



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

50. Sitzung (öffentlich)

NEUDRUCK

27. August 2014

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Heinz-Uwe Müller

Verhandlungspunkt:

Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/5412

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

* * *

Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/5412

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie ganz herzlich zur 50. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des nordrhein-westfälischen Landtages. Weiter begrüße ich die Damen und Herren Abgeordneten, die Vertreter der Landesregierung, insbesondere aber die Sachverständigen, die zu dem einzigen Tagesordnungspunkt eingeladen wurden, den wir heute zu behandeln haben, nämlich das Zweite Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen. Wir haben noch zwei Sitzungen vor uns, starten also nach der Sommerpause ungebremst und voller Tatendrang, um die Dinge zu erledigen, die uns aufgetragen sind.

Ich danke zunächst einmal im Namen des Ausschusses für die Bereitschaft, hier zur Verfügung zu stehen. Weiterhin danke ich für die übersandten schriftlichen Stellungnahmen. Bei der Durchsicht dieser Stellungnahmen ist den Kolleginnen und Kollegen und mir aufgefallen, dass Sie die Chance genutzt haben, über die konkreten Änderungen hinaus einige Hinweise zu geben. Die werden von den Mitgliedern des Ausschusses aufgenommen, sind aber nicht Gegenstand der heutigen Anhörung.

Wir werden in bekannter straffer Struktur auf vorangehende Vorträge verzichten; vielmehr werden sich die Damen und Herren Abgeordneten direkt mit Fragen an Sie wenden. Ich werde die geänderten Paragraphen, die zur Diskussion stehen, einzeln aufrufen. Manchmal gibt es dabei - das ist hinzunehmen - Überschneidungen. Wir werden uns aber - so wird der Ablauf der heutigen Anhörung sein - an diese Struktur halten, meine Damen und Herren.

Ich rufe auf:

§ 1**Grundsatz**

Angela Lück (SPD): Auch ich möchte mich im Namen der SPD-Fraktion bei Ihnen für Ihre umfangreichen Stellungnahmen bedanken. Zunächst habe ich eine Frage an die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, die in ihrem Eingangstext davon sprechen, dass sie, was die Auswirkungen dieses Gesetzes für die Kommunen angeht, einen möglichen Mehraufwand - bedingt durch personelle Aufstockung - sehen. Können Sie uns etwas näher erläutern, wo genau aus Ihrer Sicht personeller Mehraufwand betrieben werden müsste?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich weiß nicht genau, ob sich die Frage auf § 1 oder auf § 11 bezieht. Das will ich einmal dahingestellt sein lassen. Wir fahren erst einmal fort. - Herr Kollege Preuß.

Peter Preuß (CDU): Ich habe an den Vertreter von ver.di eine Frage zu der Regelung in § 1 Abs. 1. Es geht dabei um die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, aber auch mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ich möchte gerne wissen, ob diese Regelung als ausreichend, abschließend und verpflichtend angesehen wird.

Oliver Kohlberg (ver.di, Landesbezirk NRW) (Stellungnahme 16/1969): Uns fällt auf, dass die Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen in der Praxis nicht immer reibungslos klappt. Wir würden uns mehr Zusammenarbeit wünschen. Oftmals ist die Zusammenarbeit nicht transparent. Auch das Planungsverfahren ist nicht immer ganz durchschaubar.

Wir würden uns wünschen, dass die Konflikte ausgetragen und letztendlich geklärt werden. Es sollten im Sinne der Beschäftigten und der Beschäftigte gute Lösungen erreicht werden. Nicht jeder Konzern - ich übertreibe jetzt einmal - sollte für sich Kirchturm-Denken betreiben; vielmehr sollte eine Zusammenarbeit vor Ort stattfinden. Bis vor ein paar Wochen noch habe ich in den Bezirken vor Ort in Krankenhäusern gearbeitet. Eine Zusammenarbeit vor Ort ist nicht spürbar. Wir würden mehr Initiative erwarten, dass das - so, wie es auch angestoßen ist - wirklich gelebt wird. Das sollte durch regionale Planungsrunden und konkretere Lösungsansätze geschehen. Wir hoffen, dass das in Zukunft in diese Richtung gehen wird; denn es nützt nichts, wenn die Dinge nur einseitig betrachtet werden. Vielmehr brauchen wir - im Sinne der Beschäftigten, der Patienten und eines qualitativen Angebots für NRW - eine Vernetzung der Gesundheitslandschaft vor Ort.

Reiner Limbach (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in NRW) (Stellungnahme 16/1949): Unter „D“ des Gesetzentwurfs - dabei geht es um Kosten - ist, was die Auswirkungen auf die Selbstverwaltung bzw. die Finanzlage der Gemeinden angeht, der Satz zu finden, dass im Vergleich zum geltenden Krankenhausrecht keine neuen Auswirkungen entstehen. Ohne jetzt zynisch sein zu wollen: Bisweilen hat man den Eindruck, dass das der generelle Textbaustein für Gesetzentwürfe ist. Die Variable ist hier in dem Fall das Landeskrankenhausrecht. Das kann durch eine Vielzahl anderer Gesetze ersetzt werden. Das ist jetzt aber eher Gegenstand der Evaluierung des Konnexitätsausführungsgesetzes, die am kommenden Freitag hier im Haus stattfindet. Insofern will ich es mit diesem Hinweis belassen.

Wir haben in unserer Stellungnahme mehrere Punkte aufgeführt, von denen wir glauben, dass die - auch wenn man konzidiert, dass es sich um fachlich sinnvolle Weiterentwicklungen handelt - jedenfalls das Potenzial haben, kommunalen Mehraufwand auszulösen. Das alles ist im Kontext „Überprüfung der Pflegekonzepte der Krankenhäuser, Gender, Inklusion, Überprüfung der Qualitätsmerkmale und Indikatoren, Einhaltung von Genehmigungsbescheiden“ - und so weiter - zu sehen.

Aus unserer Sicht liegt die Schwierigkeit darin begründet, dass es jenseits des eingangs von mir zitierten Satzes in der Gesetzesbegründung keinerlei Auseinandersetzung darüber gibt, in welchen Punkten denn kommunaler Mehraufwand entstehen könnte. Unsere Sorge ist, dass man das mit diesem eher pauschalen Satz mehr oder weniger abgewürgt hat.

Ich gehe nicht soweit, zu sagen, dass das alles Änderungen sind, die konnexitätsrelevant sind. Wir vermissen aber die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Frage: Welche Weiterentwicklungsaspekte können auch kommunalen Mehraufwand nach sich ziehen? Darüber findet sich nichts in der Gesetzesbegründung.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. - Was die Frage der Zusammenarbeit angeht, sind wir schon zu § 2 übergegangen, wenn ich das richtig sehe. - Herr Kollege Ünal.

Arif Ünal (GRÜNE): Vielen Dank für die Stellungnahmen. - Ich möchte zu § 1 eine Nachfrage stellen. Es ist nicht leicht für uns, mit diesen Stellungnahmen umzugehen, weil es in ihnen Positionen gibt, die sich diametral gegenüberstehen. Ich frage die Psychotherapeutenkammer, die kritisierte, dass die Fortbildung der Psychologischen Psychotherapeuten nicht ausreichend sei. Können Sie das ein bisschen erläutern? Soviel ich weiß, gibt es seit 2006 besonders im Bereich der klinischen Neuropsychologie eine Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahme. Ist so etwas schon in den Krankenhäusern eingerichtet worden?

Monika Konitzer (Psychotherapeutenkammer NRW, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten NRW) (Stellungnahme 16/1953): Es geht um die Regelung der Weiterbildung in § 1 Abs. 4 Krankenhausgestaltungsgesetz. Gemäß dem Text ist vorgesehen, dass die Krankenhäuser für die Berufe der Psychotherapie Stellen einrichten.

In der Psychotherapeutenkammer gibt es eine Weiterbildung für klinische Neuropsychologie. Sie wird vor allem bei Patienten mit Hirnverletzungen angewandt. In diesem Bereich ist das eine Behandlungsmethode, zu der es keine pharmakologische Alternative gibt. Dafür brauchen wir eine Weiterbildungszeit in Krankenhäusern. Die Weiterbildungsordnung existiert seit mehreren Jahren. Es ist bisher aber nicht gelungen, dass Krankenhäuser den Antrag gestellt haben, als Weiterbildungsstätten zugelassen zu werden. Es wird ausschließlich neurologische Weiterbildung durchgeführt.

Inzwischen gibt es eine Richtlinie auch für den ambulanten Bereich. Die Leistungen werden in der Zusammenarbeit von Neurologen und klinischen Neuropsychologen erbracht. Deshalb wäre es dringend erforderlich, dass auch die Weiterbildung beider Berufe in den entsprechenden Abteilungen der Krankenhäuser stattfinden kann. In diesem Bereich herrscht eine ziemliche Unterversorgung an Leistungserbringern. Deshalb würden wir die Weiterbildung wirklich brauchen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön. - Weitere Wortmeldungen zu § 1 sehe ich nicht. Ich rufe auf:

§ 2

Krankenhausleistungen

Gibt es dazu Fragen? - Herr Preuß hat das Wort.

Peter Preuß (CDU): Ich habe eine Frage an den Vertreter des Caritasverbandes. Paragraf 2 enthält die Wiederaufnahme des Verweises auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz. Hält der Caritasverband diesen Verweis für notwendig?

Arif Ünal (GRÜNE): Meine Frage geht in die gleiche Richtung. Ich richte sie an den Caritasverband für die Diözese Münster. - Wir haben in NRW Regionen, in denen es nur katholische Krankenhäuser gibt. Was machen wir eigentlich in diesen Bereichen, wenn es keine Wahlmöglichkeit gibt? Wie gehen wir mit den bundesgesetzlichen Regelungen bezüglich der Schwangerschaftskonfliktberatung um? Wir wissen aus Köln, dass es große Probleme gab, weil viele Krankenhäuser die „Pille danach“ abgelehnt hatten. Deshalb bitte ich um eine Erläuterung, wie man damit umgehen soll.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön, Herr Ünal. Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis der Abgeordneten? - Das ist nicht der Fall. - Herr Proff hat das Wort. Bitte schön.

Klaus Schoch (Caritasverband für die Diözese Münster) (Stellungnahme 16/1947): Ich spreche jetzt für das Katholische Büro. - Es ist, glaube ich, nicht notwendig, dass ich hier die Position der Katholischen Kirche ausgiebig erläutere. Die ist klar. Wir lehnen Abtreibung aus ethischen Gründen ab. Die Aufnahme dieser Klausel kritisieren wir. Sie stand schon einmal im Gesetz, wurde dann herausgenommen. Wir können nicht feststellen, dass es in der Landschaft irgendeine Veränderung negativer Art gegeben hat. Uns sind keine Fälle bekannt, wo es da irgendwelche Probleme gegeben hat. Wir stellen fest, dass Abtreibung weniger im Krankenhaus-Bereich vorkommt. Vielmehr werden Abtreibungen mittlerweile in viel größerem Maße ambulant vorgenommen. Auch wenn ich jetzt einmal den katholischen Blick außer Acht lasse, kann ich da keinen Versorgungsengpass feststellen. Insofern ist das für mich auch ein Beispiel für Überregulierung. Es wird etwas geregelt, was eigentlich nicht der Regelung bedarf.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Gibt es Nachfragen aus dem Kreis der Abgeordneten? - Das ist nicht der Fall. Dann rufe ich auf:

§ 3

Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

Gibt es dazu Wortmeldungen? - Es gibt dazu keine Fragen der Damen und Herren Abgeordneten.

Ich leite dann über zu:

§ 5

Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patienten- seelsorge

Wird dazu das Wort gewünscht? - Herr Kollege Preuß hat das Wort.

Peter Preuß (CDU): Ich habe eine Frage zu § 5, gleichzeitig aber auch eine zu § 7. Das geht nämlich in die gleiche Richtung. In § 5 wird das Versorgungsmanagement angesprochen, in § 7 die Qualitätssicherung. - Es liegt uns mit dem Entwurf des Krankenhausgestaltungsgesetzes ein Landesgesetz vor. Darüber hinaus gibt es aber noch bundesrechtliche Regelungen und den Koalitionsvertrag. Ich habe die Frage an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, ob sie hier das Problem der Schaffung von Doppelstrukturen - mit möglichen Konsequenzen, was die Abläufe im Einzelnen angeht - sieht.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön, Herr Kollege Preuß. - Herr Kollege Post.

Norbert Post (CDU): Hat sich mit der Frage des Kollegen Preuß erledigt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Okay. - Dann hat Herr Kollege Wegner das Wort.

