweise in einigen Bereichen auch Kostenvorteile. Uns ging es natürlich primär darum, Diskriminierungen abzubauen, die dieser Gesetzesentwurf enthält und auf die wir auch in der schriftliche Stellungnahme ziemlich detailliert hingewiesen haben. Ich könnte mir aber vorstellen, daß man darüber hinausgehen und positiv auf diese Fragestellung einwirken kann. Ich bin aber im Moment natürlich überfordert, wenn ich Ihnen hierzu schon eine konkrete Formulierung vorschlagen sollte. Aber insgesamt wäre das aus unserer Sicht wohl denkbar. - Ich glaube, das darf ich auch für die Ärztekammer Westfalen-Lippe sagen.

Lübke: Wir hatten vor einigen Wochen bei Ihrem Herrn Minister ein Gespräch, in dem gerade diese Frage der Zurver-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

fügungstellung von Stellen für Ärzte im Praktikum angesprochen wurde. Wir sind in dem Gespräch zu dem Ergebnis gekommen, daß wir durchaus zumindest für den Krankenhausbereich gute Chancen sehen, das umzusetzen. Deshalb unsere Empfehlung, das auch in die Krankenhausgesetze mit einzubauen, wie das in anderen Bundesländern schon geschehen ist.

Abg. Reymann (SPD): Zusätzlich zum vorhandenen Stellenplan?

Lübke: Die Frage nach der Schaffung zusätzlicher Stellen ist im Prinzip mit Ja zu beantworten. Es wird allerdings in weiten Bereichen die Möglichkeit bestehen, die doch große Arbeitsbelastung der Ärzte in den Krankenhäusern durch Freizeitausgleich abzubauen. Damit bestehen schon gewisse Kompensationsmöglichkeiten. Das Wie des Einbaus bedarf aber sicherlich keiner besonderen starren gesetzlichen Regelung, sondern es war lediglich unser Ansinnen, eine generelle Aufforderung an die Träger einzubauen, um eben diese Stellen für die Mediziner Ausbildung - Ausbildung ist nun einmal eine staatliche Aufgabe - vorzuhalten.

Dr. Baur: Wir sind nicht der Meinung, daß das Gesetz die Probleme der Aufbringung der Investitionskosten bereits verbindlich regelt. Das trifft zwar für die kurzfristigen Anlagegüter zu, nicht aber für die mittel- und langfristigen. Diese werden verteilt nach den in den Investitionsprogrammen vorgegebenen und zur Verfügung gestellten Haushaltsmitteln. Insofern erwarte ich mir eben eine moralische Wirkung. Das es mehr nicht ist, darüber bin ich mir im klaren.

Abg. Reymann (SPD): Sie bestätigen, daß Sie also genau wie ich gesetzestreu sind? Wenn Ihre Forderung einen Sinn haben soll, dann schreibt man das nicht in eine EntschlieÙung, sondern dann schreibt man die Höhe des Betrages bis auf Kommastellen ins Gesetz. Wenn wir uns auf diese Linie verständigen könnten? Ich wehre mich dagegen, daß man etwas, was man will, in EntschlieÙungen packt, die unverbindlich sind. Als Gesetzgeber muß ich dafür sorgen, daß die Kriterien festgeschrieben werden, auf die jeder dann Anspruch hat und klagen kann.

Dr. Baur: In der Diskussion um das KHG von 1972 wurden wir dahin gehend belehrt, daß eine gesetzliche Fixierung der Investitionskostenförderung zumindest im Bereich der lang- und mittelfristigen Wirtschaftsgüter aus haushaltsrechtlichen und sonstigen Gründen nicht möglich sei. Ich bin natürlich mit Ihnen der Meinung, eine gesetzliche Fixierung wäre der optimale Zustand. Das aber scheint nicht möglich zu sein. Ich erwarte mir von einer solchen EntschlieÙung in der Tat eine wichtige moralische Wirkung, zumal ja gerade im letzten Jahr die Diskussion in Nordrhein-Westfalen darüber entstanden ist, ob die geplanten Investitionsmittel vom Finanzminister überhaupt zur Verfügung gestellt werden können.

Dr. Schlauß: Zur Frage der Belegärzte, auf die Herr Arentz eingegangen ist: Ich meine, das beginnt schon mit dem § 1. Wenn dort die niedergelassenen Ärzte ausdrücklich angesprochen sind, dann gehören in diesen Grundsatz auch die Belegärzte mit hinein. Abge-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

sehen davon meinen wir - und das hatte ich in meinen ergänzenden Erläuterungen hier mit angeführt -, auch in den §§ 14, 22 und 31 - ich sehe jetzt einmal speziell von § 35 ab -, könnten die Belegärzte durchaus mit erwähnt werden. Das betrifft also das Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausbedarfsplans, medizinisch-technische Großgeräte und Investitionsverträge - also abgesehen von § 35, wobei ich ausdrücklich betont habe und hier konform gehe mit der Stellungnahme der Ärztekammer Westfalen-Lippe, daß insbesondere Abs. 2 des § 35 in dieser Form nicht akzeptabel ist. - Ich bitte, damit einverstanden zu sein, daß Herr Dr. Schmidt-Vollmar die zweite Frage zur Krankenhaushygiene beantwortet.

Dr. Schmidt-Vollmar, Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.: Herr Abg. Arentz hatte nach den Gründen für die Darstellung der Krankenhaushygiene und danach gefragt, ob diese Gründe für die Häufigkeit der Infektionen im Krankenhaus in dem Fehlen von investiven Mitteln zu suchen seien oder im mangelnden Stellenwert der Hygiene in der Ausbildung.

Dazu ist vielleicht etwas weiter auszuholen, und vielleicht kann ich in meine Antwort auch die Frage von Herrn Abg. Kampmann einbeziehen. Die Frage der häufigsten Infektionsquelle im Krankenhaus ist natürlich so generell nicht zu beantworten. Ich darf da auf die Krankenhaushygiene-Gesellschaft verweisen, die sich sehr eingehend mit diesen Fragen gefaßt und auch nachgewiesen hat, daß die häufigsten Infektionen natürlich dort vorkommen, wo vorwiegend operativ gearbeitet wird.

Woran liegt es, daß überhaupt noch Sekundärinfektionen im Krankenhaus auftreten? Wir haben heute eine ganze Anzahl von guten Pharmaka zur Verfügung, die Infektionen eigentlich ausschließen müßten. Trotzdem haben wir das Problem der Hauskeime, wenn ich das einmal so ausdrücken darf, die uns immer wieder Sorge machen und die immer wieder - trotz optimaler Sterilität - in den entsprechenden Abteilungen zu Infektionen führen, die normalerweise eben nicht auftreten dürften.

Zum einen müssen natürlich mit investiven Mitteln optimale bauliche Voraussetzungen geschaffen werden, damit in den Operationsabteilungen auch diesen Dingen Rechnung getragen wird.

Zum anderen müssen heute im Krankenhaus, in der ganzen ärztlichen Tätigkeit Einmal-Spritzen, Einmal-Katheder und Einmal-Instrumente verwandt werden, um die Infektion ausschließen zu können. Damit sind gewaltige Kosten verbunden, die aber aus Gründen der Fürsorge für den Patienten einfach aufgebracht werden müssen.

Dazu darf ich vielleicht auf unsere Eingabe zu § 7 verweisen. Wenn schon das Krankenhaus verpflichtet wird, alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen, dann muß nach Meinung unseres Verbandes auch gewährleistet sein, daß die entsprechenden Kosten auch im Pflegesatz berechenbar sind. Eine entsprechende Ergänzung der gesetzlichen Vorschriften ist nach unserer Auffassung vorzunehmen. Diese Eingabe hatten wir damals schon gemacht.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

Dann Stellenwert in der Ausbildung: Sie wissen - darauf wird im Gesetz ja auch Bezug genommen -, daß Hygienekommissionen in den Krankenhäusern eingerichtet werden, die darauf achten müssen, daß speziell ausgebildete Personen, seien es Ärzte, seien es Pflegekräfte oder Schwester aus diesem Bereich, in diesen Hygienekommissionen mitwirken. Wir sollten begrüßen, daß das in dem Gesetz zum Ausdruck kommt. Nur, Sie müssen damit rechnen: Das macht auch Kosten.

Frau Glock, Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Der DGB-Landesbezirk Nordrhein-Westfalen hat zum Entwurf des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen eine ausführliche schriftliche Stellungnahme abgegeben. Auf sie darf ich verweisen und hier ergänzend nur einige Ausführungen zu den aus unserer Sicht notwendigen Schwerpunkten eines Krankenhausgesetzes für dieses Land machen.

Das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen muß dabei einerseits den besonderen Belangen der Patienten im Krankenhaus Rechnung tragen, andererseits aber auch durch kostendämpfende Aspekte einer überproportionalen Preis- und Mengenentwicklung im Krankenhausbereich entgegenwirken. Bei den Krankenkassen führt eine weitere Erhöhung der Leistungsausgaben für Krankenhauspflege notwendigerweise zu Beitragserhöhungen und damit zu einer höheren Belastung der Beitragszahler. Wir begrüßen deshalb die Vorschriften, die der Gesetzentwurf für eine patientenorientierte Behandlung im Krankenhaus enthält und die gleichzeitig zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen sollen. Dies gilt insbesondere für die Vorschriften über die Qualitätskontrolle, über die Hygiene im Krankenhaus, über die Tätigkeit einer Arzneimittelkommission, über die Einrichtung der Patientenfürsprecher und die Sicherstellung des Sozialen Dienstes, die Verpflichtung zur gemeinsamen Nutzung medizinischer-technischer Großgeräte und der gemeinsamen Nutzung medizinischer und wirtschaftlicher Einrichtungen.

Nach unserer Auffassung gehört dazu aber auch die Öffnung der Krankenhäuser für eine vorstationäre Diagnostik und die nachstationäre Behandlung. Eine solche Vorschrift erspart dem Patienten Mehrfachuntersuchungen, verkürzt die Verweildauer und kann erhebliche Kosten und Betten einsparen. Wir sehen eine Möglichkeit zur Aufnahme einer solchen Vorschrift in den § 2.

Betteneinsparungen sollen nach unserer Auffassung nicht durch einen Kahlschlag erfolgen. Wir halten eine Umwidmung oder Umstrukturierung von Betten für notwendig. Immer wieder ist zu verzeichnen, daß es an Einrichtungen der Nachsorge fehlt, an Tageskliniken für teilstationäre Versorgung und die Nachbehandlung nach Operationen sowie die geriatrische Behandlung. Darüber hinaus besteht ein Defizit an Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige.

Das Fehlen stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanter sozialer pflegerischer Dienste führt aber zur Fehlbelegung der Betten mit Pflegepatienten. Das sehen wir ja überall.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

Über den dringend notwendigen Datenschutz liegt inzwischen der Entwurf eines Gesetzes zum Schutz personenbezogener Daten im Krankenhaus vor. Wir sind der Auffassung, daß dieses Gesetz zeitgleich mit dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen in Kraft treten sollte.

Der DGB-Landesbezirk geht im übrigen davon aus, daß dieses neue Krankenhausgesetz für Nordrhein-Westfalen mit seinen Vorschriften für eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam wirtschaftenden Krankenhäusern und für sozial tragbare Pflegesätze wie vorgesehen am 1. Januar 1988 in Kraft treten kann, daß dann aber auch eine umfassende und schnelle Umsetzung dieser Bestimmungen in allen Krankenhäusern unseres Landes erfolgt.

Kühle, Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltung Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender! Herr Minister! Herr Staatssekretär! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Gestatten Sie zunächst in fünf Punkten eine Vorbemerkung zu dem Gesetzentwurf des KHG NW, die wir im übrigen mittlerweile auch als Stellungnahme eingereicht haben.

Wir dürfen zunächst als Gewerkschaft ÖTV feststellen, daß der vorliegende Entwurf in wesentlichen Punkten Verbesserungen gegenüber dem bisherigen Recht enthält, die auch langjährig von der Gewerkschaft ÖTV gefordert worden sind. Wir freuen uns auch, daß Detailvorschläge, die wir zum Referentenentwurf eingebracht haben, in diesem Regierungsentwurf berücksichtigt worden sind. Wir verweisen darauf, daß unsere Aussage in der Anhörung, die freundlicherweise die CDU-Fraktion zu diesem Referentenentwurf gemacht hat, mittlerweile auch Berücksichtigung gefunden hat, daß nämlich ein einheitliches Recht für alle Krankenhäuser geschaffen wurde. Ich verweise mit dieser ÖTV-Aussage insbesondere an die Adresse der kirchlichen Krankenhausträger, um hier mal gewerkschaftlicherseits eine deutliche Aussage zu treffen, daß wir uns nicht für ein gespaltenes, sondern für ein einheitliches Krankenhausrecht, unbeschadet der Trägerschaft, aussprechen.

Wir erwarten allerdings - und das ist unsere Aussage an die Landesregierung -, daß dort, wo ergänzende Mitbestimmungsstrukturen möglich sind, beispielsweise im Mitbestimmungsartikelgesetz für die kommunalen Krankenhäuser, seitens der Landesregierung nachgedacht wird, ob hier Mitbestimmungsmöglichkeiten für die Beschäftigten qualitätsorientiert eröffnet werden können.

Für sehr wichtig halten wir es - insofern begrüßen wir diese Absicht der Landesregierung -, einen gesonderten Entwurf für ein krankenhausspezifisches Datenschutzrecht vorzulegen. Dieses ist unerläßlich. Meine Vorrednerin hat darauf hingewiesen; ich kann mir weitere Erläuterungen ersparen.

Kritische Bemerkungen haben wir in unserer Stellungnahme gemacht zu der beabsichtigten Streichung der Krankenhausbeiräte. Wir wissen, daß das in der Vergangenheit ein umstrittenes Instrument war, meinen aber, erkannt zu haben, daß Krankenhausbeiräte lediglich

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

deshalb nicht funktioniert haben, weil ihnen Aufgaben und Kompetenzen fehlten. Wir denken, wenn hier eine klare Aufgaben- und Kompetenzzuweisung erfolgen würde, könnten auch diese Krankenhausbeiräte eine sinnvolle Funktion in diesem Gesetz und in der Praxis haben.

Größte Bedenken - das muß ich an dieser Stelle mit Blick auf das, was sehr allgemein zur Krankenhausplanung bzw. zur Krankenhausbedarfsplanung zu sagen ist, sehr deutlich hervorheben - haben wir gegen die für uns als gewerkschaftliche Interessenvertretung erkennbaren Absichten insbesondere des für Krankenhausplanung zuständigen Ministeriums - und ich glaube, ich darf hier sagen: an dieser Stelle sind wir uns mit der CDU-Fraktion einig -, bereits jetzt, im Vorgriff auf eine politisch gewollte neue Krankenhausbedarfsplanung, Bettenabbau, Stationsschließungen, Abteilungs-schließungen und ähnliches zu betreiben im Vorgriff auf einen Gesetzentwurf, von dem wir überhaupt noch keine Kriterien und Determinanten für eine vernünftige Krankenhausbedarfsplanung wissen. Dieses halten wir - das sage ich an die Adresse der Spitze des Arbeitsministeriums, aber auch mit Blick auf die Landesregierung - für sehr kritisch.

Soweit die Vorbemerkungen.

Gestatten Sie mir dann, noch einige Positionen aus gewerkschaftlicher Sicht zu den Detailpunkten des Gesetzentwurfs zu sagen.

Wir haben eine Bemerkung gemacht zum Patientenfürsprecher. Wir bleiben bei unserer Stellungnahme, die wir auch schon zum Referentenentwurf zum Ausdruck gebracht haben, daß der Patientenfürsprecher von den jeweils zuständigen selbstverwalteten Sozialversicherungsträgern vor Ort bestellt werden sollte. Wir meinen, damit könnten auch die freien Träger ihre Bedenken zurückschrauben, daß hier unter Umständen in ihre verfassungsmäßigen Rechte eingegriffen wird. Wir schließen uns - das sage ich noch einmal ausdrücklich, weil wir auch die Einrichtungen der Psychiatrie vertreten - den Forderungen an, die die Landschaftsverbände hier gestellt haben, und bitten herzlich darum, die bisherigen Beschwerdekommis-sionen doch dadurch zu berücksichtigen, daß man im Referentenentwurf vorsieht, daß sie den Patientenfürsprecher ersetzen können.

Zu § 7, Qualitätssicherung: Ich denke, in der bisherigen Anhörung ist sehr viel über ärztliche Qualitätssicherung gesprochen worden. Keiner hat bisher etwas gesagt zum Pflegedienst, insbesondere zur Qualitätssicherung des Pflegedienstes des Krankenhauses. Wir denken deshalb, daß in den Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Krankenhausträger aufgenommen werden sollte zur Vorhaltung interner Fort- und Weiterbildung. Dieses wäre sicherlich ein wesentlicher Beitrag, über die ärztliche Qualitätssicherung, die ja in der Regel durch Vereinbarungen zustandekommt, auch eine interne Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Zur Krankenhaushygiene, glaube ich, kann ich mir Bemerkungen ersparen, da die Formulierung trotz vieler Bedenken der Vorrednerinnen und Vorredner von uns ausdrücklich begrüßt wird. Wir haben in

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

unserer Stellungnahme vorgeschlagen: Wenn man schon Kommissionen einrichtet, u. a. eine Arzneimittelkommission, und die Aussagen in der Konzertierten Aktion hinsichtlich der kostendämpfenden Maßnahmen ernst nimmt, daß die Sparansätze zukünftig verstärkt im Sachmittelbereich eintreten müßten, dann wäre es vielleicht auch überlegenswert - und das würden wir zu tun bitten -, ob nicht auch eine Sachmittelkommission in dieses Gesetz aufgenommen werden könnte mit einer entsprechenden Aufgabenstellung für den Sachmittelbereich, wobei sich diese Sachmittelkommission mit ihrer Aufgabenstellung auf die Gebrauchsanlagen und Wirtschaftsgüter beziehen könnte.

Was sehr kritisch ist - und ich glaube, Frau Robbers für die kommunalen Spitzenverbände und die Landschaftsverbände haben es angesprochen -, ist im Gegensatz zum Referentenentwurf jegliches Fehlen einer Aussage der Landesregierung über die Finanzierung der Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilhilfsberufe. Ich denke, hier muß eine klare Aussage des Landes in das Gesetz hinein, daß, wenn die Finanzierungslage so unklar bleibt, wie sie zur Zeit ist, das Land den entsprechenden Teil der Ausbildung finanzieren wird.

Wir haben darüber hinaus einige wesentliche Bemerkungen zu machen zu dem Teil des § 13 Abs. 5, der sich mit Ausbildungsaufgaben befaßt. Hier ist zwar gesagt, daß den Krankenhäusern Ausbildungsaufgaben zugewiesen werden können, damit ist in diesem Gesetzentwurf aber Ende. Ich denke, das Land muß auch sicherstellen, daß die Finanzmittel für eine ausreichende Sach- und Personalkostenfinanzierung in diesem Gesetzentwurf geregelt werden. Denn die Berufsgesetze geben uns ja einiges an zwingenden Vorgaben vor, und die Sach- und Personalkostenfinanzierung muß eigentlich dann aus Landesmitteln sichergestellt werden, weil das sicherlich nicht pflegesatzrelevante Kosten sind, die über die Kassen zu erstatten wären.

Gestatten Sie mir noch eine Bemerkung zu § 15, zur Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan. Ich denke, klar ist, daß wir uns hier der auch mehrheitlich schon vertretenen Auffassung anschließen, daß es mit der 75prozentigen Auslastungsregelung keine abteilungsbezogene Befristung geben darf. Dies ist sicherlich klar und kann auch durch die Praxis sehr deutlich begründet werden. Was man wohl überlegen könnte, ist, ob man hier die Befristung ausweitet auf einen größeren Zeitraum, beispielsweise fünf Jahre. Aber ich denke, es gibt immer wieder praktische Erfahrungswerte im Krankenhausbetrieb, daß beispielsweise ein Chefarztwechsel oder eine Renovierung während des laufenden Krankenhausbetriebes Auslastungsquoten vorübergehend sehr stark senkt, ohne daß dies gleich eine Schließung der Abteilung zur Folge haben müßte.

Zu § 21, der pauschalen Förderung: Hier ist die gewerkschaftliche Position klar. Auch aus unserer Sicht sollte eine angepaßte Erhöhung der Fördermittelpauschalen erfolgen. Was uns aber insbesondere auch noch trifft - und das haben die Vertreter der Landschaftsverbände gesagt -, ist im Prinzip dieser Halbierungserlaß für die Psychiatrischen Krankenhäuser mit mehr als 349 Betten. Hier muß sicherlich noch mal überlegt werden, ob dies sinnvoll

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

ist, insbesondere auch deshalb, weil psychiatrische Einrichtungen gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von den Auswirkungen sehr negativ betroffen würden.

Zur Struktur der kommunalen Krankenhäuser darf ich abschließend aus unserer Stellungnahme noch einmal darauf verweisen, daß wir, wenn wir ein einheitliches Krankenhausrecht haben - was von uns begrüßt wird -, trotzdem darum bitten, über die Strukturen der kommunalen Krankenhäuser mit Blick auf Mitbestimmungsmöglichkeiten, die verfassungsrechtlich möglich sind, seitens der Landesregierung noch einmal nachzudenken.

Schneider, Deutsche Angestelltengewerkschaft, Landesverband Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Für die Einladung zur heutigen Anhörung dürfen auch wir uns recht herzlich bedanken. Wir haben Ihnen eine ausführliche schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf heute übergeben. Entsprechend dem Wunsch des Vorsitzenden werde ich mich kurz fassen; ich werde meine Ausführungen straffen, da sich wesentliche Aussagen meiner Vorredner dieses Rednerblocks decken mit der Auffassung der DAG.

Nach unserer Meinung trägt der vorgelegte Entwurf auf der Grundlage des geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes im großen und ganzen den Forderungen der DAG Rechnung, die wir an eine leistungsfähige Krankenversorgung stellen. Unbeschadet dessen sollten folgende Kritikpunkte Beachtung finden bzw. erwähnt werden.