Olaf Wegner (PIRATEN): Zuerst möchte ich mich bei allen Sachverständigen für ihre Stellungnahmen bedanken. - Ich habe eine Frage an den Pflegerat. In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie, dass das Versorgungsmanagement nicht präzisiert sei. Meine Fragen lauten: Was sollte Ihrer Meinung nach in Bezug auf den Begriff „Versorgungsmanagement“ konkret präzisiert werden? Welchen Grund haben Sie dafür, dass Sie diese Präzisierung wünschen? Welche Folgen hat das Ihrer Meinung nach?

Arif Ünal (GRÜNE): Meine Frage geht an die Ärztekammern. Sie haben die Qualitätsorientierung eigentlich sehr positiv bewertet, aber weitere Präzisierung in dieser Richtung gefordert. Können Sie ein paar Beispiele nennen, wie das konkreter gestaltet werden kann?

Ich habe eine weitere Frage an die Krankenhausgesellschaft, die, was diesen Bereich anbelangt, eine genau entgegengesetzte Stellungnahme abgegeben hat. Sie vermutet, dass es durch diese Maßnahmen zu einer Bürokratisierung kommen könnte. Können Sie die Begründung Ihrer Stellungnahme weiter konkretisieren?

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.) (Stellungnahme 16/1913): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich gehe zunächst auf den allgemeinen Aspekt der Doppelstrukturen kurz ein: In Bezug auf die §§ 5 und 7 sehen wir dahingehend Diskussionsbedarf, zu verhindern, dass es zu Doppelstrukturen auf den Gebieten der Bundes- und der Landesgesetzgebung kommt.

Wir halten es für wichtig, dass beides kongruent und widerspruchsfrei ist. Speziell bezüglich des § 5 haben wir uns mit dem Begriff „Versorgungsmanagement“ auseinandergesetzt; denn er ist auch in § 11 Abs. 4 SGB V hinterlegt und stellt dort im Übrigen auf die Zusammenarbeit aller an der Patientenversorgung Beteiligten ab. Er wendet sich nicht nur an den Krankenhausbereich.

Darüber hinaus betont auch der Koalitionsvertrag die Koordinationsaufgabe der Krankenkassen in diesem Zusammenhang. Von daher meinen wir, dass das Krankenhaus im Speziellen in Bezug auf das Entlassungsmanagement gefordert ist. Dieses ist in § 39 SGB V aus unserer Sicht abschließend geregelt. Von daher erachten wir in Bezug auf das Landesgesetz den Begriff „Versorgungsmanagement“ für verzichtbar.

Wenn man diesen Begriff hier anwendet, sollte er allerdings unseres Erachtens nicht so konkret auf den Sozialdienst fokussiert werden; denn die Krankenhäuser haben diese Aufgabe unterschiedlichen Personen zugeordnet. In der konsequenten Formulierung „Sozialdienst“ sehen wir einen unnötigen Eingriff in die Organisationsfreiheit der Häuser.

Zu den Aspekten der Qualität möchte ich später bei der Behandlung des § 7 eingehen.

Ludger Risse (Pflegerat Nordrhein-Westfalen c/o St. Christophorus Krankenhaus Werne GmbH; Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V., Landesgruppe NRW) (Stellungnahme 16/1930 für den Pflegerat NRW und Stellungnahme 16/1929 für den Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben das unter anderem deswegen so ausgelegt, weil viele für sich in Anspruch nehmen, Versorgungsmanagement zu machen, ohne dass letztendlich wirklich klar ist, wer es denn ausführt. Auch die Sanitätshäuser und die Krankenhäuser sagen das von sich.

Wir sehen da eine Schwierigkeit, denn die Krankenhausversorgung endet nun einmal mit der Entlassung. Es ist völlig richtig, dass man auch die Zeit nach der Entlassung im Blick haben muss. Wenn eingefordert wird, dass die Krankenhäuser sicherzustellen haben, dass es nach dem Krankenhausaufenthalt ein Versorgungsmanagement gibt, muss auch ganz klar gesagt werden, was an welcher Stelle wie genau damit gemeint ist. Sonst führt das - so, wie wir es jetzt erleben - zu unterschiedlichen Interpretationen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Gibt es Nachfragen? - Das ist nicht der Fall. Ich rufe dann auf:

§ 7

Qualitätssicherung

Susanne Schneider (FDP): Herzlichen Dank an alle Sachverständigen für ihre tollen Stellungnahmen. - Zu § 7 habe ich eine Frage an Herrn Risse. Ich vermisste in Ihrer Stellungnahme eine Aussage zum Thema „Qualität“. Darauf sind Sie jetzt gar nicht eingegangen. Können Sie dazu vielleicht zwei oder drei Sätze sagen?

Dr. Roland Adelman (SPD): Meine erste Frage betrifft Abs. 1. Ich richte sie an Herrn Brink von der Krankenhausgesellschaft, an Herrn Dr. Windhorst von der Ärztekammer Westfalen-Lippe und an Frau Reuter vom Verband der Privaten Krankenversicherung. In einer Stellungnahme gibt es zu Abs. 1 den Vorschlag, den letzten Abschnitt etwas schärfer in dem Sinne zu fassen, dass es in Bezug auf Qualitätsvereinbarungen keine Kann-, sondern eine Soll-Bestimmung geben soll. Wie sehen Sie das? Ist das möglich aus Ihrer Sicht?

Eine andere Frage geht an Frau Mitrenga-Theusinger von der Ärztekammer Nordrhein bezüglich des zusätzlichen Einfügens eines Abschnitts 4, um klarzustellen, dass eine gewisse fachliche Qualität auch auf Personalebene gewährleistet ist. Würden Sie das bitte erläutern? Wäre es sinnvoll, das genauer zu präzisieren?

Serdar Yüksel (SPD): Meine Frage geht an Herrn Brehmer vom Landschaftsverband Rheinland. Sie äußern in Ihrer Stellungnahme Zweifel, ob durch weitere landesspezifische Qualitätsberichte verlässliche Aussagen über das Qualitätsniveau der Krankenhäuser getroffen werden können. Ich frage das im Hinblick auf die Qualitätsberichte, die jährlich zu veröffentlichen sind. Diese sollen sich eigentlich an Indikatoren orientieren, die der gemeinsame Bundesausschuss definiert. Dazu hätte ich gerne eine Erläuterung.

Olaf Wegner (PIRATEN): Meine Frage geht an den Pflegerat, zusätzlich aber noch an die Vertreter der Krankenversicherungen. Sehen Sie bezüglich § 7 Abs. 2 eine

Möglichkeit, mehr Transparenz hinsichtlich der Hygiene-Situation in den Krankenhäusern zu bekommen? Wenn ja, ist das in Ihren Augen sinnvoll?

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Meine Damen und Herren, ich möchte etwas weiter ausholen und vorausschicken, dass die Krankenhausgesellschaft den Ansatz dieses Gesetzentwurfes, zu mehr Transparenz und Qualität zu kommen, eindeutig unterstützt. Wir engagieren uns als KGNW auch auf Bundesebene bei der DKG sehr vehement dafür, was Transparenz angeht, immer den Weg nach vorne zu gehen.

Wir möchten aber auch darauf hinweisen, dass hier seit 2007 gerade auf der Bundesebene eine Menge in Bewegung gekommen ist. Das AQUA-Institut hat im Ausfluss des GBA-Geschehens mittlerweile 289 Indikatoren als für die Veröffentlichung geeignet identifiziert. Das ist also eine sehr umfangreiche Liste geworden. Das war zum Zeitpunkt, als das KHGG in der derzeitigen Form aufgestellt wurde, so noch nicht der Fall.

In der amtierenden Bundesregierung ist das Institut für Qualität gerade jetzt durch die letzte Gesetzesinitiative konkret auf den Weg gebracht worden. Dieses Institut soll sich auch mit Krankenhausvergleichen und diesbezüglichen Parametern beschäftigen. Als KGNW haben wir die Schaffung dieses Bundesinstituts von Anfang an sehr befürwortet, was auch noch einmal unterstreicht, wie stark wir uns Qualität und Transparenz verpflichtet fühlen.

Da gerade auf der Bundesebene - auch mit dem neuen Institut - im Moment so viel in Bewegung gebracht wurde, sollte man sehr genau überlegen, wo es hier auf Landesebene zusätzlichen Regelungsbedarf gibt. Ich erwähne noch einmal die 289 Indikatoren, die als für eine Veröffentlichung geeignet angesehen werden. Wir gehen davon aus, dass hiermit schon eine Menge von Aspekten recht ordentlich abgedeckt ist.

Sollte man dennoch aufgrund konkreter Problemlagen oder Defizitlagen zu der Erkenntnis kommen, dass dies auf Bundesebene in den dort hinterlegten Indikatoren nicht hinreichend abgebildet wurde, können wir uns vorstellen, dass auf Landesebene interimswise - aber nur, wenn eine Defizit-Situation vorhanden ist - eigene Indikatoren entwickelt werden, die dann aber auch nur solange auf Landesebene gefahren werden sollten, bis auf Bundesebene dieser weiße Fleck erledigt wurde bzw. entsprechende Regelungen - in welche dann bundeseinheitliche Indikatoren eingefügt worden sind - getroffen wurden.

Wenn man im Übrigen diesen Weg geht, sollte man auf ein konkretes Verfahren - das haben wir in unserer Stellungnahme beschrieben - achten, dass nämlich zuerst einmal der Bedarf bzw. das Defizit identifiziert wird. Im zweiten Schritt sollte darauf gesehen werden, ob die angedachten Indikatoren auch wirklich evidenzbasiert, aussagefähig und folglich geeignet sind. In einem dritten Schritt sollte darauf geschaut werden, welche Folgen sich durch eine solche Hinterlegung von Indikatoren auf Landesebene ergeben.

Grundsätzlich sollte es - das ist uns ganz wichtig - so sein: Da, wo der Bund Regelungen getroffen hat - das ist mittlerweile relativ flächendeckend der Fall -, sollte die Bundesgesetzgebung eindeutig Vorfahrt behalten.

Dr. Theodor Windhorst (Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe) (Stellungnahme 16/1992): Was die Qualitäts-Präzisierung anbelangt: Ich habe aus den Ausführungen von Herrn Brink, dem Präsidenten der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, mitgenommen, dass die Transparenz kein Problem wäre, wenn wir die Bundesebene als diejenige akzeptieren würden, die Schrittmacherfunktion übernimmt. Ich bin ein bisschen mehr auf föderale Strukturen aus und denke, dass auch das Land Verantwortung hat. Froh bin ich, dass es eine Bund-Länder-Kommission gibt, bei der auch unsere Ministerin mit dabei ist und daran mitarbeitet, dort vielleicht eine Harmonisierung herbeizuführen. Von uns aus - also von der Selbstverwaltung aus - sollten wir die Harmonisierung vielleicht nicht so sehr vorantreiben. Wir sollten versuchen, unsere Probleme erst einmal selbst zu lösen, bevor die Bundesebene für uns einspringt.

Das AQUA-Prinzip bzw. das AQUA-Konzept ist eigentlich gescheitert. Sonst gäbe es kein neues Institut mit einem neuen Auftrag und neuen Ideen. Was die Menge der Qualitätsindikatoren angeht: Es geht hier nicht um Masse statt Klasse. Wir wollen einmal sehen. - Wir haben die Qualitätsinitiative von AQUA nicht gebraucht. Sie hat keine Transparenz gebracht. Auch ist sie von der Bevölkerung nicht verstanden worden.

Zu der Frage, ob es eine Kann- oder eine Soll-Vorschrift geben soll: Ich bin sehr froh, dass in § 7 eine Qualitätssicherung eingebracht worden ist, damit die dreiseitigen Vereinbarungen greifen können. Warum ist das so? Wir können da, glaube ich - auch zusammen mit Herrn Brink von der Krankenhausgesellschaft -, zeigen, dass der Vorrang der Selbstverwaltung auch eine Möglichkeit darstellt, selbst die Initiative zu ergreifen, um ein Problem im Vorfeld zu regeln. Wir müssten uns dann mit den Problemen auseinandersetzen, Leistungen abarbeiten und Ergebnisse bringen, anstatt die Probleme weiter bestehen zu lassen. Insofern würde ich ganz herzlich darum bitten, die dreiseitigen Absprachen durch eine Soll-Vorschrift zu bestärken.