Auflösung der Mischfinanzierung: Hier befürchten wir, daß der auf anderen Wegen den Bundesländern zugedachte Bundeszuschuß, der nicht mehr mit einer Zweckbindung für die Krankenhausversorgung verbunden ist, in Nordrhein-Westfalen nicht im gewünschten Umfang für Krankenhausinvestitionen verwendet werden wird. Bei der wohl noch auf viele Jahre hinaus bestehenden Finanzknappheit unseres Landes - Herr Dr. Prößdorf hat das heute morgen auch erwähnt - besteht die Gefahr, daß diese Mittel für andere Aufgaben, aber nicht unbedingt für den Krankenhausbereich verbraucht werden.

Ein Sinken des Qualitätsniveaus in der stationären Versorgung im Vergleich zu finanzkräftigeren Bundesländern muß befürchtet werden. Um die Qualität der Krankenversorgung zu gewährleisten, müssen zwangsläufig die Benutzerkosten per Pflegesätze steigen. Dieses Prinzip widerspricht der Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Bei der sachgerechten Vergabe der Mittel für die Krankenhausfinanzierung kommt Ihnen als Abgeordneten wie auch dem Ausschuß eine besondere Verantwortung zu.

Ein Punkt, der heute noch nicht angesprochen worden ist, ist die länderübergreifende Zusammenarbeit. Zu bedauern ist, daß im Gesetzentwurf eine länderübergreifende Koordinierung nicht vorgesehen ist. Gerade für das Land Nordrhein-Westfalen, das von den Bundesländern Niedersachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz umgeben ist, scheint es notwendig und zweckmäßig zu sein, bei der Krankenhausplanung für die einzelnen Versorgungsgebiete in grenznahen Bereichen eine Absprache sowie eine angemessene Beteiligung an den Ko-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ste

sten mit den jeweiligen Bundesländern zu vereinbaren. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz hat hier in dem entsprechenden Paragraphen Regelungsmöglichkeiten offen gelassen, die ausgefüllt werden könnten.

Dritter Punkt: Rationalisierung. Das ist immer so ein Punkt, den wir als Gewerkschaften mit ein wenig Bauchschmerzen sehen. Um eine kostengünstige Versorgung im Krankenhaus zu gewährleisten, ist eine enge Zusammenarbeit der Krankenhäuser, wie in § 10 des Gesetzes vorgesehen, erforderlich und wird von uns auch unterstützt. Eine bessere Auslastung der Akutkrankenhäuser könnte hier erreicht werden. Als Arbeitnehmerorganisation und Interessenvertretung der Beschäftigten im Gesundheitsdienst, auch in konfessionellen Dienststellen, sehen wir jedoch auch eine Gefährdung der Arbeitsplätze auf uns zukommen, wenn wir z. B. in den Kommentierungen lesen, Wäschereien, Laboreinrichtungen und Verwaltungsteile könnten da zusammengelegt werden. Um mögliche Nachteile, die bei der Zusammenarbeit entstehen können, auszuschließen, müssen die Interessenvertretungen der Beschäftigten beteiligt werden. Eine Unterstützung der Beschäftigten, denen infolge der Um- oder Einstellung des Krankenhausbetriebes bzw. Teils beträchtliche Nachteile entstehen, ist hier nach unserer Meinung zwingend erforderlich. Hier sollten auch Umschulungsmaßnahmen von der Förderung des § 27 erfaßt werden. Denn eines müssen wir ja auch bedenken: Das Personalvertretungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen mit seinen Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechten sowie der BAT finden nicht bei allen Krankenhausträgern Anwendung.

Vierter Punkt: Mitwirkungs- und Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen. Die Krankenkassen werden aufgrund der Einflußmöglichkeiten, z. B. Landesausschuß, im Rahmen der Kostendämpfung nach dem Gesetzentwurf auf eine noch kostengünstigere stationäre Behandlung achten. Die Notwendigkeit der Kostendämpfungsmaßnahmen wird von uns nicht bestritten. Das Ziel einer kurzen Verweildauer der Patienten und der damit verbundenen Kosteneinsparung darf jedoch nicht zu Lasten der Beschäftigten gehen. Die Kosteneinsparung bei stationärer Behandlung ist höher als die Einkommenssteigerung der Arbeitnehmer; das muß man auch berücksichtigen. Die Entwicklung darf hier nicht verkannt werden. Eine kürzere Verweildauer der Patienten kann nur durch eine Intensivierung der Behandlung und Pflege erreicht werden. Dazu wäre nach unserer Auffassung sogar Personalmehrung notwendig. Die Vielzahl der Überstunden und zusätzlichen Wochenenddienste wegen zu knapper Personaldecke bekräftigen unsere Aussagen. Personalreduzierung würde dann zwangsläufig das Gegenteil bewirken: Kostensteigerung und eine verlängerte Verweildauer.

Letzter Punkt: Betriebsprüfung. Wir begrüßen die in § 32 des Gesetzentwurfs genannte Auffassung, daß Krankenhäuser organisatorisch und wirtschaftlich eigene Betriebe sein müssen; wir weisen jedoch darauf hin, daß eine Verselbständigung bestimmter Dienststellen oder bestimmter Bereiche eines Krankenhauses nicht zur Konsequenz haben darf, daß bestehende Tarifverträge, z. B. die des öffentlichen Dienstes, ausgehebelt werden.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

Richardt, Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalen: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Die von Bund und Ländern gemeinsam zu verwirklichende Krankenhausfinanzierung, innerhalb derer das Krankenhausgesetz unseres Landes wesentlicher Bestandteil sein wird, muß aus unserer Sicht vor allem auch einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Wie unerläßlich ein derartiger Beitrag ist, zeigt die Kostenentwicklung der Vergangenheit. Dabei muß das besondere Augenmerk auf die Ausgaben im Krankenhausbereich gelenkt werden, denn dies ist ein Drittel des gesamten Kostenblocks. Im Jahr 1986 waren es 37,5 Milliarden DM bundesweit. Im Krankenhausbereich lagen dabei die Ausgabenzuwächse in der Vergangenheit stets über der Grundlohnentwicklung: 1986 6,2 Prozent gegenüber einer Grundlohnsteigerung von 3,1 Prozent. Das macht deutlich, daß die ständig erhöhte Beitragsbelastung vor allem auch auf die Ausgabenzuwächse bei der stationären Behandlung zurückzuführen ist.

Bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, die der Bundesgesetzgeber mit seinem Neuordnungsgesetz zum 1. Januar 1985 eingeleitet hat, sollte und soll vor allem auch dem Ausgabenzuwachs und dem Ansteigen der Beitragsätze gegengesteuert werden. Durch dieses Gesetz hat der Bund einen Schritt in die richtige Richtung getan, wenn auch nach unserer Auffassung bei weitem nicht in dem Umfang, wie es sachlich notwendig gewesen wäre.

Bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist aber den Ländern, insbesondere im Bereich der Krankenhausplanung und im Bereich der Investitionsförderung, ein weiterer Gestaltungsspielraum eröffnet worden. Damit ist auch dem Landesgesetzgeber die Möglichkeit gegeben, einen wirksamen Beitrag zur Kostendämpfung für seinen Bereich zu leisten, damit die Gesamtkonzeption von Bund und Ländern stimmig wird. Denn auch im Krankenhausbereich muß die Nachfrage das Angebot bestimmen, und es besteht weitgehende Übereinstimmung, daß dies derzeit allzu häufig nicht der Fall ist, sondern daß vorhandenes Angebot entsprechende Nachfrage auslöst. Dies hat zu Überkapazitäten geführt; sie sind abzubauen.

Der Entwurf des Krankenhausgesetzes unseres Landes muß sich daher auch daran messen lassen, inwieweit er einen Beitrag leistet zum Abbau nicht bedarfsnotwendiger Bettenkapazität. Wir meinen, dieser Zielsetzung wird der Entwurf nur zum Teil gerecht. Dabei sind Krankenhausplanung und Investitionsförderung die beiden zentralen Bereiche, die das Land in eigener Verantwortung auszufüllen hat. Wegen der Kürze der Zeit beschränke ich mich daher auf diese beiden Bereiche und verweise im übrigen auf unsere Stellungnahme, die Ihnen heute noch zugehen wird, Herr Vorsitzender.

Dabei sollte nach dem Willen des Bundesgesetzgebers durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung eine stärkere Mitwirkung der Beteiligten, vor allem bei der Krankenhausplanung, aber auch bei der Investitionsförderung, erreicht werden. Der Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat dazu folgende Erwartungen ausgesprochen. Ich darf mit Ihrer Erlaubnis zitieren:

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ste

Es wird Aufgabe der Beteiligten sein, bei der Gestaltung der landesrechtlichen Vorschriften darauf zu achten, daß ein Mitwirkungsverfahren gefunden wird, das der Vorgabe des Bundesrechts, Einvernehmen anzustreben, auch sachlich gerecht wird. Einvernehmen anzustreben ist eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als enge Zusammenarbeit; es ist das ernsthafteste und unter Beweis zu stellende Bemühen, sich mit den Beteiligten zu einigen. Diese Forderung erfüllt der Gesetzentwurf nach unserer Auffassung nicht hinreichend; denn beim Verfahren zur Aufstellung der Krankenhausplanung wird dem Gesundheitsminister das völlig uneingeschränkte Recht der Letztentscheidung eingeräumt. Weder inhaltlich noch auch nur verfahrensrechtlich wird dieses Recht in irgendeiner Weise beschränkt. Der effektive Einfluß des Landesausschusses für Krankenhausplanung ist somit nur dann gegeben, wenn der Minister letztlich mit den Beratungsergebnissen einverstanden ist.

Folgt S. 151

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Zweckmäßige und sachdienliche Planungsvorschläge des Ausschusses könnten aus sehr vielfältigen Überlegungen selbst dann verworfen werden, wenn sie von sämtlichen Ausschußmitgliedern - das soll vorkommen -, also einstimmig getragen werden. Insgesamt sollte daher den Vorschlägen des Landesausschusses mehr Gewicht gegeben werden und sollten in weitgehender Übereinstimmung gefundene Lösungen der unmittelbar Betroffenen berücksichtigt werden. Unmittelbar betroffen sind vor allem die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Krankenhäuser. Deshalb gehören deren Vertreter neben den kommunalen Spitzenverbänden als unmittelbar Beteiligte dem Ausschuß an. Krankenhausträger und Krankenkassen sind letztlich die Partner von Angebot und Nachfrage im Krankenhausbereich. Deshalb sollten ihnen wirksamere Entscheidungsmöglichkeiten gesichert werden. Damit würde auch dem Gedanken der Selbstverwaltung mehr Gewicht verliehen und diesem Gedanken mehr Rechnung getragen. Das Mitwirkungsrecht des Landesausschusses sollte sich aber nicht nur auf die Aufstellung der Krankenhauspläne, sondern in gleicher Weise auch auf die inhaltliche Fortschreibung der Krankenhauspläne erstrecken. Darüber hinaus sollte den Ausschußmitgliedern ein eigenes Antragsrecht bezüglich der Fortschreibung der Krankenhauspläne eingeräumt werden.

Die in § 15 Abs. 3 angesprochene Zielsetzung - dort ist die Klausel verankert, die sich auf den Auslastungsgrad von 75 % bezieht - begrüßen wir ausdrücklich. Es ist aber auch auf mögliche Gefahren hinzuweisen. Durch diese Regelung kann nämlich gleichzeitig das Bestreben der Krankenhäuser gefördert werden, ohne tatsächliche Notwendigkeit die erforderliche Belegzahl zu erreichen, um überflüssige Bettenkapazität eben nicht abzubauen. Insgesamt sind daher weitere Überlegungen anzustellen, damit die durch diese Vorschrift verfolgte, an sich richtige Zielsetzung nicht durch Ausweichstrategien unterlaufen werden kann.