Was die Qualität im Einzelnen anbetrifft, haben wir gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein - es ist schön, dass wir da im Gleichschritt arbeiten - dargestellt, dass verschiedene Dinge noch klargestellt werden müssen. Es geht um das ein wenig undifferenzierte Wort „Zentrum“, das nicht geschützt ist. Jeder kann sich „Zentrum“ nennen. Wenn jemand in einem Krankenhaus einseitig - noch nicht einmal mit der Qualitätshinterlegung eines Facharztstatus - arbeitet, kann er sich eigentlich schon „Zentrum“ nennen. Das könnte dann auch ein ästhetischer Chirurg machen, der noch im Begriff ist, zu lernen. Er könnte sich „Zentrum für Schönheitschirurgie“ - oder so ähnlich - nennen.

Ich denke, wir sollten da der Bevölkerung helfen, stärker zu differenzieren. Vielleicht sollte man sogar die Bezeichnung „Zentrum“ als nicht sachgerecht und irreführend erst einmal aus dem gesamten Krankenhaus-Werbekatalog herausnehmen. Das soll-

te man nicht mehr so empfehlen. Wenn es den Begriff „Zentrum“ gar nicht geben würde, wäre ich froh.

In Bielefeld gibt es zwei Thorax-Chirurgien. Bei der einen handelt es sich um die „Thorax-Chirurgie des Zentrums der Stadt Bielefeld“, bei der anderen um das „Zentrum der Thorax-Chirurgie der Stadt Bielefeld“. Wir haben also zwei Zentren. Das ist für jemanden, der dort hingehet, wo die Schwerpunkte der einzelnen Bereiche liegen, völlig irreführend. - So etwas ist also nicht sachgerecht und irreführend.

Weiterhin müssen wir die technische Ausstattung einzelner Abteilung stärker berücksichtigen, um eine Darstellung der Steuerungskompetenz zu erreichen. In den Krankenhäusern haben wir - im Hinblick auf die hohe Qualität, die dort erbracht wird - schon häufig Glanzfolienauflagen, obwohl kein Facharztstatus vorliegt. Wir sind Gott sei Dank durch das erste KHGG in Bezug auf die Strukturqualität etwas weitergekommen. Ich bitte darum, dass wir diese noch weiter aufbauen. Ein besonderes Beispiel im Hinblick darauf sind die zertifizierten Brustzentren. Auch die Gefäßchirurgie wäre in diesem Zusammenhang als Beispiel zu nennen. Da sollte nur dann von einem Schwerpunkt gesprochen werden können, wenn es zum Beispiel einen Cell Saver, eine vernünftige Blutbank oder ähnliches im Hintergrund gibt. Dort kann man ganz bestimmte Qualitätskriterien hinterlegt werden. Das muss man ausarbeiten; es kann nicht aus dem „freien Raum“ genommen werden. Da ist natürlich die Krankenhausgesellschaft mit gefordert, das an einem Tisch zu machen. Ich könnte noch die Notfallversorgung als Beispiel nennen. Das würde aber, denke ich, den Rahmen ein wenig sprengen.

Was § 7 anbelangt, sind wir - ich danke der Krankenhausgesellschaft dafür - auf dem Weg der Klarstellung von Außendarstellung. Dabei gehen wir von dem Interesse aus, Transparenz für Patienten und Zuweiser auf der Linie herzustellen, die der § 7 als Möglichkeit bietet. Wir hoffen, dass wir das weiter vertiefen können.

Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger (Ärztchammer Nordrhein) (Stellungnahme 16/1992): Ich bin Chefarzt-Vertreterin in einem großen kommunalen Krankenhaus in Leverkusen. Sie hatten mich dezidiert nach dem Qualitätsmerkmal „Personal“ - bezogen auf die Leitung einer solchen Abteilung - gefragt. Das betrifft mich konkret. - Wenn es kein Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses sein soll, dass an 365 Tagen im Jahr 24 Stunden lang ein Facharztstatus gewährleistet ist: Was soll es dann sein? Dass der Chefarzt - mindestens aber sein Vertreter - sich um abgeschlossene Weiterbildung bzw. um Teilgebietsbezeichnungen selber kümmert, ist - je nach Größe einer Abteilung - unabdingbar. Es gäbe sonst nicht diese zeitumfängliche Qualität ärztlicher Versorgung in einem Krankenhaus. Deswegen sollte das an allen Stellen, wo es möglich ist - zum Beispiel im Gesetz; im Krankenhausplan wurde es berücksichtigt -, verankert werden. Das halten wir für ausgesprochen wichtig.

Markus Brehmer (Landschaftsverband Rheinland) (Stellungnahme 16/1922): Es klang schon bei der Diskussion durch, und einen diesbezüglichen Hinweis habe ich auch in meiner Stellungnahme gegeben: Es gibt eine Inflation bei der Verwendung des Begriffes „Qualität“. Bereits Herr Ünal sprach die immer weiter zunehmende Bü-

rokratisierung an. Ich habe versucht, deutlich zu machen, wie viele Qualitätsberichte mittlerweile erstellt werden.

Eine Vielzahl von Faktoren wird gesammelt, und es gibt auch eine Inflation an Kennzahlen. Es wird im Grunde genommen aber nicht ernsthaft über deren Sinnhaftigkeit nachgedacht. Wenn das Ziel jetzt darin besteht, dem Verbraucher bzw. Patienten möglichst prägnant eine Aussage darüber zu vermitteln, wie gut welches Krankenhaus ist, um Vergleichsmöglichkeiten zu schaffen, muss klar sein, was eigentlich mit Qualität gemeint ist. Das wird in vielen Zirkeln auch diskutiert; der Prozess ist aber noch nicht abgeschlossen.

Sie alle würden, wenn es um die Benennung des entscheidenden Faktors im Hinblick auf Qualität geht, zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Man könnte zum Beispiel fragen, ob die MRSA-Infektionsquote oder die Anzahl der Entlass-Briefe ein entscheidendes Merkmal ist.

Wir stellen fest, dass es eine enorme Vielzahl an Begriffen gibt. Auch von Herrn Windhorst wurde das verdeutlicht. Es geht ums darum, zu sagen: Bei diesem Prozess muss es ein Innehalten geben. Wir müssen ihn einen Moment lang stoppen und erst einmal klären, was mit Qualität gemeint ist. Es sollte nicht ständig verlangt werden, dass neue Qualitätsberichte produziert werden, ohne dass man eigentlich weiß, was die Aussage dahinter ist und wie man eine Vergleichbarkeit herstellen kann.

Claudia Reuter (Verband der Privaten Krankenversicherung) (Stellungnahme 16/1937): Es wurde gefragt, ob wir den Abschluss dreiseitiger Vereinbarungen für möglich halten. Die Frage wurde möglicherweise deshalb gestellt, weil in den Stellungnahmen der Landesverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung - sie sind übrigens auch mit in unserem Namen ergangen; allerdings haben wir zusätzlich noch eine eigene Stellungnahme zusätzlich abgegeben - ein wenig Pessimismus im Hinblick darauf geäußert wurde, ob das möglich ist. Dieser Pessimismus beruht wohl aus den Erfahrungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung, an dem auch wir beteiligt sind. In diesem Bereich arbeiten wir mit den Kolleginnen und Kollegen der gesetzlichen Krankenkassen oft Hand in Hand. Da machen wir unsere Erfahrungen gemeinsam.

Was gemeinsame Vereinbarungen angeht, müsste man die Krankenhaus-Seite fragen, ob bei ihr eine entsprechende Bereitschaft vorhanden ist. Ziel ist, das Verfahren zeitlich voranzutreiben bzw. abzukürzen. Der Vorschlag, dass der Landesausschuss für Krankenhausplanung mit den Vorarbeiten befasst werden soll, stellt in dem Zusammenhang vielleicht eine gute Lösung dar.

Bezüglich der Hygiene wurde gefragt, ob wir Hygiene-Vorgaben für sinnvoll und machbar halten. Das würde ich bejahen.

Sebastian Käding (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) (Stellungnahme 16/1926): Herr Wegner fragte im Zusammenhang mit § 7 explizit nach der Hygiene-Situation in den Krankenhäusern. Wir sind der Auffassung, dass die Hygiene-Standards - wie wir sie in unserer schriftlichen Stellungnahme bezeichnet ha-

ben - hier noch einmal - auch wenn sie schon Teil der Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätsmerkmale sind - explizit aufgeführt werden sollten.

Ludger Risse (Pflegerat Nordrhein-Westfalen c/o St. Christophorus Krankenhaus Werne GmbH; Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V., Landesgruppe NRW): Zunächst einmal unterstützt es der Pflegerat völlig, dass Qualitätsberichte bzw. Qualitätsindikatoren für Patienten lesbar gestaltet werden sollen. Das kann man nur absolut unterstützen. Wir müssen aber auch dazu sagen - wir hätten das in unserer Stellungnahme vielleicht expliziter formulieren können -, dass die derzeit bestehenden Systeme, was die Bundesebene angeht, alles andere als geeignet sind, um Patienten eine Orientierung zu geben. Da ist dringend eine Entrümpelung erforderlich.

Gleiches gilt auch für die Bildung von Zentren. All das, was zum Beispiel im Rahmen einer Prozessbeschreibung nötig ist, damit man sich „Zentrum“ nennen kann, hat mit Qualität am Ende nicht wirklich etwas zu tun. Wir sehen mit zunehmender Besorgnis, wie viel Bürokratie das in den Einrichtungen verursacht. Es kostet unglaublich viel Zeit und Geld, ohne dass ein direkter kausaler Zusammenhang bezüglich der Steigerung der Qualität hergestellt werden kann.

Wir brauchen einen sehr differenzierten und klar strukturierten Blick auf die Strukturqualität der Krankenhäuser. Denn wir wissen, dass wir in Bezug auf Prozesse und Standards beschreiben können, was wir wollen: Wenn die Struktur im ärztlichen und im pflegerischen Bereich nicht stimmt, haben wir ganz viel Papier gefüllt. Das hilft aber am Ende keinem Patienten und erst recht keinem Mitarbeiter. Da müssen wir genau hinsehen. Dann wären wir auch gut mit dabei.

Insofern leite ich über zur Frage, ob über Qualitätsmerkmale bzw. durch das Erheben von Zahlen im Bereich der Hygiene eine Verbesserung zu erreichen ist. Das ist sicherlich der Fall. Wenn man dabei aber nur auf Infektionsraten - MRSA-Quoten oder sonstige Dinge - schaut, verstellt das ein wenig den Blick; denn manche Einrichtungen können gar nichts dafür, dass sie erhöhte MRSA-Raten haben. Ein Krankenhaus wie das unsrige liegt zum Beispiel in einer ländlichen Region, wo es sehr viel Schweinezucht und ähnliches gibt. Unser Krankenhaus hat deshalb nichts damit zu tun, dass wir eine höhere MRSA-Rate haben. Das bringen die Patienten mit hinein.

Bei der Strukturqualität im Bereich der Hygiene müssen wir sehr genau hingucken. Wir wissen, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Einhalten von Hygiene-Richtlinien und der Ausstattung mit qualifiziertem Personal gibt. Als Land sollten wir da gemeinsam hingucken. Wir sind immer bereit, daran mitzuarbeiten; da sind wir absolut mit dabei.

Olaf Wegner (PIRATEN): Ich habe noch eine Konkretisierungs-Frage an Herrn Risse vom Pflegerat. Er sagte gerade, dass die reine Infektionsrate bei MRSA oder anderen multiresistenten Keimen keine konkrete Aussage über die Qualität darstellt. Stellt die Rate der Neuinfektionen ein Qualitätskriterium dar? Ließe sie sich Ihrer Meinung nach überhaupt erfassen? Wäre der Aufwand mit Blick auf das Ergebnis sinnvoll?

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Ich möchte zur Frage Stellung nehmen, ob eine Soll- oder Kann-Vorschrift geben soll. Gerade habe ich versucht, auszuführen, dass wir uns hier Regelungsbedarf auf Landesebene nur unter ganz speziellen Konstellationen - bei Defizit-Situationen - vorstellen können und primär den Bund sehen. Insofern möchten wir bei der Kann-Formulierung bleiben. Wenn es eine Soll-Vorschrift gäbe, würde das die ganze Angelegenheit an der Stelle noch weiter verschärfen. Im Übrigen glauben wir auch, dass wir miteinander können, Herr Dr. Windhorst.

Dr. Theodor Windhorst (Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe): Das sollten wir.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Das sollten wir. Wenn wir denn miteinander können, dann darf unseres Erachtens da auch „können“ stehen. - Ich möchte noch kurz zur Hygiene kommen. Es ist bei all dem sicherlich wichtig, diesem Bereich eine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Auch hier sind wir in vielen Dingen mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Im Übrigen weiß ich, wovon ich spreche. Insofern ist das sicherlich ein Bereich, der auch im Sinne dessen, was Sie gesagt haben, in Zukunft ganz besonders ausgeleuchtet werden sollte. Da sind wir ganz mit dabei.

Ludger Risse (Pflegerat Nordrhein-Westfalen c/o St. Christophorus Krankenhaus Werne GmbH; Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V., Landesgruppe NRW): Wir würden eher darauf sehen wollen, was Krankenhäuser konkret und wie konsequent sie es machen. Das möchten wir vielleicht ein Stück weit messen. - Die Frage der Neuinfektionen ist sicherlich ein Indikator, den aber nicht in jedem Fall das Krankenhaus bzw. das Personal zu verantworten hat.

Spannendere Fragen sind zum Beispiel: Wie konsequent werden Hygiene-Richtlinien bzw. Screenings nach Risiko-Patienten durchgeführt? Wie konsequent wird damit umgegangen, wenn ein Patient zu einer Risikogruppe gehört, ohne dass man schon weiß, ob er MRSA-Träger ist oder nicht. Wenn jemand aus einer Risikogruppe, der einen Unfall hatte, in die Ambulanz kommt, muss man eigentlich an der Stelle schon konsequent damit umgehen. Das machen uns Nachbarländer vor. Es kann sich dann vielleicht im Laufe des späteren Krankenhausaufenthalts herausstellen, dass er eine MRSA-Infektion oder einen ähnlichen Keim - es geht nicht nur allein um MRSA - hat. Die Frage ist, wie in der Zwischenzeit damit umgegangen wird. Das sind Indikatoren, wo ich denke: Da sollte genau hingeguckt und genau geprüft werden. Das wäre sehr sinnvoll.

Ich halte die Neuinfektionen nicht für den alleinigen Parameter. Die Neuinfektionen können auch entstehen, ohne dass das Krankenhaus etwas dafür kann. Ich nehme als Beispiel noch einmal die ländliche, schwierige Region: Es kommt ein Besucher, der MRSA-Träger ist - was niemand weiß -, der vielleicht Gegenstände berührt, die er als nicht berühren sollte. Dann erfolgt eine Neuinfektion. - Das ist schwierig. Dann

müsste genau festgestellt werden, ob es eine Infektion ist, die von einem anderen Patienten übertragen wurde. Das kann man durchaus, ist aber äußerst aufwendig. Von daher ist das für die Statistik nicht unbedingt geeignet.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank! Ich glaube, das war eine ganze Reihe von Anregungen. Ich frage noch einmal die Abgeordneten: Gibt es zu § 7 noch eine Nachfrage? - Das ist nicht der Fall.

Ich rufe dann auf:

§ 8

Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Oskar Burkert (CDU): Ich habe eine Frage an die Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass die geforderte Zusammenarbeit in der Praxis in den meisten Fällen scheitern werde, wenn keine übereinstimmenden Willenserklärungen von Krankenhäusern und anderen Beteiligten der Gesundheitsvorsorge vorliege. Ist eine nähere Definition des Begriffes „patientenorientierte regionale Abstimmung der Leistungsstrukturen“ notwendig?

Elke Grothe-Kühn (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.) (Stellungnahme 16/1952): Ich könnte jetzt konkrete Beispiele nennen. Das mache ich jetzt an der Stelle ganz bewusst nicht, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass wir trotz der regionalen Planungskonzepte - die sehen einen bestimmten Weg vor, wie zu verhandeln ist - immer wieder feststellen müssen, dass es in der Tat daran hängt, dass es eben keine übereinstimmenden Willenserklärungen gibt. Ich sage Ihnen auch, warum das nach meiner Einschätzung teilweise der Fall ist.

Wir stehen übergreifend - nicht nur im stationären Bereich, sondern auch in Bezug auf andere Leistungserbringer - im Wettbewerb und fürchten diesbezüglich ganz konkret, dass Einzelne ausgeschlossen werden können. Ich beziehe das einmal auf das Konzept der Versorgung älterer Menschen bzw. Patienten, was ich persönlich als sehr sinnvoll ansehe. Es erfordert aber eine Abstimmung. Normalerweise müsste man das nicht unbedingt in das Gesetz hineinschreiben; denn wir haben in § 1 des Krankenhausgestaltungsgesetzes eine Regelung bezüglich der Zusammenarbeit. In der Tat ist es aber immer so: Protagonisten müssen sich zum Motor einer Sache machen. Ich glaube, Sie bekommen es nicht allein damit geregelt, dass Sie es so explizit ins Gesetz hineinschreiben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank! - Weitere Nachfragen zu diesem Bereich sehe ich nicht.

Ich leite über zu:

§ 11

Rechtsaufsicht

Das Wort hat Frau Kollegin Lück.

Angela Lück (SPD): Ich habe dazu eine Frage an die kommunalen Spitzenverbände. Sie schreiben, dass die Rechtsaufsicht, welche durch die Kommunen ausgeführt wird, durch zwei Erlasse aus 2013 unterlegt wurde und dass jetzt durch die Änderung im § 11 die Klarstellung der Rechtsaufsicht für Sie eigentlich nicht ordentlich bzw. nicht ausführlich genug dargestellt ist. Meine Frage lautet deshalb: Welche Klarstellung brauchen Sie, damit wir in diesem Gesetz die Rechtsaufsicht eindeutig definieren können?

Norbert Post (CDU): Ich richte meine Frage an die kommunalen Spitzenverbände, aber auch an die Krankenhausgesellschaft. Die Krankenhausgesellschaft bitte ich darum, ihre Erfahrungen mit der Rechtsaufsicht darzustellen. Sehen Sie die Rechtsaufsicht in der Lage, Sanktionen aussprechen zu können? Die kommunalen Spitzenverbände frage ich: Gibt es genügend Sanktionsmöglichkeiten?

Wir haben in Bezug auf das Gesetz die Problematik, dass es eine nicht hinreichende Definition des Begriffes „Rechtsaufsicht“ gibt. Meinen Sie, dass diese Definition noch verstärkt oder verfeinert werden muss? Oder reicht das bisherige Verfahren aus?

Reiner Limbach (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in NRW): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte zunächst die Fragen von Frau Lück und Herrn Wegner beantworten. Gegebenenfalls wird mein Kollege, Herr Dr. Menzel, ergänzen. - Den Ausführungen in unserer Stellungnahme zur Rechtsaufsicht sind viele einzelne Stellungnahmen der Kreise und kreisfreien Städte vorausgegangen.

Wenn Sie so wollen, gilt das KHGG für die Kommunen auf drei Ebenen: einmal als kommunale Krankenhausträger, vor allem aber zweitens als Träger der Teilfinanzierung, bezogen auf die Investitionskosten, und drittens bezogen auf den öffentlichen Gesundheitsdienst mit besonderen gesetzlichen Kompetenzen, aber eben auch auf die allgemeine Rechtsaufsicht, nämlich auf die ordnungsbehördliche Funktion in Städten und Kreisen. Diese Rechtsaufsicht ist Gegenstand des § 11.

Unser Problem an der Stelle liegt darin begründet, dass mit den beiden von uns zitierten Erlassen - offenbar mit Blick auf die Änderungen inhaltlicher Art, die das KHGG jetzt mit sich bringt; dabei geht es um die Aufgabenkataloge der Krankenhäuser - der Standpunkt eingenommen wird, dass im Grunde genommen die Rechtsauf-

sicht, was ihre Bandbreite anbelangt, bisher genauso ausgestaltet war. Das ist unserer Ansicht nach - was das Verhältnis der unterschiedlichen Stufen der Rechtsaufsicht angeht; dabei geht es, wenn man von oben nach unten durchgeht, um die oberste Landesbehörde, die fünf Bezirksregierungen und die 53 Kreise und kreisfreien Städte - konkretisierungs- bzw. klärungsbedürftig.

Die beiden genannten Erlasse sind an die fünf Bezirksregierungen adressiert, die aber - so die Rückmeldungen aus der kommunalen Praxis - wiederum sehr unterschiedlich mit den Grenzen der Rechtsaufsicht bzw. den Zuständigkeitsabgrenzungen zwischen Bezirksregierungen, Kreisen und kreisfreien Städten umgehen. Bisher war die Situation eigentlich so, dass es anlassbezogene Kontrollen durch die Städte und Kreise - im Regelfall in Absprache mit den Bezirksregierungen - gegeben hat. Dazu kamen eben noch die Sonderkompetenzen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie sie in den § 17 und 18 ÖGD festgehalten sind.

Die Rechtsunsicherheit tritt an der Stelle auf, wenn Unklarheit in Bezug auf die Frage besteht: Wieweit ist die Rechtsaufsicht tatsächlich zu fassen? Reden wir hier ausschließlich von KHGG-bezogenen Faktoren? Sprechen wir von einer allgemeinen Rechtsaufsicht, zu der wir in unserer Stellungnahme etwas gesagt haben? Die kann von der Rechtmäßigkeit der Jahresabschlüsse bis hin zu sozialversicherungsrechtlichen Detailfragen gehen. Das ist ein sehr breites Spektrum.

Im Moment liegt das Praxisproblem darin, dass die Rechtsaufsicht, was die Kommunikation mit den Kommunen angeht, von den fünf Bezirksregierungen uneinheitlich, vollzogen wird. Das geht zum Teil soweit, dass die Maßgabe kommt, die Kommune möge doch einmal die Speiserversorgung im Krankenhaus X näher untersuchen. Das mag einen Erkenntniswert bringen. Die Frage ist einfach: Ist das Rechtsaufsicht, oder ist das möglicherweise eine Kontrolle, ob die behandlungsvertraglichen Verpflichtungen erfüllt werden?

Wir haben an der Stelle also eine deutliche Unklarheit. Dazu haben wir im Rahmen der Verbändeanhörung den Vorschlag gemacht, man möge doch die Kommunen an der Stelle ganz aus der Rechtsaufsicht herausnehmen. Wir haben gedacht, dass das MGPA darauf bestimmt reagieren wird. Dem war nicht so. Insofern hätte man, glaube ich, durchaus zwischen Verbändeanhörung und Beginn des parlamentarischen Verfahrens noch einmal in den Dialog eintreten können. Das ist nicht geschehen. Wir gehen aber davon aus - und haben auch entsprechende Zusagen -, dass das passieren wird.

Insofern gibt es, wie gesagt, Klärungsbedarf an der Stelle, der durchaus untergesetzlich vorgenommen werden kann. Unser Petitum war natürlich, eine Änderung - im Sinne einer Klarstellung - des § 11 herbeizuführen. Gleichermaßen können wir uns vorstellen, dass das auch auf dem Erlass-Weg funktionieren kann. Das richtet sich natürlich immer wieder - das ist klar - an die Bezirksregierung. Dann kommt es eben darauf an, das, was den landesweiten Vollzug angeht, zu vereinheitlichen. Es sollte im Interesse der Krankenhäuser und aller stufenweise Beteiligten der Rechtsaufsicht keinerlei Unsicherheiten bezüglich der Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche zwischen den einzelnen Akteuren geben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Limbach, es gibt zwei Rundschreiben bzw. Erlasse der Bezirksregierung, welche die Damen und Herren Abgeordneten größtenteils nicht kennen. Können Sie etwas zum Anlass sagen? Nach meiner Kenntnis geht es um das Abmeldeverhalten von Krankenhäusern in der Notfallversorgung. Halten Sie das nicht für eine Aufgabe, die der kommunalen Rechtsaufsicht obliegt? Sie haben sich jetzt auf andere Beispiele konzentriert; aber der Anlass der Erlasse, die Sie jetzt kritisch anführen haben, hat diesen Hintergrund. Vielleicht kann die Krankenhausgesellschaft darauf gleich noch einmal eingehen. - Herr Brink.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Die ursprüngliche Frage, Herr Vorsitzender, war, ob wir Vollzugsdefizite in der Rechtsaufsicht sehen. Klare Antwort: Nein. Wir sind der Meinung, dass in der bestehenden Situation die Rechtsaufsicht ordentlich funktioniert. Da orientieren wir uns an der Festlegung von Frau Dr. Prütting, die seinerzeit schrieb, dass der Rechtsaufsicht verschiedene Aufsichtsmittel zur Verfügung stehen. Dazu zählen Informations- und Auskunftsrechte, Zutritts- und Begehungsrechte, Beanstandungs- und Anordnungsrechte sowie das Recht der Ersatzvornahme usw. Daran orientiert sich, glaube ich, die laufende Praxis. Soweit ich es wahrnehme, besteht immer der Wunsch von beiden Seiten - sprich: Gesundheitsaufsicht der Gebietskörperschaften und Krankenhausträger -, in Krisensituationen möglichst kooperativ zusammenzuarbeiten, um die Rechtsaufsicht auch im Sinne der Patienten gemeinsam zu leben. Insofern gibt es keine Defizite.