Die Regelung der pauschalen Förderung in § 21 stellt nach unserer Auffassung zu stark auf die Anzahl der Betten eines Krankenhauses ab, wenn hier auch bereits Fortschritte gegenüber dem Referentenentwurf erreicht worden sind. Die Einführung einer Bettenpunktzahl wird einem wesentlichen Aspekt der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, nämlich dem Aspekt, die Krankenhausträger zu einem Abbau nicht bedarfsnotwendiger Bettenkapazität zu veranlassen, nicht gerecht. Diesem gemeinsam von Bund und Ländern zu erreichenden Ziel hat der Bundesgesetzgeber für seinen Teil durch die Neuregelung hinsichtlich der Festlegung der Pflegesätze Rechnung zu tragen versucht, indem durch die Vorkalkulation der von den Kostenträgern zu erstattenden Krankenhauskosten im Wege eines prospektiven Budgets der früheren Schwäche bei der Pflegesatzfestlegung, bei der ja die Belegung wesentlicher Faktor war, gegengesteuert wird. Es muß ein wesentliches Ziel des Landesgesetzgebers sein, auch seinerseits Anreize zum Abbau nicht notwendiger Krankenhausbetten zu schaffen. Dies wird jedoch nicht erreicht, wenn bei der Bestimmung der pauschalen Förderung nach wie vor der Anzahl der Betten ein gewichtiger Berechnungsmaßstab eingeräumt wird. Die Krankenhäuser würden das Risiko einer Kürzung der pauschalen

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Fördermittel eingehen, wenn sie ihre Bettenkapazität abbauen. Es liegt auf der Hand, daß bei dieser Vorgabe die Motivation zum Bettenabbau eingeschränkt wird. Es sollte daher von dem Angebot der Kostenträger, insbesondere der Krankenkassen, Gebrauch gemacht werden, bei der Erarbeitung eines alternativen Förderungssystem zur Berechnung der pauschalen Förderung mitzuwirken.

Ich möchte auf einen letzten Punkt eingehen. Das Krankenhausfinanzierungssystem - auch dies ist heute nachmittag bereits angesprochen worden - enthält eine generelle Schwäche. Zwar schreibt der Bundesgesetzgeber vor, daß die Fördermittel so zu bemessen sind, daß sie die förderungsfähigen und betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionskosten decken. Der Gesetzentwurf der Landesregierung enthält jedoch die Einschränkung, daß die Fördermittel nur im Rahmen zur Verfügung stehender Haushaltsmittel bewilligt werden. Damit besteht die Gefahr - dieser Punkt wurde bereits heute mittag angesprochen -, daß bei leeren Haushaltskassen die Finanzierung der sachlich erforderlichen Krankenhausinvestitionen nicht hinreichend geschieht. Der Einsatz zu geringer Investitionsmittel hat aber nicht nur für das Krankenhaus finanzielle Folgen, sondern auch für die Krankenkassen und damit für die Beitragszahler, denn fehlende Investitionsmittel führen zwangsläufig zu höheren Instandsetzungs- und Instandhaltungskosten, die letztlich dann wieder über die Beitragssätze abzudecken sind. Deshalb ist das Land hier aufgefordert, seine Verpflichtungen zur Investitionsförderung der Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz voll zu erfüllen, damit letztlich nicht die Beitragszahler über die Pflegesätze mit Kosten belastet werden, für deren Abdeckung das Land zuständig ist. Die Beitragszahler dürfen nicht als schwächstes Glied in der Kette der Kostenträger Ausgleichsverpflichtete für unzureichend zur Verfügung gestellte Landesmittel sein.

Reymann (SPD): Ich möchte an Herrn Kühle von der ÖTV folgende Frage stellen. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme bedauert, daß manches, was in dem Referentenentwurf noch enthalten gewesen sei, in dem vorliegenden Regierungsentwurf ersatzlos gestrichen worden sei. Wären Sie bereit, einem Parlamentarier, der Ihre Stellungnahme zu dem damaligen Referentenentwurf nicht kennt, diese Stellungnahme zukommen zu lassen? Wir sind in einer merkwürdigen Situation. Sie haben dadurch, daß Ihnen der Referentenentwurf zugesandt worden ist, einen Informationsvorteil.

Nun eine Sachfrage: Sie haben den Datenschutz angesprochen. Es stellt sich auch bei der Gesetzgebung das Problem, daß man Rom nicht an einem Tag erbauen kann. Könnten Sie sich vorstellen, daß der Bereich des Datenschutzes zunächst ausgeklammert wird und im Rahmen der späteren Gesetzgebung, was diesen Bereich angeht, sodann eine etwas sinnvollere Zusammenfassung erfolgt, und meinen Sie, daß auf diese Weise die Hindernisse beseitigt werden könnten, die ansonsten bestünden, den vorliegenden Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen?

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Eine letzte Frage: Sie haben das Fortfallen der Vorschriften über die Beiräte beklagt. Mich würde interessieren, welche Funktion die Beiräte Ihrer Meinung nach haben sollten. Welche Kompetenzen sollten ihnen denn zugewiesen werden? Das Problem mit Beiräten ist doch dieses: Man verschafft sich normalerweise Sachverstand auf dem Wege über Beiräte, ist aber peinlich darauf bedacht, daß die Beiräte einem nicht hineinregieren. Meine Frage lautet somit: Welchen Charakter sollen diese Beiräte haben? Welche Kompetenz sollen sie haben? Sollen ihnen Vertreter des Krankenhausträgers, Ärzte und Vertreter der Krankenkassen angehören? Mit welchen Rechten gegenüber dem Krankenhaus selbst sollen diese Beiräte ausgestattet sein?

Harbich (CDU): Meine Frage richtet sich an Herrn Kühle von der ÖTV und Herrn Schneider von der DAG. Wir haben heute im Hinblick auf die Formulierung von § 14 Abs. 4 mehrere kritische Anmerkungen gehört, verbunden mit der Forderung, daß dort noch andere als Beteiligte aufgeführt werden sollten. Wie hoch ist der Organisationsgrad Ihres Verbandes im Bereich der Krankenhäuser, und wie hoch ist der Organisationsgrad insbesondere in den kirchlichen Häusern? Sie haben ja deutlich gehört, welche Forderungen hier erhoben worden sind.

Arentz (CDU): Meine erste Frage geht an Frau Glock vom DGB. Sie haben gesagt, das Problem der Fehlbelegung von Krankenhausbetten mit Pflegepatienten sei allgemein bekannt. Können Sie diese Fehlbelegung quantifizieren? Der Sachverhalt ist in der Tat bekannt. Vielleicht wissen Sie aber mehr darüber als wir. Welche Möglichkeiten der Abhilfe sehen Sie? Was müßte Ihrer Auffassung nach getan werden? Denken Sie etwa an einen stärkeren Ausbau des stationären oder teilstationären Pflegebereichs oder an eine Verbesserung der ambulanten Dienste?

Eine zweite Frage. Sie haben hier zwar nicht vorgetragen, aber in Ihrer schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, daß es notwendig sei, die Zurverfügungstellung ausreichender Fördermittel für die Investitionen im Haushaltsplan gesetzlich zu gewährleisten. Dies ist Ihrer Auffassung nach durch den vorliegenden Gesetzentwurf nicht gewährleistet. Wie müßte Ihrer Meinung nach eine Formulierung aussehen, damit dies gewährleistet wäre?

Meine letzte Frage richtet sich an DAG und DGB. In den schriftlichen Stellungnahmen der beiden Verbände zu § 21 wird - im übrigen übereinstimmend mit der Stellungnahme des Vertreters des Arbeitgeberverbandes - gesagt, daß die vorgesehene Regelung außerordentlich unbefriedigend sei, weil es im Grunde genommen eine rein quantitative Regelung mit einer gewissen qualitativen Verzierung sei. Der Vertreter der Arbeitgeber hat im Grunde auf die Bemerkungen der Vertreter der Krankenkassen verwiesen und zum Ausdruck gebracht: Lassen wir es die Krankenkassen doch machen, und dann sehen wir weiter. - Meine Frage an die beiden Gewerkschaftsvertreter lautet, ob Sie von sich aus Überlegungen in dieser

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Hinsicht angestellt haben oder ebenfalls auf die Krankenkassen verweisen und darauf hoffen, daß dann etwas Besseres herauskommt.

Frau Glock: Herr Arentz, Zahlenmaterial über die Belegung der Krankenhäuser mit Pflegepatienten hat man natürlich selten. Man hat aber selber Erfahrungen im Zusammenhang mit Besuchen in Krankenhäusern. So finden Sie besonders in Zeiten, in denen die Familie vielleicht gern in Urlaub fährt, auch in Düsseldorf Krankenhäuser, die weitgehend mit sogenannten Pflegepatienten belegt sind. Das ist eine Angelegenheit, die die Krankenkassen nicht zu vertreten haben. Die Krankenhäuser haben sie allenfalls in der Weise zu vertreten, daß sie die Patienten sehr oft behalten müssen. Wir haben es mit einer Frage der Einweisungspraxis zu tun. Es ist auch schon vorgekommen - ich verweise auf diesbezügliche Zeitungsberichte -, daß die Krankenhäuser versucht haben, solche Patienten nach Hause zu bringen. Es ist dann aber leider so gewesen, daß deren Familie gerade abwesend war. Man müßte dieses Problem zusammen mit den behandelnden Ärzten in den Griff bekommen. Die Betten sind in solchen Fällen jedenfalls falsch belegt. Darüber sind wir uns ja wohl einig.

(Arentz (CDU): Für uns ist interessant, ob wir zumindest einen Anhaltspunkt hinsichtlich der Größenordnung bekommen können!)

- Anhaltspunkte hinsichtlich der Größenordnung werden Sie wohl kaum über die Krankenkassen erhalten können. Man sollte aber versuchen, das Problem vielleicht auf diese Weise zu beleuchten. Ich weiß aber auch nicht, was die Krankenkassen an Unterlagen darüber zur Verfügung haben. Wir können aber versuchen, auf diesem Wege etwas zu erreichen.

Ihre zweite Frage betrifft die Investitionsförderung. In § 17 des Gesetzentwurfes wird auf die in dem Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Investitionsvorhaben hingewiesen. Es stehen Mittel zur Verfügung, und diese werden verteilt. Wir sind jedoch der Auffassung, daß den besonderen Problemen bei der Mittelverteilung von vornherein Rechnung getragen werden müßte.

Kühle: Herr Abgeordneter Reymann hat mit Bezug auf den Datenschutz konkret gefragt, ob die ÖTV - im Gegensatz zum DGB - sich eine spätere Verabschiedung von Datenschutzregelungen vorstellen könne. Als Vertreter der ÖTV möchte ich sehr deutlich sagen: Wenn einige Erfahrungen vorliegen, die es rechtfertigen, einen zusammengefaßten Entwurf, der auch Datenschutzregelungen beinhaltet, zu erarbeiten, sollte man ihn um Gottes willen später verabschieden. Es ist schließlich das Ziel, einen vernünftigen und krankenhausspezifischen Entwurf zu verabschieden.