Wir haben die Änderung in Nr. 8 auch so verstanden, dass das im Wesentlichen Klarstellungscharakter haben soll und dass keine wesentlichen Neubedingungen der Rechtsaufsicht eingezogen werden sollen. Insofern liegt unseres Erachtens die Aufsicht über die Notfallversorgung - so, wie Sie es, Herr Garbrecht, glaube ich, gerade angedeutet haben - auch bei den Gebietskörperschaften.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Gibt es weitere Wortmeldungen bzw. Nachfragen? - Das ist nicht der Fall.

Dann rufe ich auf:

§ 12

Krankenhausplan

Gibt es dazu Fragen? - Herr Kollege Alda.

Ulrich Alda (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Brink von der Krankenhausgesellschaft. Sie fordern eine festgeschriebene Investitionsquote von 10 % und haben dazu auch einen entsprechenden Vorschlag entwickelt. Können Sie uns mehr zum Stand der Diskussionen mit Land und Bund mitteilen? Wird dieser Vorschlag positiv bewertet? Bisher war die Finanzierung der Krankenhäuser stark an der Versorgung ausgerichtet. Zukünftig soll Finanzierung und Versorgung an Qualität ausgerichtet

werden. Wie beurteilen Sie dies auch vor dem Hintergrund der Finanzierung in Nordrhein-Westfalen?

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Seit Frühjahr dieses Jahres engagieren wir uns in der KGNW bezüglich dieses Themas in erheblichem Maße. Mit der DKG gibt es auch eine gemeinsame Positionierung, die davon ausgeht, dass diese 10 %, bezogen auf den Gesamtumsatz, eine angemessene Quote sind. Das heißt für Nordrhein-Westfalen, dass es nicht - wie derzeit - knapp 500 Millionen € sein sollen, sondern dass es nach Expertenmeinung 1,2 Milliarden € sein müssten.

Wir haben es mit vereinten Kräften - ich denke, auch auf dem Wege der Unterstützung durch die Landespolitik - geschafft, dass das Thema „Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser“ jetzt auch auf der Agenda der Bund-Länder-Arbeitsgruppe steht. Soweit ich weiß, steht das für November an. Wir sind insgesamt der Meinung, dass es in Bund und Land viele Protagonisten gibt, die unser Anliegen gut verstehen können und mit uns der Meinung sind, dass das extrem niedrige Investitionsvolumen auf die Dauer nicht ausreicht und dass auch der Substanzverzehr in den Häusern schon deutlich erkennbar ist. Es gibt insofern also eine breite Anerkennung der Problemlage, im Übrigen auch vonseiten der Verbände. Ich schaue einmal zu Ihnen herüber, Herr Dr. Windhorst.

Insofern sind wir zuversichtlich, dass hier Bewegung möglich ist. Wenn wir den Vorschlag machen, dies auch im Landesgesetz zu hinterlegen, heißt das eigentlich: Wir glauben, dass wir - so haben wir es auch formuliert - einen Kraftakt von Bund und Ländern brauchen. Es sollte an der Stelle auch auf beiden Ebenen hinterlegt sein.

Inwieweit es mit den Haushaltsmitteln in Einklang zu bringen ist, hier eine Erhöhung der Fördervolumina zu erreichen, sei einmal dahingestellt. Wir erleben nur, dass es seit vielen Jahren auf konstantem Niveau geblieben ist. Bei allem Verständnis für die Haushaltslage, für Schuldenbremse usw.: Es ist in den letzten Jahren nicht einmal ein Inflationsausgleich eingezogen worden. Wenn alle Säulen der Krankenhausfinanzierung funktionieren sollen, muss auch diese funktionieren.

Wenn wir uns auf Bundesebene über Mindestgrößen der Personalstandards unterhalten: Wie soll das funktionieren, wenn eine ganz wesentliche Säule über Jahre sträflich vernachlässigt wird?

Noch einmal: Bei allem Verständnis für die Haushaltslage ist dies ein Punkt, auf den wir immer wieder zurückkommen. Insofern würden wir uns ausgesprochen freuen, wenn auch eine Konkretisierung der Landesgesetzgebung, was den Anspruch der Krankenhäuser angeht, stattfinden würde.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Herr Brink, für die Erläuterungen hinsichtlich der Frage des Kollegen Alda. - Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht.

Dann rufe ich auf:

§ 15

Beteiligte an der Krankenhausversorgung

Das Wort hat Frau Grochowiak-Schmieding.

Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE): Ich richte meine Frage an Frau Anacker vom Patientinnen-Netzwerk NRW und an Herrn Risse vom Pflegerat. Ihre Institutionen reklamieren Beteiligung an der Rahmensetzung bei der Krankenhausversorgung im Landesausschuss. Ich bitte Sie, uns zu schildern, welchen Zugewinn Sie durch die Beteiligung Ihrer Institutionen im Landesausschuss sehen.

Olaf Wegner (PIRATEN): Meine erste Frage geht an die Caritas. Sie kritisieren, dass der Landesausschuss nach § 15 das Gegenteil von Transparenz darstelle. Dazu habe ich die Frage: Wie könnte Ihrer Meinung nach die Transparenz dieses Ausschusses verbessert werden? Daran anschließend habe ich eine Frage an die drei unmittelbar Beteiligten des Landesausschusses: Wie stehen Sie zu der Frage der Transparenz des Landesausschusses?

Norbert Post (CDU): Ich richte meine Frage, die in eine ähnliche Richtung geht, an die Träger von Krankenhäusern, das heißt auch an die Sozialverbände. Der Krankenhausausschuss soll sehr wenig oder unregelmäßig tagen, und viele Beschlüsse sollen in Unterausschüssen gefasst werden. Ist damit die Beteiligung aller wirklich Betroffenen gewährleistet?

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Solange ich dabei bin, hat der Landesausschuss einmal getagt. Wir stellen uns auch die Frage: Welche Entscheidungskompetenz ist bei diesem Gremium eigentlich genau verortet? Denn auch wir nehmen wahr, dass relativ viel in Arbeitsgruppen vorbereitet wird. Vorbereitung ist in dem Sinne durchaus in Ordnung. Wichtig wäre allerdings schon, dass der Landesausschuss dahin geführt wird, dass er die Entscheidungskompetenz wahrnimmt. Dazu könnte man sich vorstellen, dass ein engerer Sitzungsrhythmus angestrebt wird.

Reiner Limbach (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in NRW): An der Stelle kann ich mich den Ausführungen der KGNW vollumfänglich anschließen.

Sebastian Käding (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See): Auch ich durfte an der Sitzung teilnehmen, die zuletzt stattfand. Die vorhergehende

Sitzung fand vor Beginn der Tätigkeit bei meiner Krankenkasse statt. In den Arbeitsgruppen, die zitiert wurden, war unser Verband bzw. unsere Kasse nicht beteiligt.

Ludger Risse (Pflegerat Nordrhein-Westfalen c/o St. Christophorus Krankenhaus Werne GmbH; Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V., Landesgruppe NRW): Wir haben die Beteiligung der Pflege ein Stück weit auch deshalb eingefordert, weil wir als Außenstehende überhaupt nicht erleben, was in diesem Landesausschuss passiert. Also die Transparenz kommt da auch bei der Pflege nicht an.

Es ist so, dass die Pflege ein ganz wesentlicher Leistungserbringer in den Krankenhäusern ist. Sie ist - genauso wie die Ärzte und die Geschäftsführungen - an der Leitung und Führung von Krankenhäusern beteiligt. Wenn dieser Ausschuss, der eine gewisse Rolle in der Landespolitik spielt - sonst gäbe es ihn nicht -, jetzt gegebenenfalls, soweit es um entsprechende Einrichtungen geht, um die Psychotherapeuten erweitert werden soll, sind wir der Ansicht, dass es eigentlich unverzichtbar ist, auch die Expertise der Pflege mit hineinzunehmen. Wenn solche Dinge wie qualitative Aspekte in einem solchen Ausschuss beraten werden, dann geht es eigentlich nicht ohne die Beteiligung der Pflege.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Frage ist eigentlich: Was habt ihr denn in der Geschäftsordnung geregelt? Ihr habt ja immer noch den Ausschuss. Beim letzten Mal gab es hier eine große Anhörung. War das nicht Transparenz genug? Bevor wir uns hier an Paragraphen abarbeiten, frage ich das in die Runde hinein. Das Parlament hat auch noch eine Rolle. Waren Sie denn mit dessen Rolle beim letzten Mal zufrieden? Oder war das auch zu kritisieren?

(Aus dem Kreis der Sachverständigen meldet sich niemand zu Wort)

- Keine Demutshaltung. Dies ist ein Parlament.

(Heiterkeit)

Ich habe ernsthaft die Frage nach der Geschäftsordnung gestellt. Kann man so etwas - Sitzungsabfolge, Organisation von Unterarbeitsgruppen - nicht in einer Geschäftsordnung regeln? Muss das Parlament dies noch regeln? Nein, ich glaube das nicht. Sie sind doch alle - wenn ich das jetzt einmal so sagen darf - Manns und Frau genug. Oder? - Wir nehmen das einmal auf.

Klaus Schoch (Caritasverband für die Diözese Münster): Ich kann mich den Ausführungen der Krankenhausgesellschaft nur anschließen. Wir haben es auch in unserer Stellungnahme noch einmal ausdrücklich so beschrieben, dass die Arbeit auf dem Gebiet des Krankenhausplans, die in Unterarbeitsgruppen stattfand, intransparent war. Es gibt keine feste Sitzungsabfolge.

Wir hatten uns das ursprünglich sehr schlank vorgestellt. Die Leistungserbringer, die Kostenträger und die Patienten sind die unmittelbar Beteiligten. Wir begrüßen es, dass die Patientenvertreter da jetzt auch zum Zuge kommen. Auf jeden Fall muss es

klare Spielregeln für den Landesausschuss geben. Sonst ist das - das haben auch alle so bestätigt - in der Tat intransparent.

Manuela Anacker (Patientinnen-Netzwerk NRW) (Stellungnahme 16/1912): Die Frage war, wo der Zugewinn liegt. Aus unserer Sicht gibt es nicht den einen Patienten, sondern es handelt sich um verschiedene Gruppen mit verschiedenen Bedürfnissen. Gerade auch im Krankenhaus befinden sich Menschen mit einer Demenz oder mit anderen Behinderungen. Es ist schön, dass der Landespatientenbeauftragte jetzt da mit einbezogen wird. Er kann aber nicht für jeden Patienten sprechen.

Wir blicken dieses Jahr auf zehn Jahre Patientenbeteiligung zurück. Da sollten wir einen Schritt nach vorne machen. Der Ausschuss ist sowieso schon sehr groß. Man kann also nicht mehr von einer kleinen Gruppe sprechen. Wir schlagen vor, da auch die Patienten zu berücksichtigen; denn ohne Patienten gibt es auch keine Krankenhäuser.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Darf ich jetzt feststellen, dass alle Fragestellungen zu dem Punkt abgearbeitet sind? - Das ist der Fall.

Dann rufe ich auf:

§ 16

Feststellungen im Krankenhausplan

Oskar Burkert (CDU): In verschiedenen Stellungnahmen ist der zeitliche Ablauf moniert worden. Die zeitliche Vorgabe betrug einmal 18 Monate, dann 36 Monate. Ist eine zeitliche Vorgabe von 24 Monaten, die jetzt festgehalten ist, realistisch? Kann man aus dem Krankenhausbedarfsplan, der jetzt fast ein Jahr in Kraft ist, Rückschlüsse ziehen, dass er schon entsprechende Wirkungen gezeigt hat? Diese Frage richte ich an den Caritasverband, aber auch an die KGNW.

Jochen Brink (Krankenhausesellschaft NRW e. V.): Die klare Stellungnahme - auch in unserer Stellungnahme - lautet: Wir halten 24 Monate zu knapp. Gerade auch vor dem Hintergrund der Umsetzung des Krankenhausplanes sehen wir 36 Monate - so haben wir es auch geschrieben - als richtig an. Die Öffnungsklausel - sie steht im Entwurf - halten wir für zweckmäßig. Wenn sich größere Dinge - möglicherweise investive Maßnahmen bzw. Baumaßnahmen, die mit Umsetzung im Plan einhergehen - abzeichnen, könnten auch 36 Monate knapp sein. Um sich hier nicht unnötig zu binden, halten wir diese beiden Regelungen für wichtig.