Ich bitte um Entschuldigung, daß Ihnen die gewerkschaftliche Stellungnahme zu dem Referentenentwurf nicht vorliegt. Ich bin davon ausgegan-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

gen, daß Ihnen bei einer gut strukturierten Anhörung zu diesem wichtigen Thema auch die Unterlagen zu den Referentenentwürfen zugeleitet werden und eventuell auch die Positionen, die bei der Anhörung der CDU-Fraktion vertreten worden sind, bekannt sind. Wenn das nicht der Fall ist, bedaure ich das sehr. Im übrigen sind auch im Vorfeld dieser Anhörung ein paar Pannen passiert. Ich will meine diesbezügliche Kritik etwas verdeutlichen. Im Gesetzentwurf sind zwei ÖTV-Bezirke in Nordrhein-Westfalen als zukünftig Beteiligte vorgesehen. Es wurde aber nur einer dieser Bezirke zu der Anhörung eingeladen. Insofern ist die Vorbereitung zu kritisieren. Wir werden Ihnen die erwähnte Stellungnahme aber natürlich nachreichen. Das ist überhaupt kein Problem.

Die dritte Frage betraf die Aufgaben der Beiräte. Interessant ist, daß diese Beiräte in § 40 des Referentenentwurfes noch vorgesehen waren. Ihnen waren drei wesentliche Aufgaben zugewiesen. Eine solche Zuweisung, verbunden mit entsprechender Kompetenz, wäre auch sinnvoll. Die Aufgaben, die den Beiräten hätten zugewiesen werden sollen, sind diese: Planung des Krankenhausbedarfs vor Ort, Zusammenarbeit der Krankenhäuser in einem regionalisierten Gebiet und koordinierende Zusammenarbeit mit den entsprechenden Ausschüssen auf Landesebene. Es wäre sinnvoll, diese Aufgaben im Gesetzentwurf festzuschreiben.

Nun zu der Frage von Herrn Abgeordneten Harbich. Ich könnte es mir jetzt genauso leicht machen wie heute morgen der Vertreter des Evangelischen Büros und könnte sagen: Bei uns sind 50 % der kirchlichen Beschäftigten organisiert. - Er hat sicherlich recht, wenn er alle kirchlichen Dienststellen zusammenfaßt. Für uns stellt sich das gleiche Problem wie für die beiden kirchlichen Organisationen. Man kann sicherlich eine Aufteilung vornehmen, indem man sagt: Der Organisationsgrad in den kommunalen Einrichtungen im Krankenhausbereich einschließlich der Psychiatrie liegt zwischen 75 und 90 %, was natürlich auch nachgewiesen werden kann. Im kirchlichen Bereich liegt er ungleich niedriger; er schwankt dort zwischen 7 und 25 %. Das sind Zahlen, die auch belegt werden können. Wir mußten diese Zahlen bei der Bildung der arbeitsrechtlichen Kommissionen auf der kircheninternen Ebene auch einmal nachweisen; sie liegen somit schriftlich vor. Im Herbst dieses Jahres müssen sie zum selben Zweck wieder vorgelegt werden. Genauso wie die Vertreter der kirchlichen Einrichtungen heute morgen gesagt haben: Nichts gegen eine Beteiligung der Gewerkschaften!, können wir natürlich sagen: Nichts gegen eine Beteiligung der Verbände der kirchlichen Mitarbeiter! Die Mitarbeiter müssen dann aber auch tatsächlich spezifisch aus diesem Bereich kommen; sie dürfen also nicht aus einem Bereich außerhalb des Krankenhauses kommen.

Schneider: Auch ich kann zu den Mitgliederzahlen nichts Konkretes sagen, weil sie mir nicht vorliegen. Bei den konfessionellen Häusern liegen sie mit Sicherheit zwischen 15 und 20 %. Wir sind als DAG auch in der arbeitsrechtlichen Kommission der evangelischen Kirche vertreten. Ich nenne in diesem Zusammenhang den berühmten dritten Weg. Das

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Problem der hier angesprochenen Beschäftigten ist durchaus verständlich. Als Gewerkschaften können wir sagen: Wenn uns das Zugangsrecht in diesem Bereich gegeben würde, wäre es mit Sicherheit kein Problem, ein entsprechend stärkeres Mitgliederpotential zu erreichen.

Was die pauschale Förderung anbetrifft, so haben auch wir noch kein Patentrezept gefunden, so daß wir noch auf entsprechende Möglichkeiten warten.

Vorsitzender: Bevor die Vertreter der letzten Gruppe von Verbänden, die bei dieser Anhörung zu Wort kommen - es sind die Verbände der in den Krankenhäusern Beschäftigten -, ihre Stellungnahmen vortragen, weise ich darauf hin, daß der Allgemeine Krankenpflegeverband, der seine Teilnahme zugesagt hatte, hier nicht vertreten ist.

Dr. Müller (Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Meine Kollegen in der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter sind nicht nur Beschäftigte in den Krankenhäusern, sondern sie tragen in den meisten Fällen auch die Gesamtverantwortung für den reibungslosen Ablauf des Krankenhausbetriebes. Deshalb haben sie und ich die Bestimmungen des Gesetzes in den Krankenhäusern umzusetzen und sich bei ihrer Tätigkeit im Rahmen dieser Bestimmungen zu halten.

Die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten hat sich bereits seit über 80 Jahren ohne eigene wirtschaftliche Interessen der Förderung des Krankenhauswesens gewidmet, und sie tut dies auch weiterhin. Sie nimmt aus den dargelegten Gründen aus betrieblicher Sicht und ihrer Verantwortung für das Krankenhaus Stellung zu dem vorliegenden Gesetzentwurf.

Als Ausführungsgesetz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) hat das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen den vorgegebenen Rahmen zu beachten. Dies gilt auch für den in § 1 Abs. 1 KHG normierten Grundsatz, daß Krankenhäuser eigenverantwortlich wirtschaften sollen. Obwohl der vorliegende Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf deutliche Verbesserungen aufweist - auch ich darf hier mit Befriedigung vermerken, daß viele Anregungen von uns aufgenommen worden sind -, wird diese Eigenverantwortlichkeit auch weiterhin in mehreren zum Teil neuen Bestimmungen erheblich eingeschränkt. Darüber hinaus werden Handlungsanweisungen zur Pflege und Betreuung von Patienten, die aus dem Selbstverständnis der Krankenhausträger und der in den Krankenhäusern Beschäftigten praktiziert werden, in Gesetzesbestimmungen gefaßt, obwohl kein Regelungsbedarf dafür existiert.

Zu den einzelnen Bestimmungen möchte ich folgendes anmerken. In § 1 ist zu ergänzen, daß das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen auch Ausführungsgesetz zum KHG ist.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Über die Bestimmungen des § 3, der sich auf Pflege und Betreuung der Patienten bezieht, sind wir betroffen. Aus dem, was in § 3 steht, könnte im Umkehrschluß gefolgert werden, daß eine menschenwürdige Behandlung zur Zeit nicht stattfindet. Dies kann doch nicht gewollt sein. Eine menschenwürdige Behandlung der Patienten wird aus dem Selbstverständnis der Krankenhausträger und der in den Krankenhäusern Beschäftigten praktiziert. Die Bestimmungen über die Besuchszeiten und die Gestaltung der Betriebsabläufe zur Schonung der Patienten sind Selbstverständlichkeiten in den Krankenhäusern, die keiner gesetzlichen Regelung mehr bedürfen.

Ähnliches gilt für die neu in den Gesetzentwurf aufgenommene Vorschrift betreffend das Kind im Krankenhaus. Vom Inhalt her ist gegen diese Vorschrift nichts zu sagen. Was in dieser Vorschrift steht, wird aber bereits praktiziert.

Auch zum Patientenfürsprecher kann ich mich in ähnlicher Weise äußern. Die Institutionalisierung eines Patientenfürsprechers ist aus unserer Sicht nicht erforderlich, da es bisher schon genügend sachbezogene Beschwerdemöglichkeiten im Krankenhaus gibt und diese auch genutzt werden.

Es wird entsprechend der Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes betreffend Krankenhausinfektionen verfahren, und auch die Arzneimittelkommissionen sind Praxis.

Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser sollte unterstützt und nicht durch die derzeitige Förderpraxis hier im Land erschwert werden. Zur Zeit wird z. B. die gemeinsame Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach § 10 Abs. 2 Nr. 8 in Form einer von zwei oder mehreren Krankenhäusern zu diesem Zweck betriebenen Gesellschaft erschwert, weil eine solche Betriebsgesellschaft weder Fördermittel erhält noch in die Bedarfsliste aufgenommen wird, sondern der Bewilligungsbescheid nur einem der beteiligten Krankenhäuser zugestellt wird. Die anderen an der Zusammenarbeit beteiligten Krankenhäuser sollen sich aber nach § 10 Abs. 3 an medizinisch-technischen Großgeräten aus den pauschalen Fördermitteln beteiligen, ohne Miteigentümer werden zu können. Sie werden im Grunde noch darüber hinaus benachteiligt. Wenn sie sich nämlich nicht beteiligten und andere Institutionen mit herangezogen würden, gingen diese Kosten in den Pflegesatz mit ein. Mit diesem Verfahren werden eine gleichberechtigte Zusammenarbeit und die Nutzung von Großgeräten verhindert. Ich glaube, über diesen Punkt sollte man sich noch einmal Gedanken machen. Es kostet kein Geld, dies zu tun.

Was den Krankenhausplan angeht, so schlagen wir eine andere Gliederung vor. Im Krankenhausplan sollten die erforderlichen Krankenhäuser nach Versorgungsgebiet, Versorgungsstufen, Standort, Bettenzahl und Fachrichtungen ausgewiesen werden. Dies würde eine klare Gliederung des Krankenhausplanes bedeuten und dem Krankenhaus die erforderliche Flexibilität für eine eigenverantwortliche Betriebsführung geben. In

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ro-rt

diesem Zusammenhang müssen wir die vom Vertreter der Krankenkassen hier vorgebrachte Forderung, in dem Feststellungsbescheid auch die Teilgebiete mit aufzuführen, ablehnen. Eine Aufführung auch der Teilgebiete im Feststellungsbescheid würde eine Einengung der Tätigkeit des Krankenhauses bedeuten. Die Tätigkeit muß sich nach den Erfordernissen der Patienten richten. Man kann nicht immer den Feststellungsbescheid herausziehen und jeweils überprüfen, ob sich die Tätigkeit noch im Rahmen des Feststellungsbescheides hält. In der Zwischenzeit könnte der Patient verstorben sein.

In § 14 Abs. 4 ist unter den an der Krankenhausversorgung Beteiligten auch die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten, Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, aufzuführen. Ich möchte diese Forderung hier aufstellen. Andere haben eine solche Forderung ebenfalls erhoben. Die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten widmet sich, wie ich gesagt habe, satzungsgemäß der Förderung des Krankenhauswesens. Dabei verfolgt sie keine politischen, wirtschaftlichen oder konfessionellen Ziele. Ihre Arbeit ist sachbezogen auf die Weiterentwicklung des Krankenhauswesens gerichtet, was durch ihre zahlreichen Veröffentlichungen zu Krankenhausthemen und ihre Weiterbildungsarbeit dokumentiert wird. Im Blick auf andere Voraussetzungen, deren Erfüllung eventuell erforderlich ist, will ich kurz anmerken, daß unser Organisationsgrad - auch dieser Aspekt spielte hier in Fragen schon eine Rolle - bei etwa 100 % liegt.

In § 15 ist Abs. 3 zu streichen. Die hier geforderte Information über den Nutzungsgrad der Krankenhausbetten erhält die zuständige Landesbehörde bereits aus dem Kosten- und Leistungsnachweis. Für eine Veränderung der Bettenzahl kann nur der Nutzungsgrad der Betten des Krankenhauses insgesamt in Betracht kommen.

Wir schlagen weiterhin vor, in den §§ 17 und 19 die Worte "in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden" zu streichen. Die Krankenhäuser haben nach § 9 Abs. 5 KHG einen Anspruch auf Fördermittel, welche die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionen decken müssen.

Mit den Regelungen betreffend die pauschale Förderung wird, wie heute hier von Vertretern der Krankenhausträger gesagt wurde, durchaus ein Schritt in die richtige Richtung getan. Wir haben hierzu jedoch einige Anmerkungen zu machen. Die Punktwerte je Planbett sind zwischen den einzelnen Fachdisziplinen unseres Erachtens zu vereinfacht nivellierend dargestellt. Die Bindung an hauptamtlich geführte Fachabteilungen, wie sie in § 21 Abs. 4 Nr. 1 - 3 genannt werden, ist nicht begründet. Es fehlt auch die Berücksichtigung der besonders kostenträchtigen nicht bettenführenden Abteilungen. Von daher erscheint es uns noch verfrüht, eine solche Neuerung ohne Erprobung gesetzlich festzuschreiben zu wollen.

§ 22 betrifft die medizinisch-technischen Großgeräte. Die Finanzierung der Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte muß nach den gelten-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

den Bestimmungen des KHG erfolgen. So ist die Erstanschaffung eines medizinisch-technischen Großgerätes entsprechend § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG von den Ländern zu fördern.

Die Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte hat nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG grundsätzlich über Fördermittel zu erfolgen. Dies sollte mit einem Zuschlag zur Pauschale nach § 21 Abs. 3 des vorliegenden Gesetzentwurfes geschehen, weil sonst die Krankenhäuser mit Großgeräten gegenüber anderen Krankenhäusern benachteiligt sind.

Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern dienen vor allem der stationären Krankenversorgung. Dabei werden keine Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen erzielt. Auch die Verwendung von noch nicht zweckentsprechend verausgabten pauschalen Fördermitteln nach § 21 Abs. 5 des vorliegenden Gesetzentwurfes widerspricht dem Charakter der Pauschale, die zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von drei bis 15 Jahren dient. Dies zwingt ein sparsam wirtschaftendes Krankenhaus auch zum Ansparen solcher Mittel für teure, lebenswichtige Anlagen wie z. B. Röntgenanlagen, Intensivüberwachungsgeräte u. ä.

Die Vorschriften des § 28 betreffend Versicherungs- und Instandhaltungspflicht sind entbehrlich und sollten eigentlich gestrichen werden. Es gehört ja zur Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser, Versicherungen im verkehrsüblichen Umfange abzuschließen. Dabei ist auch die Wirtschaftlichkeit solcher Versicherungen in jedem Einzelfall abzuwägen. Eine generelle Verpflichtung zum Abschluß von Versicherungen setzt die Krankenhäuser einem sicherlich nicht gewollten Druck der Versicherungsunternehmen aus.

Des weiteren entspricht es auch einer verantwortungsbewußten Betriebsführung, daß alle Anlagegüter regelmäßig gewartet und instandgesetzt werden, sofern die dafür erforderliche Finanzierung ausreichend gesichert ist.

Zu § 39 möchte ich noch eine Ergänzung anbringen. Die Hochschulkliniken sollten wie andere Krankenhäuser in die Vorschriften über die wirtschaftliche Betriebsführung einbezogen werden. In § 39 Abs. 4 sollte eine entsprechende Ergänzung vorgenommen werden. Es ist nicht einzusehen, daß Hochschulkliniken, soweit sie als Krankenhäuser betrieben werden, in der Betriebsführung anderen Krankenhäusern nicht gleichgestellt sind.

Die Entwicklung des Krankenhauswesens ist in der Vergangenheit vom engagierten Einsatz vieler meiner Kollegen im Verwaltungs- und Wirtschaftsbereich mit getragen worden. Wir sind der Ansicht, daß die Fragen der Betriebsführung nicht durch Gesetz geregelt werden müssen. Das ergibt sich auch aus dem Interesse einer möglichst raschen Anpassung an künftige Erkenntnisse über die Funktion und die Betriebsführung unserer Krankenhäuser.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Frau Brunsch (Deutscher Berufsverband für Krankenpflege): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Wir haben anerkennend bemerkt, daß die Pflegedienstleitung in § 34 mit in die Betriebsleitung aufgenommen worden ist. Wir haben aber auch festgestellt, daß dies der einzige Punkt ist, bei dem die Krankenpflege Erwähnung findet. Das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen erwähnt die Pflege an anderen Stellen nicht.

§ 3 betrifft die Pflege und Betreuung der Patienten. Wenn Sie diesen Paragraphen lesen, stellen Sie jedoch fest, daß es dort nicht um Pflege, sondern um Humanität im Krankenhaus geht. Humanität im Krankenhaus ist sicherlich notwendig. Wir wollen sie somit also nicht etwa bestreiten. Pflege ist aber etwas anderes. Wir möchten, daß die Pflege in das Krankenhausgesetz Eingang findet, daß ihr also der ihr zukommende Stellenwert eingeräumt wird. Wir meinen, daß dann auch Humanität im Krankenhaus leichter durchsetzbar ist. Wie wollen Sie einen Paragraphen verwirklichen, der Humanität fordert? Wir möchten, daß im Anschluß an § 34 ein neuer Paragraph mit der Überschrift "Pflegerischer Dienst" eingefügt wird. Darin sollte festgelegt werden, was in die Verantwortung und Kompetenz der Pflegedienstleitung und der Krankenpflege fällt. Lassen Sie mich dies an einem Beispiel verdeutlichen. Jeder von Ihnen, der bereits einmal im Krankenhaus gewesen ist, hat sich sicherlich über die frühen Weckzeiten geärgert. Wenn Sie diese verändern wollen - dies ist ein Beispiel aus der Praxis -, wird Ihnen niemand im Krankenhaus widersprechen. Alle werden eine Änderung gut finden. Wenn Sie die Patienten aber erst um 7 oder um 7.30 Uhr wecken, wird die Konsequenz sein, daß alle anderen Bereiche im Krankenhaus mit ihrem Dienst erst später beginnen können. Hier beginnt der Konflikt. Sie können einwenden, daß dies ein betriebsinternes Problem sei. Das ist es auch. Wenn Sie dem pflegerischen Bereich aber die Zuständigkeit für die Pflege geben und diese Zuständigkeit im Krankenhausgesetz festgeschrieben ist, sind solche Maßnahmen leichter durchsetzbar. Daß in das Krankenhausgesetz ein Paragraph über Humanität aufgenommen werden muß, liegt doch daran, daß wir die Medizintechnik in den vergangenen Jahren zunehmend überbewertet haben. Ich meine, eine Betonung der Pflege könnte eine Umkehr bewirken und allem wieder die richtige Relation geben. Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf unsere schriftliche Stellungnahme, die Ihnen inzwischen vorliegen muß.

Das meiste von dem, was wir im Rahmen unserer Stellungnahme zu sagen haben, ist von Vorrednern bereits erwähnt worden. Da sich hier die Reihen lichten, will ich mich nur noch auf wenige weitere Anmerkungen beschränken. Im Blick auf § 7 - Qualitätssicherung - möchte ich nur eine Frage stellen, die nicht rhetorisch gemeint ist: Wie wollen Sie Qualität im Krankenhaus ohne Einbeziehung der Krankenpflege sichern?

Ähnliches ist zu einigen anderen Paragraphen zu sagen. Ich verweise nochmals auf unsere schriftliche Stellungnahme. Ich möchte Sie auffordern, die Selbstbestimmung der Krankenpflege per Gesetz zu unter-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

stützen. Gute Krankenpflege kostet Geld. Qualifikation, Zeit und Sachmittel sind notwendig. Im Interesse einer guten Krankenpflege und einer guten Patientenversorgung möchte ich Sie bitten, daß Sie Verantwortung und Kompetenz im Krankenhaus für die Krankenpflege in Übereinstimmung bringen.

Gestatten Sie mir abschließend noch ein persönliches Wort zu Herrn Dr. Baur. Die älteste und traditionsreichste Berufsgruppe im Krankenhaus ist meines Erachtens die Krankenpflege. Ich glaube, es dürfte Ihnen schwerfallen, uns diesen Rang abzulaufen.

Vorsitzender: Frau Brunsch, Ihre Stellungnahme ist erst heute morgen bei uns eingegangen und daher noch nicht mit einer Registriernummer versehen. Sie liegt dem Ausschuß aber vor.

Auch die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegekräfte Nordrhein-Westfalen, deren Vertreter als nächster das Wort erhält, hat uns erst heute morgen erreicht.

Brockmann (Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegekräfte Nordrhein-Westfalen): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegekräfte Nordrhein-Westfalen nimmt zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung.

Zu § 3 Abs. 1 ist zu sagen: Es gibt Selbstverständlichkeiten, die im Gesetz nicht extra aufgeführt werden müssen.

Zu § 4 - Kind im Krankenhaus -: Wir sind der Meinung, daß diesbezüglich kein Bedarf für eine Regelung im Landeskrankenhausgesetz besteht. § 4 klingt zwar sehr werbewirksam; worum es hier geht, sollte aber eine Angelegenheit des Trägers bleiben und innerbetrieblich organisiert werden. Außerdem wird nichts über die Finanzierung ausgesagt.

Mit dem Thema des Patientenfürsprechers, auf den sich § 5 bezieht, haben wir uns sehr intensiv auseinandergesetzt. Im Gegensatz zu dem, was wir zum Referentenentwurf ausgeführt haben, sind wir zu folgendem Ergebnis gekommen. Für die gesetzliche Institutionalisierung eines Patientenfürsprechers besteht unseres Erachtens keine Notwendigkeit. Die Aufgabe, die der Patientenfürsprecher nach dem Gesetzentwurf wahrnehmen soll, ist eine selbstverständliche Qualitätsforderung an eine patientenorientierte Organisation und die danach ausgerichtete Versorgung der Patienten. Patientenfürsprecher sind nach unserer Berufsauffassung alle im pflegerischen und ärztlichen Bereich tätigen Mitarbeiter. Die in § 5 angeführten Gründe für einen gesetzlich institutionalisierten Patientenfürsprecher sind selbstverständliche Maßgaben an alle Beschäftigten des Krankenhauses und insbesondere des Pflegedienstes. Daraus folgt, daß den Interessen des Patienten unter Beachtung der Erkrankung, des Pflegebedarfs und der organisatorischen Möglichkeiten gefolgt wird.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Ziel eines Krankenhausbetriebes ist es somit, die hier aufgeführten Sachverhalte organisiert und objektiv im Sinne einer Qualitätssicherung zu verfolgen. § 7 sollte somit dahin gehend ausgeweitet werden, daß zur medizinischen Qualitätssicherung auch die pflegerische Qualitätssicherung gehört. § 5 betreffend den Patientenfürsprecher wäre unserer Ansicht nach damit hinfällig. Sollte sich der Gesetzgeber dennoch für einen Patientenfürsprecher entschließen, so ist die Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegekräfte der Auffassung, daß im Rahmen des Vorschlagsrechtes eine Absprache des Krankenhausträgers mit der Betriebsleitung erforderlich ist. Zur Begründung sei folgendes ausgeführt. Die Tätigkeit des Patientenfürsprechers tangiert alle Bereiche und Berufsgruppen des Krankenhauses. Damit ist für die Lösung von Problemen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patientenfürsprecher und Betriebsleitung Vorbedingung.