Elmar Wagenbach (Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen) (Stellungnahme 16/1950): Wir sehen das genauso. Gerade im personellen Bereich haben wir erhebliche Probleme, auf dem Arbeitsmarkt hochqualifiziertes Personal zu akquirieren. Die

Hochqualifizierten sind meist durch Arbeitsverträge gebunden. Die Kündigungsfristen betragen teilweise sechs oder zwölf Monate. Das heißt, es ist kaum vorstellbar, im Rahmen von Ausschreibungsverfahren innerhalb von 24 Monaten adäquates Personal für eine Neustrukturierung zu finden.

Die Ergänzung in Bezug auf die Baumaßnahmen sehen wir als sinnvoll an. Die Frist ist aber viel zu kurz.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. Weitere Nachfragen gibt es nicht. - Dann rufe ich auf:

§ 21

Verwendung der Pauschalmittel

Zunächst hat Herr Post das Wort.

Norbert Post (CDU): Ich möchte mich zunächst mit § 21 Abs. 5 - in ihm geht es um die Verwendung der Pauschalmittel - beschäftigen. Ist aus Sicht der Betroffenen zu klären, warum in § 21 Abs. 8 die Verfeinerung der Berichterstattung bzw. der Testate aufgeführt ist? Gibt es dafür Anlässe bezüglich bisheriger Testate? Waren die unzureichend oder ineffektiv?

Olaf Wegner (PIRATEN): Ich habe eine Frage an die Krankenhausgesellschaft. Sie kritisieren bezüglich § 21 Abs. 5, dass die Pauschalmittel nicht für Kredite eingesetzt werden dürfen, die vor 2007 aufgenommen wurden. Um eine Einschätzung vornehmen zu können, frage ich: Wie groß ist die Summe bei Geräten, die vor 2007 kreditfinanziert wurden?

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Das ist vielleicht der richtige Anlass, einmal einen grundsätzlichen Aspekt anzusprechen. Wir haben uns nämlich schon ein wenig gewundert, warum bei zwölf von 21 Regelungen neue zusätzliche Vorgaben - das Beispiel bezieht sich darauf - auf uns zukommen sollen. Wir hatten 2007 von unserer Seite aus sehr positiv kommentiert, dass das KHGG eine Menge an Entbürokratisierung beinhaltet. Das drückt auch Vertrauen gegenüber den Krankenhäusern aus. Wir glauben, dass wir das Vertrauen in den abgelaufenen Jahren nicht enttäuscht haben. Jetzt finden wir hier aber einige Regelungen, die uns wirklich überraschen.

Um Ihre Frage zu beantworten: Uns ist jedenfalls nicht bekannt, dass es mit dem bisherigen Testierungsumfang Probleme gegeben hätte bzw. dass irgendwelche Ungereimtheiten oder ähnliche Dinge aufgetreten wären. Insofern fragen wir uns bei diesem Punkt - das gilt auch für den Punkt „Erlaubnisvorbehalt im Hinblick auf vermietete Räume“; darauf kommen wir noch -, was denn - nachdem wir uns über die Entbürokratisierung ein Stück weit gefreut haben - passiert ist, das dieses jetzt nun

notwendig ist. Wir plädieren eindeutig dafür, das hier nicht wieder aufzuboahren, sondern die Testierungsnotwendigkeit im augenblicklichen Umfang zu belassen.

Im Übrigen wirft das auch zusätzliche Fragen auf. Wir alle wissen, alle wissen, dass viele Maßnahmen gemischtfinanziert sind. Es gibt Festbetragsförderung und eine Ergänzung durch Trägermittel. Weiter wissen wir, dass viele Maßnahmen durch Kredite finanziert sind. Wie genau soll dann dieser erweiterte Testierungsumfang aussehen? Da gibt es viele Dinge, die unseres Erachtens in die falsche Richtung gehen.

Zur zweiten Frage: Wir finden, dass gerade vor dem Hintergrund des insgesamt unbestritten zu geringen Fördervolumens die Ausfinanzierung von alten Maßnahmen jetzt nicht limitiert werden sollte. Ich glaube, es spricht für unsere Häuser, dass man in all den Jahren immer wieder nach Wegen gesucht hat, diese Investitionen zu tätigen. Man hat Mittel und Wege gefunden. Viele würden es jetzt ein Stück weit als nicht nachvollziehbare Sanktion empfinden, wenn die Ausfinanzierung dieser alten Dinge jetzt zeitlich limitiert würde. - Das ist unsere Position hierzu.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir werden diesen Hinweis - auch im Hinblick auf die damaligen Beratungen zum Krankenhausgestaltungsgesetz - noch einmal aufnehmen; denn der Hinweis der Landesregierung in der Gesetzesbegründung war, dass es gerade bei der Ausfinanzierung der Altlasten eine Limitierung geben sollte. Dem werden wir sicherlich noch im Rahmen der Auswertung nachgehen.

Ich rufe, wenn es dazu keine weiteren Fragen gibt, auf:

§ 22

Ausgliederung, Vermietung

Frau Schneider.

Susanne Schneider (FDP): Ich habe eine Frage an die Caritas und an die Krankenhausgesellschaft. Die Caritas hat in Ihrer Stellungnahme bezüglich der Regelung der Vermietung von Krankenhauseigentum - dabei geht es darum, dass dies einem Genehmigungsvorbehalt zu unterwerfen ist - geschrieben, dass sie das nicht richtig findet. Können Sie mir das noch einmal erläutern? Welche Lösungen schlagen Sie vor? Auch die Krankenhausgesellschaft frage ich, wie sie dazu steht bzw. was sie davon hält.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön. - Herr Kollege Preuß.

Peter Preuß (CDU): Hat sich erledigt. - Er ist eben schon darauf eingegangen; aber möglicherweise fügt er noch etwas hinzu.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Bitte schön, Herr Brink.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Nein, keine Ergänzung - so, wie eben gesagt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das Wort hat der Vertreter des Katholischen Büros, Herr Wagenbach.

Elmar Wagenbach (Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen): Ich kann als Beispiel unser Krankenhaus in Eschweiler nehmen, das 1967 komplett mit Eigenmitteln gebaut wurde. Wir sehen hier überhaupt keine Rechtsgrundlage dafür, dass für nicht geförderte Räume, die vermietet werden sollen, ein Genehmigungsvorbehalt gelten soll. Das ist fast ein Enteignungstatbestand.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Weitere Fragen sehe ich nicht. - Meine Damen und Herren, ich rufe dann auf:

§ 23

Besondere Beträge

Herr Kollege Burkert.

Oskar Burkert (CDU): In den Stellungnahmen verschiedener Institutionen wurde auf diesen Paragraphen hingewiesen. Ich frage die Diakonie, den Landschaftsverband Rheinland, die KGNW und die Caritas: Wieweit ist eine verpflichtende Neufassung des § 23 notwendig?

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Anlässlich dieses Regelungstatbestandes haben wir noch einmal auf das Problem des generellen Fördervolumens hingewiesen und gesagt: Wenn die Pauschalmittel schon nicht so effizient sind, wäre es sicherlich im Sinne der Sache richtig, wenn häufiger von den Möglichkeiten des § 23 Gebrauch gemacht werden würde.

Zweitens haben wir darauf hingewiesen, dass auch die Bundesrechtsprechung untermauert, dass die Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf Förderung haben. Das kommt in der Praxis relativ selten zum Tragen. Bedingt durch die Notlage der Häuser nähern wir uns immer mehr Situationen, bei denen davon auszugehen ist, dass einzelne Krankenhausträger den Rechtsanspruch - von dem wir meinen, dass er besteht - einklagen könnten.

Markus Brehmer (Landschaftsverband Rheinland): Herr Brink hat - das kam auch schon in der Diskussion vorher schon vor - bereits etwas zur Problematik der Finanzierung gesagt. Auch wir haben nach einer Stelle gesucht, wo man entstehenden Sonderbedarf unterbringen kann. Wir haben die Möglichkeit vorgeschlagen, den Tat-

bestand der besonderen Beträge noch einmal um eine Bestimmung zu ergänzen. Zumindest wenn Kapazitäten durch die Krankenhausplanung geschaffen werden, sollten entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Beim Landschaftsverband Rheinland haben wir beispielsweise das Problem - Sie haben das in unserer Stellungnahme gelesen; ich will es aber trotzdem noch einmal wiederholen -, dass durch den Krankenhausplan bzw. die Feststellungen zahlreiche neue Betten bzw. Plätze geschaffen werden müssen. Wir gehen davon aus, dass wir für diese Investitionen einen dreistelligen Millionen-Betrag brauchen. Das wird sich über die Baupauschale nicht finanzieren lassen. Da stellt sich die Frage: Wie kann man den Plänen bzw. den Versorgungsanforderungen gerecht werden? Aus dem Grund schlage ich das vor.

Noch einmal zu der Frage, ob es einer Änderung bedarf. Ich würde das verneinen. Der alte Gesetzestext war unbestimmt und hätte vielleicht die Möglichkeit erlaubt, zusätzliche Mittel für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen. Durch die Verschärfung wird das natürlich ausgeschlossen.

Elke Grothe-Kühn (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.): Ich kann mich im Prinzip meinen Vorrednern anschließen. Genau das ist der entscheidende Punkt, dass zu wenig Mittel zur Verfügung stehen. Die Baupauschale allein gibt nicht die Möglichkeit, wenn neue Angebote geschaffen werden, die krankenhauplanerisch umgesetzt werden sollen.

Ich nehme das Beispiel unserer geriatrischen Versorgungsverbände. Wenn man in den Krankenhausplan schaut, erkennt man, dass es in bestimmten Disziplinen einen Bedarf gibt. Der erfordert Investitionen in Baumaßnahmen. Das wird aus den Baupauschalen bzw. aus Eigenmitteln in der Form eben nicht möglich sein. Deswegen sind die Ansätze zu niedrig. Das ist der Hintergrund.

Klaus Schoch (Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen) (Stellungnahme 16/1950): Wir haben geschrieben, dass die alte Regelung vollständig den Anforderungen genügt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann schaue ich noch einmal in die Runde der Abgeordneten. - Es gibt keine weiteren Nachfragen.

Ich rufe dann auf:

§ 28

Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dazu gibt es keine Wortmeldungen.

Dann rufe ich auf:

§ 31

Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

Serdar Yüksel (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Risse. Herr Risse, in Ihrer Stellungnahme begrüßen Sie - dabei geht es um den Status „gleichrangig“ - Veränderungen in der Leitung. Sie berichten, dass dieses Gremium sich dort, wo es jetzt schon gleichrangig arbeitet, bereits durch hohe Qualität auszeichnet. Können Sie noch ausführlicher auf Ihre Erfahrungen eingehen?

Norbert Post (CDU): Ich richte meine Fragen an die Caritasverbände bzw. an die Diakonie. - Es geht um die Strukturierung von Betriebsleitungen und ähnlichem in den Krankenhäusern. In den Krankenhäusern gibt es Rechtsformen, nach denen Geschäftsführungen etabliert wurden. Zumindest für mich ergibt sich - aus dem Gesetz herauslesbar - möglicherweise ein Widerspruch in Bezug auf die so etablierten Geschäftsführungen. Ich stelle diese Frage auch an die Krankenhausgesellschaft, die den Überblick über die Häuser insgesamt hat.

Zu § 31 Abs. 3 stelle ich fest: Es ist schon ein Eingriff in die Organisationshoheit eines Hauses, wenn vorgeschrieben wird, in welcher feinziselierten Form bestimmte Strukturierungen vorgenommen werden müssen. Meine Frage an die eben genannten Verbände lautet: Halten Sie das für notwendig, oder ist das nicht schon an anderer Stelle - zum Beispiel durch den Krankenhausplan - geregelt?

Auch § 31 Abs. 4 beschäftigt sich genau mit dieser Thematik und ist entsprechend zu hinterfragen. Die Fragen lauten: Ist das nicht schon sowieso im § 2 geregelt? Darüber haben wir eben schon diskutiert. Muss das hier noch einmal erneut aufgeführt werden? - Vielleicht handelt es sich aber lediglich um eine redaktionelle Angelegenheit.

Olaf Wegner (PIRATEN): Ich habe eine Frage an die Deutsche Rentenversicherung. Sie machen in Ihrer Stellungnahme einen Vorschlag zu § 31. Ich würde gerne wissen, ob Sie den Bürokratieaufwand ungefähr abschätzen können. Wie aufwendig ist es, jährlich die Zahlen der in der Belegabteilung anerkannten Belegärzte gegenüber der Bezirksregierung nachzuweisen? Wer sollte Ihrer Meinung nach die Kosten tragen?