Wir meinen, daß in § 7, der die Qualitätssicherung betrifft, auch die pflegerische Qualitätssicherung verankert werden muß. Neben den gestiegenen Anforderungen im medizinischen Bereich sind auch die Anforderungen an die ganzheitliche pflegerische Versorgung des Patienten weiter fortgeschritten und genauer definiert. Als elementarer Bestandteil der ganzheitlichen Pflege und Versorgung wird das Eingehen auf die Gefühle und Interessen des Patienten gesehen, soweit dieses mit der Erkrankung, dem pflegerischen Zustand und den zur Verfügung stehenden Ressourcen möglich ist. Da auch für die Erhebung von Pflegequalität geeignete Instrumente zur Verfügung stehen, sollte dies unter Hinweis auf den Inhalt zu § 5 und die hier gemachten Ausführungen aufgeführt werden. Pflegequalitätssicherung ist immer nur als eine krankenhauserne Maßnahme zu betreiben.

Zu § 8 - Krankenhaushygiene - vertreten wir folgende Auffassung. Wenn die Organisation der Krankenhaushygiene schon einer gesetzlichen Regelung bedarf, dann sollte die Hygienefachkraft auch zu einer pflegesatzrelevanten Stelle deklariert werden.

Allgemein ist nach Auffassung der Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegekräfte zu dem Gesetzentwurf folgendes zu bemerken. Erstens. Was die Finanzierung von Krankenpflegesschulen usw. anbetrifft, ist nicht geregelt.

Zweitens. Der Gesetzentwurf greift in bedenklicher Weise in die innerbetriebliche Organisation der Krankenhäuser ein.

Drittens. Viele organisatorische Regelungen sollten oder könnten die Krankenhäuser in eigener Verantwortung treffen.

Viertens. Der Gesetzentwurf enthält viele, unserer Ansicht nach sogar sehr viele kostentreibende Regelungen, ohne daß die Finanzierung geregelt ist.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Fünftens. Das Krankenhausgesetz sollte mehr entbürokratisieren und weniger reglementieren.

Dörschlag (Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! In meiner Eigenschaft als Delegierter der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus möchte ich mich zunächst dafür bedanken, die Gelegenheit bekommen zu haben, zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung nehmen zu können. Ich werde mich speziell zu § 6 des vorliegenden Entwurfs äußern. Zunächst möchte ich zum Ausdruck bringen, daß wir grundsätzlich positiv zu dem vorgelegten Gesetzentwurf stehen, da er weiter gefaßte Regelungen als bisher beinhaltet. Wir meinen jedoch, daß diese Regelungen nicht ausreichend sind, um den Erfordernissen der gegenwärtigen Praxis gerecht werden zu können. Sie können die von der Landesregierung angestrebte patientengerechte Versorgung nicht sicherstellen. Der vorgelegte Entwurf bringt gegenüber der bestehenden Gesetzesregelung keine wesentlichen inhaltlichen und vor allem personellen Verbesserungen im Bereich des Krankenhaussozialdienstes. Solche Verbesserungen sind auf Grund der in Jahrzehnten gemachten Erfahrungen aber dringend erforderlich.

Die Notwendigkeit, Bedeutung und Unabdingbarkeit des Sozialdienstes im Krankenhaus ist allgemein erkannt worden. Dies kommt auch im vorliegenden Gesetzestext zum Ausdruck. Dies wird nicht nur unter dem Aspekt der individuell auf den einzelnen Patienten hin orientierten Hilfen, sondern auch unter den Aspekten von Humanität im Krankenhaus, Leistungssteigerungen des Krankenhauswesens und Kostendämpfung deutlich. Daher schlagen wir ergänzend folgende zentrale Schwerpunkte zur Fixierung im Gesetzestext vor.

Erstens. Der Sozialdienst stellt einen eigenständigen Fachdienst dar, der dem Krankenhaus zuzuordnen ist.

Zweitens. Die Aufgaben des Sozialdienstes im Krankenhaus dürfen nur geeignete Fachkräfte wahrnehmen, sprich: Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Drittens. Im Gesetz sollen, wie bereits vorgeschlagen, die inhaltlichen Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes beschrieben werden.

Viertens. Festlegung eines Bettenschlüssels von 1 : 200 als Personalanzahl im Akutkrankenhaus bzw. einer bedarfsgerechten Anpassung für Krankenhäuser der Maximalversorgung und Sondereinrichtungen. An Hand szenenhafter praktischer Beispiele möchte ich Ihnen unsere Vorschläge näher erläutern und veranschaulichen. Zunächst möchte ich Ihnen zur Information sagen, daß ich selbst als Sozialarbeiter in einem Düsseldorfer Krankenhaus tätig bin und die Arbeit somit aus der Praxis kenne. Stellen Sie sich bitte einmal vor, einer Ihrer nächsten Angehörigen - Ihre Ehefrau, Ihr Ehemann, Ihre Mutter oder Ihr Vater - läge mit

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

einem Schlaganfall im Krankenhaus, mit einer Erkrankung also, die so häufig anzutreffen ist wie ein Herzinfarkt. Es ist dies eine Erkrankung, deren Zahl vor allem bei älteren Menschen zunimmt. Allein die Entwurzelung aus der gewohnten häuslichen Umgebung und die notwendige Unterordnung unter eine vollkommen neue, unbekannte Hierarchie im Krankenhaus sind bereits hinreichend problem- und konfliktgeladen. Ich will dieses Thema gar nicht weiter ausführen, da es ein Thema für sich ist. Sie können sich die Situation aber sicher vorstellen. Neben dem Wunsch, wieder zu gesunden, herrschen vordringlich Ängste und Sorgen um die weitere Zukunft. Es stellen sich Fragen wie diese: Werde ich wieder gesund? Bleibe ich behindert? Muß ich sterben? Kann ich wieder in meinem Beruf arbeiten? Wird mich mein Partner nach der Operation noch akzeptieren? Werde ich die Schmerzen aushalten können? Solche und andere Frage herrschen vor und beschäftigen den Kranken und seine Angehörigen. Auch Ihnen werden diese Fragestellungen bekannt sein, wenn Sie sich in eine solche Situation hineinversetzen können und/oder eine ähnliche Situation bereits selbst erlebt haben sollten.

Der einzelne fühlt sich häufig überfordert, diese Probleme eigenständig lösen zu können. Hier soll der Sozialarbeiter tätig werden. Er soll die Probleme aufgreifen und zu einer angemessenen Lösung beitragen. Dies tut er durch persönliche Hilfen gemäß § 8 BSHG und § 11 SGB mit den Methoden, Arbeitsformen, Verfahren und Techniken der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Die Aufgaben beziehen sich auf aktuelle, persönliche und soziale Probleme des Patienten im Zusammenhang mit seiner Erkrankung. Persönliche Hilfe bedeutet das Eingehen einer helfenden Beziehung zu dem Patienten und gegebenenfalls zu seinen Angehörigen, eine Auseinandersetzung und das Erkennen seiner aktuellen Konfliktlage sowie das Angebot und die Vermittlung von Lösungsmöglichkeiten. Dies erfordert Zeit zur Vertrauensbildung gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen, aber auch eine enge Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen im Krankenhaus und den im Einzelfall in Betracht kommenden Personen und Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Nehmen wir also an, einer Ihrer nahen Angehörigen befände sich mit einem Herzinfarkt im Krankenhaus. Die durch die Krankenkassen ermittelte normale Verweildauer beträgt bei einem solchen Krankheitsbild zirka vier Wochen. Innerhalb dieser Zeit soll der Patient medizinisch so weit wiederhergestellt werden, daß er aus der stationären Behandlung im Akutkrankenhaus wieder entlassen werden kann. Er soll aber auch sozial wieder integriert werden. Das stellt hohe Anforderungen an das gesamte Personal. Der Sozialdienst soll die Bemühungen um den Patienten ergänzen und gerade bei der Reintegration helfen. Er leitet beispielsweise Anschlußheilbehandlungen ein, d. h. er vermittelt Rehabilitationsmaßnahmen, damit die Erwerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit des Patienten wiederhergestellt werden kann. Hierzu gehören auch Informations- und Beratungstätigkeiten in sozialrechtlichen Fragen.

Nehmen wir einmal an, Ihr Angehöriger sei auf Grund der zugrunde liegenden Krankheit nicht mehr rehabilitationsfähig, vielleicht sogar

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

schwer pflegebedürftig. In diesem Fall müssen gemeinsam mit dem Betroffenen, soweit dies noch möglich ist, und mit seinem sozialen Umfeld andere Lösungen gefunden werden. In einem gemeinsamen Klärungsprozeß wird dann eine Eingrenzung vorgenommen, bis eine angemessene Lösung gefunden ist. Im speziellen wären dies Hilfen bei der Vorbereitung der Entlassung und bei der Sicherung der Nachsorge. Hierzu sind einige Gespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen und mit den an der Versorgung beteiligten Personen oder Einrichtungen erforderlich. Sie können sich sicher vorstellen, daß dafür viel Zeit und Geduld erbracht werden müssen. Diese Lösungen bringen schließlich häufig schwerwiegende Änderungen der bisher gewohnten Lebensumstände mit sich.

Nehmen wir ruhig einmal an, daß es zu einer Heimunterbringung kommen muß. Dies bedeutet für den Patienten eine Umstellung in mannigfacher Hinsicht: Aufgabe der eigenen Wohnung, Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit von anderen Personen etc. Darüber hinaus muß sich der Patient eventuell mit einer neu einzunehmenden Rolle auseinandersetzen. Dies muß er meistens sehr schnell tun, da die Entlassung oft kurz bevorsteht. Trotzdem bedürfen sowohl der Kranke als auch seine Angehörigen hierzu einiger Zeit, Zeit zur Einstellung auf die Umstellung, auf eine vielleicht vollkommen neue und schlecht übersehbare Situation, Zeit zur Trennung von Lebensinhalten und -perspektiven. Dabei wechseln sich anfänglich Hoffnung mit Resignation, Depression, Nicht-wahrhaben-wollen, Verhandeln bis zur Akzeptanz ab. Diese Phasen können im Akutkrankenhaus selten ausgelebt werden, geschweige denn begleitet werden. Hierzu fehlen Zeit und entsprechend qualifiziertes Personal.

Wir brauchen im Krankenhaus mehr Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, um der Anforderung einer umfassenden ganzheitlichen Betreuung der Patienten, wie es in der Begründung zum Gesetzentwurf betont wird, gerecht werden zu können. Häufig bleibt dem Krankenhaussozialarbeiter, der 600 Betten und mehr zu betreuen hat, nur Zeit, die Angehörigen über Antrags- und Verfahrensweisen zu informieren, Anträge aufzunehmen, zu vermitteln und zu koordinieren. Ich persönlich fühle mich oft nur als Verwalter der Patienten, als Vermittler von Heimen und als Verwalter von Problemen. Ein Besuch beim Kranken ist zeitlich nur selten möglich, geschweige denn eine kontinuierliche Betreuung und Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen in schweren Lagen, obwohl diese Aufgabe, ja dieser Auftrag - ich denke, daß ich hier für alle meine Kollegen sprechen darf - als zentraler Schwerpunkt der Arbeit gesehen wird.

Dieser Schwerpunkt wird und muß in Zukunft in stärkerem Maße als bisher Beachtung finden, da die Fälle von Langzeit- und chronischer Erkrankung weiterhin zunehmen und somit die intensive Betreuung unumgänglich wird. In anderen Ländern - z. B. in England und Amerika - wurde diesen Anforderungen bereits Rechnung getragen.

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

Schwerpunktmäßig kommen auf uns, wie wir alle wissen, die Probleme im Zusammenhang mit alten, pflegebedürftigen, teilweise altersverwirrten Menschen zu. Die Alterspyramide steht gewissermaßen auf dem Kopf. Das merken wir nicht nur bei unseren Renten, sondern auch in unserer täglichen Arbeit. Die Stationen sind belegt mit diesen Menschen. Teilweise sind es Menschen, die nicht einmal mehr Angehörige haben. Dieses Problem wird uns in Zukunft immer mehr beschäftigen. Es ist bereits in vielen Krankenhäusern zu einem zentralen Schwerpunkt geworden.

Der Sozialdienst hat hier die Aufgabe, die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen, was immer häufiger in die Unterbringung in Pflegeheimen einmündet, da zu der Pflegebedürftigkeit sehr oft eine Wesensveränderung hinzutritt, die ohne die Betreuung durch qualifiziertes Personal und ohne ständige Aufsicht nicht mehr eine Entlassung in den eigenen Haushalt zuläßt. Sie sehen also, daß diese Aufgaben und Probleme sehr vielfältig sein können und immer individuell gesehen werden müssen.

Der Sozialdienst wird aber häufig erst dann eingeschaltet, wenn eine Entlassung kurz bevorsteht, was viele organisatorische und menschliche Gründe hat, die aufzuzählen ich mir hier aus Zeitgründen erspare.

Indem der Sozialdienst des Krankenhauses in geeigneten Fällen wichtige Voraussetzungen für die Entlassung schafft oder diese verbessert, kann er dem Patienten wirkungsvoll helfen und darüber hinaus zur Verminderung von Fehlbelegungen, zur Leistungssteigerung und zur Kostendämpfung beitragen.

Lassen Sie mich zum Schluß kommen. Konsequenz der Ihnen geschilderten unzulänglichen Situation kann nur sein, daß für den Sozialdienst im Krankenhaus ergänzend eine gesetzliche Regelung eingeführt werden muß, um eine im Sinne des Gesetzes ausreichende und im Interesse der Patienten umfassende und ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus empfiehlt daher die Festlegung entsprechender Regelungen im Gesetzestext. Dabei sollte der Sozialdienst als eigenständiger Fachdienst verankert werden. Darüber hinaus sollte selbstverständlich sein, daß nur geeignete Fachkräfte die Aufgaben des Sozialdienstes wahrnehmen dürfen. Dieses können nur staatlich anerkannte Diplom-Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen sein. Weiterhin empfehlen wir die unmittelbare Zuordnung des Sozialdienstes zum Krankenhaus, um die Möglichkeiten zur Kommunikation innerhalb des Hauses zu erleichtern und somit eine effektivere Sozialarbeit leisten zu können. Als Personalanhaltszahl ist für das Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung ein Schlüssel von einem Sozialarbeiter auf 200 Planbetten anzusetzen. Bei Schwerpunktkrankenhäusern der Maximalversorgung sowie in Sondereinrichtungen ist je nach Aufgabenstellung ein höherer Personalbedarf erforderlich.

Im Zuge der Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft und Praxis einerseits und einer Spezialisierung sowie eines Funktionswandels im Pflegebereich andererseits entstanden weitere Berufe des Gesundheits-

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987

Ro-rt

wesens mit speziellen Kenntnissen und Aufgaben in der Diagnostik, Therapie, Prävention, Nachsorge, Rehabilitation und sozialen Reintegration. Zu ihnen gehört auch der Sozialdienst im Krankenhaus. Er ist wie alle Berufsgruppen im Krankenhaus der Aufgabenstellung dieser Institution verpflichtet. Ein Krankenhaus ohne Sozialarbeiter darf es eigentlich nicht mehr geben. Die Chance einer neuen Gesetzgebung für den Krankenhausbereich sollte daher genutzt werden, um mit adäquaten Regelungen diesem Selbstverständnis gerecht zu werden sowie den Erfordernissen der Patientenversorgung zu entsprechen.

Vorsitzender: Herr Dörschlag, ich gehe davon aus, daß auch Sie uns noch eine schriftliche Stellungnahme zuleiten.

Dörschlag: Selbstverständlich.

Frau Füßer (Bund Deutscher Hebammen): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren Abgeordneten! Meine Damen und Herren! Wir Hebammen aus Nordrhein-Westfalen haben uns zu dem Konzept des Gesetzentwurfes im Prinzip nicht zu äußern, wobei lediglich § 10 Abs. 2 eine Ausnahme bildet. Ich bedaure natürlich, daß hier sehr wenig Frauen vertreten sind, denke aber, daß sich die Väter, Großväter und potentiellen Väter ebenso angesprochen fühlen.

Vorhin ist hier die Säuglingssterblichkeit angesprochen worden. Von keinem der Herren von der Hygienekommission oder von den Ärzten ist darauf eingegangen worden. In Nordrhein-Westfalen haben wir die höchste Säuglingssterblichkeit. Die Sorge von Herrn Minister Heinemann drückt sich darin aus, daß ein eigener Arbeitskreis "Mutter und Kind" gegründet wurde, in dem auch wir immer angehört wurden. Leider werden wir mit unseren Modellentwürfen bisher noch nicht in irgendeiner Weise akzeptiert. Die Nachsorge für Mutter und Kind ist eine hohe Aufgabe der Hebamme und - Sie sollten dies alle wissen - eine ihr vorbehaltene Tätigkeit. Die Möglichkeit der Nachsorge durch die Hebamme ist vielen Krankenhäusern nicht bekannt und offenbar auch Abgeordneten und Regierungsmitgliedern nicht. Studien aus den skandinavischen Ländern und den Niederlanden beweisen, daß die Säuglingssterblichkeit auf Grund der Einbindung der Hebamme in Vor- und Nachsorge erheblich gesunken ist. Wir haben in dem Arbeitskreis "Mutter und Kind" das Modell der Nachsorge durch Hebammen vorgestellt, welches in Schleswig-Holstein mit hohem Erfolg durchgeführt wird. Daß mit dieser Nachsorge auch noch eine Kostenersparnis verbunden ist, sollte der Gesetzgeber mit in Erwägung ziehen. Bei der heutigen Praxis der Entlassung am sechsten Tage nach der Geburt bedarf es sicherlich - im Einklang mit den Ärzten - einer spezifischen Nachsorge durch die Hebamme. Durch unsere nahezu flächendeckende Versorgung könnten wir bei gut verlaufenden Geburten, also bei Gesundheit von Mutter und Kind sogar einen früheren Entlassungstermin anstreben oder gar - als Alternative zur Hausgeburt - die ambulante Geburt durchführen. Unsere Bitte an die Krankenkassen ist,

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

auf dieses Angebot in höherem Maße aufmerksam zu machen.

Abschließend möchte ich feststellen, daß wir als Hebammen im Krankenhausgesetz nicht benannt sind. Wir sind zwar berufen, gehören aber nicht zu den nichtärztlichen Heilberufen, sondern sind eine selbständige Berufsgruppe und primär nicht weisungsgebunden.

Vorsitzender: Frau Füber, ich möchte auch Sie bitten, uns eine schriftliche Stellungnahme Ihres Verbandes zuzuleiten. Wir wären Ihnen dafür sehr verbunden.

Gregull (CDU): In diesem Komplex sind auch die Übergänge und die Verbindungen zwischen der stationären Krankenhilfe und den ambulanten Diensten angesprochen. Frau Brunsch macht in ihrer schriftlichen Stellungnahme den Vorschlag, daß der Hinweis auf die Zusammenarbeit mit den Sozialstationen in das Gesetz aufgenommen werden sollte. Frau Brunsch, haben Sie Erfahrungen mit einer solchen Zusammenarbeit? Wird eine solche Zusammenarbeit in irgendeiner Weise blockiert, wenn ja, von wem? Oder ist der Zustand so, daß diese Zusammenarbeit bereits jetzt erfolgt und man im Gesetz lediglich eine Anerkennung haben müßte?

Frau Brunsch: Die Zusammenarbeit mit den Sozialstationen läuft sehr zögernd an, findet aber an einigen Orten statt. Wir führen als Verband in verschiedenen Städten in Nordrhein-Westfalen Mitgliedertreffen durch und haben dazu bewußt Sozialstationen und Krankenhausmitarbeiter eingeladen. Dabei sind wir in den bisherigen Fällen zu einer sehr guten Zusammenarbeit gekommen, die dann auch im kleineren Kreise fortgesetzt wird. Wenn diese Zusammenarbeit im Gesetz erwähnt würde, so würde ihr damit - insofern stimme ich Ihnen zu - eine andere Gewichtigkeit gegeben. Jetzt erfolgt die Zusammenarbeit auf einer rein freiwilligen Basis. Es gibt im Krankenhaus verschiedene Bereiche, die die Notwendigkeit einer solchen Zusammenarbeit absolut noch nicht sehen.

Vorsitzender: Gibt es weitere Fragen? - Das ist nicht der Fall.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte Ihnen am Schluß Dank sagen. Ein herzliches Dankeschön sage ich insbesondere denjenigen, die bis zum Schluß hier ausgeharrt haben, selbst wenn sie ihre Stellungnahme schon zu Beginn der Anhörung abgegeben haben. Wenn sie hier so lange ausgeharrt haben, so zeugt dies davon, daß diese Veranstaltung, die wir heute hier im Landtag durchgeführt haben, nicht nur im Interesse der Abgeordneten liegt - uns geht es darum, im Blick auf das zukünftige Gesetzgebungsverfahren Meinungen zu hören -, sondern daß auch seitens derer, die hier Stellungnahmen abgegeben haben, ein sehr großes Interesse gegeben ist. Ich kann mir vorstellen, daß insbesondere unter dem Aspekt der unterschiedlichen Interessenlagen ein Krankenhausgesetz

Ausschuß für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge
26. Sitzung

29.04.1987
Ro-rt

auch für denjenigen, der sich gesetzgeberisch nicht damit befaßt, einen ganz anderen Stellenwert bekommt. Noch einmal ein herzliches Dankeschön!

Alles, was heute hier gesagt worden ist, ist von unserem Stenographischen Dienst protokolliert worden. Ich möchte es nicht versäumen, auch unserem Stenographischen Dienst für diese Arbeit ein herzliches Dankeschön zu sagen. Das Protokoll wird jedem Teilnehmer an der heutigen Veranstaltung zugeschickt.

Ich wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt und schließe die Sitzung.

gez.: Bräuer
Vorsitzender

20.05.1987 / 20.05.1987

275