Daran anschließend habe ich eine Frage an die Krankenhausgesellschaft, die kommunalen Spitzenverbände und den Pflegerat: Wie schätzen Sie, soweit Sie das jetzt in der Kürze können, diesen Vorschlag ein?

Ludger Risse (Pflegerat Nordrhein-Westfalen c/o St. Christophorus Krankenhaus Werne GmbH; Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegeper-

sonen e. V., Landesgruppe NRW): Herr Yüksel hatte nach den Erfahrungen gefragt. Ich kann dazu - insbesondere für den Bundesverband Pflegemanagement - sagen: Es gibt da einen regelmäßigen Austausch zwischen unseren 240 Mitgliedern aus Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus auch zwischen den rund 1.000 Mitgliedern auf der Bundesebene, die allesamt im Pflegemanagement tätig sind.

Dabei zeigt sich, dass die Häuser sehr unterschiedlich aufgestellt sind, was die jetzt genannte Gleichrangigkeit - so wird sie jetzt genannt - anbetrifft. Es gibt ganz erhebliche Unterschiede in Bezug darauf, wie gut die Versorgungsprozesse in den Häusern funktionieren. Das hat ganz viel damit zu tun, wie Verwaltung, Geschäftsführung, Ärztlicher Dienst und Pflegerischer Dienst diese Prozesse miteinander gestalten. Das funktioniert nur gut, wenn alle Beteiligten, die in der Verantwortung stehen, daran - auch auf Augenhöhe - mitwirken. Das wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Wir sehen aber auch - nach dem, was die Kollegen aus ihren Häusern berichten - sehr unterschiedliche Ergebnisse.

Ich möchte an einem Beispiel deutlich machen, was damit gemeint ist: Wir wissen alle, dass wir im Bereich der Pflege deutschlandweit einen Stellenabbau zu verzeichnen haben. Es gibt auch ein Stück weit eine Quersubventionierung in Bezug auf andere Leistungsbereiche und Investitionen aus Mitteln, die aus dem DRG-System eigentlich für Pflege vorgesehen sind. Da gibt es unterschiedliche Ausprägungsgrade. Die haben ganz viel damit zu tun, wie in den Krankenhausleitungen miteinander geredet wird und wie die Abläufe gestaltet werden.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Zunächst einmal zum Thema „gleichrangig“ in § 31 Abs. 1: Auch die KGNW hält - das möchte ich vorweg sagen - die Pflegedienstleitungen bzw. Pflegedirektionen für ganz wichtige Protagonisten in unseren Krankenhäusern. Insofern ist eine gleichberechtigte Beteiligung in der Krankenhausbetriebsleitung natürlich auch wünschenswert.

Was ist in Bezug auf „gleichrangig“ die intendierte Ausrichtung? Was soll sich gegenüber der bisherigen Situation ändern? Die Rolle der Geschäftsführung im Sinne der rechtlichen Vertretung des Krankenhauses soll hiervon wahrscheinlich nicht tangiert werden. Hier sehen wir einen gewissen Klärungsbedarf. Wenn es aber so ist, dass die Letztverantwortung bzw. Letztentscheidungskompetenz der rechtlichen Vertretung - in der Regel ist das die Geschäftsführung - davon unbenommen ist, haben wir damit kein Problem.

Das, was in Abs. 4 geregelt ist, unterstreicht das noch einmal. Dabei geht es um die generelle Verantwortung der Krankenträger. Da sich dieser Punkt auch mit dem Ärztlichen Dienst beschäftigt, möchte ich einen Nachtrag zu den Ausführungen der Ärztekammer machen. Herr Dr. Windhorst, es war eben mehrfach vom Facharztstatus, den wir schulden, die Rede. Ich möchte noch einmal festhalten, dass wir als Krankenhäuser den Facharztstandard per Gesetz schulden. Auch in der Organisation der entsprechenden Rufdienste etc. sind häufig erfahrene Assistenten tätig, die den Standard repräsentieren, aber noch nicht den Status haben. Ich glaube, sie sind auch aus Ihrer Sicht, Herr Dr. Windhorst, unverzichtbar. Das noch einmal als Bitte im

Hinblick auf Organisationsverantwortung, damit es an dieser Stelle einigermaßen stimmt.

Herr Vorsitzender, wir haben noch ein paar Schwierigkeiten mit der Festlegung in Abs. 3 bezüglich der Aufbauorganisation. Hier ist jetzt hinterlegt, dass die Aufbauorganisation des Krankenhauses den Regelungen im Feststellungsbescheid zu entsprechen hat. Das ist aus unserer Sicht nicht unproblematisch, wenn man es so hinschreibt. Natürlich ist es vollkommen richtig: Wenn ein Krankenhaus keinen Versorgungsvertrag in Bezug auf die Urologie, aber plötzlich eine Abteilung mit einer Chefärztin oder einem Chefarzt Urologie hat, geht das so nicht. Das ist nachvollziehbar.

Auf der anderen Seite haben wir in unseren Strukturen, die der Praxis und der Patientenorientierung erwachsen sind, häufig Abteilungen, die nicht unmittelbar aus dem Feststellungsbescheid heraus ablesbar sind. Ich nenne ein Beispiel: Viele Krankenhäuser haben fachabteilungsübergreifend - Sie sprachen es an - Kompetenzzentren - zum Beispiel ein Bauchzentrum - definiert. Das Wort „Bauchzentrum“ kommt heute in keinem Feststellungsbescheid in Nordrhein-Westfalen vor. Warum aber soll ein Krankenhaus, das sowohl eine Innere Abteilung als auch eine Chirurgie hat, die zusammen repräsentieren, den Versorgungsauftrag dann nicht auch in der eigenen Organisationsfreiheit wahrnehmen, um möglichst schnittstellenfrei einen Patienten mit einer entsprechenden Erkrankung - nehmen wir einmal an: Darmkrebs - zu diagnostizieren und zu therapieren? Wenn wir diese beiden Fachabteilungen im Sinne eines Bauchzentrums enger zusammenbinden, ist das doch patientenorientiert, obwohl es überhaupt nicht im Feststellungsbescheid steht. Diese Freiheitsgrade der Organisation dürfen unseres Erachtens nicht eingeschränkt werden.

Die Frage von Herrn Wegner haben wir drei hier nicht ganz verstanden. Da müssen wir passen. Oder wir bitten, die Frage noch einmal kurz zu wiederholen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich werde dem Kollegen gleich die Gelegenheit zur Nachfrage geben. - Für die kommunalen Spitzenverbände hat Herr Limbach das Wort.

Reiner Limbach (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in NRW): Das fehlende Verständnis gilt auch für uns an dieser Stelle. Trotz kurzzeitigen Austauschs konnten wir das nicht regeln. - Was den § 31 ansonsten angeht, gibt es keine Besonderheiten bei den kommunal getragenen Krankenhäusern, die über das hinausgehen, was die KGNW bereits vorgetragen hat.

Elke Grothe-Kühn (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.): Ich kann mich da gerne anschließen, will aber für die Diakonie noch einmal deutlich erklären, dass, was das Thema „Betriebsleitung“ angeht, für die Mitglieder der Diakonischen Werke Grundsätze für evangelische Krankenhäuser gelten. Die regeln auch das Thema „Betriebsleitung“ und auch ganz klar, dass die Pflegedirektion eine entsprechend gleichberechtigte Rolle in der Betriebsleitung spielt. Das allerdings ist losgelöst von der Verantwortung der Trägervertreter, der Geschäftsführung oder der Vorstände

nach außen hin. Wir haben sehr unterschiedliche Modelle. Nach unserer Einschätzung ist diesbezüglich im Gesetz aber keine spezielle Regelung erforderlich.

Elmar Wagenbach (Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen): Bei uns ist es genauso. Wir haben das in der Grundordnung geregelt. Von daher gesehen können wir damit konform gehen. Bei den haftungsrechtlichen Fragen der Geschäftsführung gilt das, was Herr Brink schon gesagt hat. Sie ist hier wahrscheinlich nicht betroffen. Dementsprechend liegt die Letztverantwortung beim Träger oder beim direkten Trägervertreter. Das ist in der Regel der Geschäftsführer.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Wegner hatte die Knappschaft nach den Bürokratiekosten gefragt.

Sebastian Käding (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See): Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme einen Ergänzungsvorschlag gemacht, dass die Zahl der in den Belegabteilungen anerkannten Belegärzte jährlich an die Bezirksregierung gemeldet werden soll. Eine konkrete Abschätzung der daraus entstehenden Bürokratiekosten ist meines Wissens durch uns nicht erfolgt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Okay. - Jetzt gebe ich dem Kollegen Wegner noch einmal die Gelegenheit der Präzisierung seiner Frage. Bitte schön, Herr Kollege.

Olaf Wegner (PIRATEN): Natürlich war es - das ist mir völlig klar - schwer, die Frage sofort zu verstehen, weil sie sich auf einen Änderungsvorschlag in einer Stellungnahme bezieht. Der Änderungsvorschlag - ich zitiere - lautet wie folgt:

Zu Abs. 2 wäre es aus unserer Sicht förderlich, eine Mindestanwesenheit in Stunden der Abteilungsärztin/des Abteilungsarztes vorzusehen.

Dabei geht es darum, diese Zahlen der Bezirksregierung zu melden. - Meine Frage dazu an die AOK lautet, ob sie eine Abschätzung des Bürokratieaufwandes vorgenommen hat. Der Krankenhausgesellschaft, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Pflegerat hatte ich die Frage gestellt: Wie stehen Sie zu dem Vorschlag, die Mindestanwesenheit der Abteilungsärztinnen oder der Abteilungsärzte - beziehungsweise der Abteilungsärztin oder des Abteilungsarztes - in Stunden zu erfassen und an die Bezirksregierung zu melden?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sagen Sie uns bitte noch, wer den Vorschlag gemacht hat.

Olaf Wegner (PIRATEN): Der Vorschlag steht in der Stellungnahme der AOK, die aber auch von der Deutschen Rentenversicherung und der BKK mitgetragen wird.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Jetzt habe ich es - ich hoffe jedenfalls - verstanden. - Vom Grundsatz her sind wir der Meinung, dass wir im Zu-

sammenhang mit der Neuaufstellung des Krankenhausplanes gerade in Bezug auf diesen Punkt - Zahl der Fachärzte pro Abteilung - intensiv gerungen haben, aber auch zu einer guten Lösung gekommen sind. Das haben wir in der letzten Anhörung auch so bestätigt. Insofern ist da aus unserer Sicht im Moment kein zusätzlicher Meldebedarf vorhanden. Wir beziehen uns an der Stelle auf die Regelungen im Krankenhausplan.

Reiner Limbach (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in NRW): Was die fachliche Seite angeht, sehe ich das genauso wie Herr Brink von der KGNW. Wenn man - dabei geht es um das Operative - diesen Weg gehen würde, die Mindestanwesenheitszeiten an die Bezirksregierung zu melden, befindet man sich wieder in der Kategorie „Aufsicht“. Dann stellt sich die nächste Frage: Wie wird die Einhaltung der Mindestanwesenheitszeiten nachgehalten? Es kann dann im Grunde genommen wiederum nur eine stichprobenhafte Begehung in den Kreisen und kreisfreien Städte erfolgen. An der Stelle frage ich mich, ob das Kontroll- und Aufsichts-prozedere, was daran hängt, den fachlichen Nährwert - den sehe ich aber auch nicht - rechtfertigen würde.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Brink, darf ich Ihnen folgende Frage stellen: Wird diese Position deswegen formuliert, weil eines der Krankenhäuser gegen Bescheide der Bezirksregierung schon Widerspruch - wegen der unklaren Definitionen genau dieser Standards - eingelegt hat? - Wir werden diese Frage klären.

Weitere Nachfragen gibt es nicht. Dann rufe ich auf:

§ 33

Kirchliche Krankenhäuser

Vorsitzender Günter Garbrecht: Gibt es dazu Wortmeldungen? - Das ist nicht der Fall.

Dann rufe ich auf:

§ 34

Statistik

Serdar Yüksel (SPD): Herr Vorsitzender, in der Stellungnahme des Städtetages - ich richte diese Frage an die Krankenhausgesellschaft und an Herrn Limbach vom Städtetag - wird in Bezug auf § 34 eine Klarstellung gefordert, wie mit Krankenhaus-

trägern umgegangen werden soll, die keine Haftpflichtversicherung abschließen können, weil sie keinen Versicherer mehr finden. Dazu habe ich zwei Fragen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Aber wir sind jetzt bei der Statistik. - Ihre Frage bezog sich auf § 34 a "Ordnungswidrigkeiten". - Entschuldigung, Herr Kollege Yüksel. Bitte schön, Herr Preuß.

Peter Preuß (CDU): Ich bin ein wenig erstaunt, dass ein Ordnungswidrigkeitstatbestand geschaffen werden soll. Mich interessiert - ich spreche die Krankenhausgesellschaft, das Katholische Büro und den Caritasverband an -, ob Fälle bekannt sind, wo Förder- bzw. Pauschalmittel nicht zweckentsprechend verwandt worden sind, so dass es notwendig wird, einen Ordnungswidrigkeitstatbestand in das Gesetz einzufügen.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Soweit wir informiert sind, war 2007 eine Rechtsverordnung zum § 34 angedacht, falls sich dieses als notwendig erweisen sollte. Nach unserem Kenntnisstand ist diesbezüglich aber nichts passiert. Insofern gehen wir davon aus, dass es hier keine wesentlichen Defizite gibt. Das entspricht auch unserer Wahrnehmung, dass es im Bereich „Statistikverordnung“ - weitestgehend jedenfalls - problemlos läuft. Insofern ist aus unserer Sicht eine Regelung bezüglich Ordnungswidrigkeiten zunächst nicht notwendig.

Im Hinblick auf die Fördermittelkonten beim einzelnen Krankenhaus zeigt auch die Begründung zum Gesetzesentwurf keine Defizite aus. Auch hierzu sind wir der Meinung, dass im Sinne von Bürokratieabbau erst dann zu Regelungen gegriffen werden sollte, wenn sich erkennbare Defizite zeigen. Unserer Kenntnis nach ist das nicht der Fall.

Elke Grothe-Kühn (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.): Wir haben dazu keine Stellungnahme abgegeben. Ich kann mich dem aber nur anschließen. Die Testate, die von den Wirtschaftsprüfern zu erstellen sind, können versagt werden, wenn beispielsweise die Fördermittel nicht entsprechend verwendet worden sind. Insofern hat man da einen Hinweis.

Klaus Schoch (Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen): Uns stört am meisten der Generalverdacht, unter den die Krankenhäuser gestellt werden. Die Intention geht dahin, tiefes Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern zu haben. Es reicht - das ist bereits mehrfach schon gesagt worden - eine Rechtsverordnung. Die gibt es noch gar nicht. Jetzt kommt dieser Ordnungswidrigkeitstatbestand ins Gesetz. Das zeigt eine Haltung gegenüber den Krankenhäusern, die diese, glaube ich, nicht verdient haben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sind die Fragen bezüglich § 34 a hinreichend beantwortet? - Wir kommen dann zu § 34 b. Bei ihm geht es um die Haftpflichtversiche-

zung. Dazu hatte Herr Yüksel eine Frage gestellt. Da schließen wir an. Herr Limbach, bitte schön.

Reiner Limbach (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in NRW): Der § 34 b spricht von einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder einer ähnlichen Regelung. Das Vorbringen in der gemeinsamen Stellungnahme zielt darauf ab, dass das Einbinden in kommunale Versicherungsstrukturen unter dem Rechtsbegriff der anderen, ähnlichen Regelungen zu fassen wäre. Wir gehen davon aus, dass es einzelne Häuser geben könnte, die mit der erstgenannten Haftpflichtversicherung Probleme bekommen, bei denen aber gleichwohl ein Sachinteresse besteht, eine solche Regelung zu treffen, von der wir glauben, dass sie mit den kommunalen Versicherungsstrukturen abbildbar wäre. An der Stelle haben wir insofern nur die Bitte um eine entsprechende Klarstellung.

Serdar Yüksel (SPD): Mich würde interessieren - diese Frage stelle ich der Krankenhausgesellschaft -, wie aktuell das Problem in den Krankenhäusern ist und wie viele Häuser ein Problem damit haben, eine Haftpflichtversicherung - auch im Hinblick auf Risiken bei Geburtsstationen oder bei gynäkologischen Stationen - abzuschließen. Wir haben diese Frage - bezüglich der Hebammen-Haftpflichtversicherung und anderer Dinge - schon hinreichend diskutiert.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Die Probleme sind nach wie vor erheblich. Eine genaue Zahl kann man im Moment leider nicht nennen, weil gerade zum Jahresende wieder eine Reihe von Verträgen auslaufen. Wir wissen, dass manche Krankenhäuser im Moment noch nach neuen Versicherungsgebern suchen. Das betrifft insbesondere die Krankenhäuser mit Geburtshilfe bzw. Neonatologie, die hohe Schadensrisikopotenziale aufweisen. Wir haben schon oft darauf hingewiesen, dass dies eine Thematik ist, die sich der Bundesgesetzgeber noch einmal genau anschauen muss. Es werden, was die Versicherungsprämien angeht, teilweise Erhöhungen um das Vier- bis Fünffache erwartet, ohne dass es dafür irgendeine Form der Refinanzierung gibt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich sehe keine weiteren Fragen aus dem Kreis der Abgeordneten.

Ich rufe dann auf:

§ 36

Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken

Gibt es dazu Fragen? - Das ist nicht der Fall.

Dann rufe ich auf:

§ 37

Übergangsvorschrift

Gibt es dazu Anmerkungen oder Fragen? - Das ist nicht der Fall.

Ich rufe auf:

§ 38

Inkrafttreten, Berichtspflicht

Gibt es dazu Fragen? - Herr Burkert, bitte.

Oskar Burkert (CDU): Es gibt eine Stellungnahme der Deutschen Stiftung Organspende, und es gibt einen Gesetzentwurf. Andere Paragraphen wurden nicht berührt bzw. in der Anhörung behandelt. - Ich frage die Beteiligten: Gibt es aus Ihrer Sicht, wenn wir einmal ein Gesetz ändern, Notwendigkeiten, noch andere Paragraphen zu ändern?

Drei Viertel der deutschen Bevölkerung sind bereit, Organe zu spenden, der Rückgang bei Organspenden ist aber sehr deutlich. Ich richte in diesem Zusammenhang speziell an Herrn Dr. Windhorst die Frage: Wird zusätzlicher Bedarf in Bezug auf § 9 gesehen, hier eine Verschärfung einzuführen, damit wir im Rahmen der Möglichkeiten die notwendigen Organe erhalten?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich sehe es so, dass die Damen und Herren Abgeordneten autonom sind und - unabhängig davon, was der Vorsitzende in Bezug darauf denkt, was er zum Schluss sagen kann - Fragen stellen können, wie sie wollen. Herr Kollege Burkert, auch ich hätte diese Frage im weiteren Verlauf des Beratungsverfahrens angesprochen. Die konkrete Frage an Herrn Dr. Windhorst lasse ich natürlich zu. - Bitte schön, Herr Präsident.

Dr. Theodor Windhorst (Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe): Ich glaube schon, dass man § 9 im Hinblick auf das sich entwickelnde zurückhaltende Verhalten der Bevölkerung - es geht dabei um die Krankenhaus-Entnahme - sehen muss. Wir müssen zwei Punkte berücksichtigen.

Erstens. Eine Möglichkeit wäre mit Sicherheit, das insoweit in die Krankenhausplanung mit einzubringen, dass man die Finanzierung der Organentnahme nicht dem Beliebigkeitsfaktor einer irgendwie gearteten Kassenregelung überlässt; denn die Kassen zahlen eigentlich nichts dafür. Es soll Kostendeckung geben. Ein Anreiz soll

nicht gegeben werden. Wir wollen keinen Organverkehr im Sinne des Handels vornehmen.

Zweitens. Wir müssen sehen, dass die Transplantationsbeauftragten - Nordrhein-Westfalen war eines der ersten Länder, welche sie überhaupt im Rahmen eines Krankenhausplanungsgesetzes vernünftig berücksichtigt haben - einen stärkeren Rückhalt bekommen, was die Substanz in den Abteilungsstrukturen anbelangt. Dabei geht es um eine Verselbständigung ihrer Aufgaben. Es gibt unterschiedlich große Krankenhäuser. Universitätskliniken haben einen oder zwei Transplantationsbeauftragte für drei Intensivstationen. Die laufen mit dem Funkgerät an 365 Tagen 24 Stunden lang herum und fühlen sich da angesprochen. Das ist ein noch ungeregeltes Feld.

Wenn man Transplantationsbeauftragte benötigt - das ist natürlich der Fall -, sollte man, wenn sie in das Krankenhausgestaltungsgesetz implementiert werden, sich überlegen, wie sie finanziert werden, ob es da ein „Add-on“ gibt. Wenn ich zweimal das Wort „Finanzierung“ benutzt habe, geht es nicht darum, dass ich möchte, dass sich der Handel weiter verselbständigt. Vielmehr glaube ich, dass eine Verbesserung bei den Zuständigkeiten nur durch eine Separierung ihrer Aufgaben zu erreichen ist.

Bei der jetzigen Regelung muss man zum Zeitpunkt der höchsten Anspannung der Angehörigen - es geht da um Abschied und Trauer, also um eine Situation, die nicht positiv ist - noch einmal fragen. Insofern müssen die Transplantationsbeauftragten in Bezug auf Freistellung besonders berücksichtigt werden. Sie müssen die Zeit haben, sich mit diesen Problemen auseinanderzusetzen. Das ist nicht geregelt. § 9 ist wirklich wichtig und gut. Er müsste aber substantiell verändert werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Auch ich hätte diesen Tatbestand - die Situation der Organspende insgesamt - am Ende der Anhörung noch einmal angesprochen. Ich verbinde das mit dem Appell an alle Beteiligten. Der Ausschuss hat sich - im letzten Jahr im Rahmen einer Sitzung im Herz- und Diabetes-Zentrum Bad Oeynhausen - mehrfach um diese Thematik gekümmert. beschäftigt. Das ist ein gemeinsames Anliegen dieses Ausschusses.

Die DSO hatte sich an den Herrn Kollegen Burkert und mich gewandt und dabei den Hinweis gegeben, diese Frage auch im Rahmen der Beratung des Krankenhausgestaltungsgesetzes aufzunehmen. Das hat ein wenig den Hintergrund, dass wir 2007 in einem Artikelgesetz auch das Transplantationsgesetz geändert und die verpflichtende Einführung von Transplantationsbeauftragten in Nordrhein-Westfalen eingeführt haben.

Ich weiß, dass auf Bundesebene über die Änderung des Transplantationsgesetzes - auch über die Frage, die Herr Dr. Windhorst angesprochen hat - insgesamt nachgedacht wird. Wir werden sehen, ob sich daraus auch Änderungen im Rahmen des Transplantationsausführungsgesetzes Nordrhein-Westfalen ergeben. Das ist die Reihenfolge.

Die Krankenhausgesellschaft hat insbesondere die Frage der Regelung durch den Bund und das Land angesprochen. Wir werden diese Frage aufnehmen. Ich verbinde

das ein Stück weit mit dem Hinweis, dass wir jetzt natürlich jede Anhörung auswerten. Das betrifft auch die Hinweise, die Sie sowohl schriftlich als auch mündlich im Rahmen dieser Anhörung gegeben haben. Wir werden das - auch im Hinblick auf unsere Überlegungen und andere Überlegungen auf der Bundesebene bezüglich des Transplantationsgesetzes - mit einfügen.

Von daher ist - auch im Hinblick auf das Arbeitspensum, das der Ausschuss insgesamt noch vor sich hat - nicht damit zu rechnen - das ist jedenfalls meine Prognose -, dass wir in relativ kurzem Abstand zu einer endgültigen Befassung mit diesem Gesetz im nordrhein-westfälischen Landtag kommen werden. Wir haben das Rettungsdienstgesetz und das Altenpflegeausbildungsgesetz auf der Agenda. Das sind Gesetze, die in diesem Jahr zwingend verabschiedet werden müssen. Von daher wird das Krankenhausgestaltungsgesetz eher ein Stückchen weit nach hinten geschoben werden. Das ist, glaube ich, auch im Sinne einer konstruktiven Beratung all der Hinweise, die Sie gegeben haben, angemessen.

Der Ausschuss fügt sich nicht immer den Worten und Prognosen des Vorsitzenden; aber ich bin optimistisch, dass wir auf die genannte Zeitschiene kommen werden.

Ich danke Ihnen, meine Damen und Herren, und wünsche Ihnen eine unfallfreie Heimfahrt.

* * *

Weitere Stellungnahmen:

Netzwerk-Pflegedirektoren, Universitätsklinik Essen (Stellungnahme 16/1955)

St. Franziskus-Stiftung, Münster (Stellungnahme 16/1948)

Verband der Ersatzkassen (Stellungnahme 16/1945)

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

08.09.2014/25.09.2014

270

