

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

25.06.1987
sr-ma

sich demnach mit einem Kaufkraftverlust, der statistisch zu begründen wäre, nicht rechtfertigen. Lohnerhöhungen zum Beispiel im öffentlichen Dienst und die Anhebung der Sozialversicherungs- und Kriegsofferrenten aber führten angesichts der derzeitigen Preisstabilität zu einem Zuwachs an Kaufkraft, so daß der Lebensstandard dieser Gruppen der Bevölkerung verbessert worden sei. Da die Sozialhilfe nicht nur ein Existenzminimum zu sichern habe, sondern auch eine angemessene Teilhabe der Sozialhilfeempfänger an der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung gewährleisten solle, sei es politisch gerechtfertigt, einen Kaufkraftzuwachs, wie er bei Rentnern eintrete, auch den Sozialhilfeempfängern zuzubilligen. Daher werde vom 1. September dieses Jahres an eine Regelsatzerhöhung um 2,5 % vorgeschlagen; damit ergebe sich eine Erhöhung des Eckregelsatzes um 10 DM auf 405 DM.

Die Frage der Regelsatzanpassung sei politisch strittig diskutiert worden. Die kommunalen Spitzenverbände stünden einer Regelsatzerhöhung ablehnend gegenüber, weil eine Erhöhung im Hinblick auf die derzeitige Preisstabilität nicht für erforderlich gehalten werde. Hinter dieser Stellungnahme stehe natürlich die prekäre Finanzsituation der Gemeinden, die die Sozialhilfe aufzubringen hätten. Auf der anderen Seite forderten unter anderem die Verbände der freien Wohlfahrtspflege eine deutliche Anhebung der Regelsätze, da sich die Schere zwischen Sozialhilfe und den Nettoeinkommen in nicht mehr zu vertretender Weise geöffnet habe; deshalb werde eine Regelsatzanpassung um 5 % für notwendig gehalten. Die vom Minister vorgeschlagene Erhöhung um 2,5 % befände sich demnach auch rechnerisch zwischen der Forderung der kommunalen Spitzenverbände und der Verbände der freien Wohlfahrtspflege. Allerdings stellten die vorgeschlagenen 2,5 % nicht nur einen rechnerischen Mittelwert dar; man meine darüber hinaus, daß mit ihm den oben genannten Gesichtspunkten in einer einigermaßen vernünftigen Weise Rechnung getragen werde.

Daß die Erhöhung erst zum 1. September 1987 vorgeschlagen werde, sei darauf zurückzuführen, daß den Sozialhilfeträgern ausreichend Zeit gelassen werden müsse, die Erhöhung vorzubereiten und umzusetzen. Ihm erscheine dieser Zeitversatz auch vertretbar, weil ein Kaufkraftverlust nicht eingetreten und die Erhöhung praktisch als eine Verbesserung der Möglichkeiten zur Teilhabe an der gesamtgesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Entwicklung anzusehen sei.

Nach den derzeitigen Informationen schwankten die Regelsatzanpassungen in den anderen Ländern zwischen 4 und 12 DM; das entspreche Prozentsätzen zwischen 1 und 3 vom Hundert - noch nicht alle Länder hätten entschieden -; demnach liege Nordrhein-Westfalen in der besseren Hälfte des allgemeinen Trends.

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

25.06.1987
sr-ma

Die geschätzten Mehraufwendungen für die Träger der Sozialhilfe würden auf ungefähr 70 Millionen DM geschätzt; präzisere Vorausberechnungen darüber seien wie immer nicht möglich.

Die immer wieder angekündigte, in vielen Kreisen diskutierte und von allen Beteiligten für notwendig erachtete Warenkorbreform und die damit angestrebten Strukturverbesserungen stünden immer noch aus. Das habe sein Haus veranlaßt, dieses Thema auf die Tagesordnung der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister des Bundes und der Länder zu setzen, die im September stattfinden werde und deren Vorsitz in diesem Jahr Minister Heinemann innehatte. Hier zu einem Ergebnis zu kommen, müsse als sehr schwierig bezeichnet werden; denn die Kalkulationen liefen, wenn man den reformierten Warenkorb zugrunde lege, der wesentliche Verbesserungen bringen sollte, auf einen Kostenanstieg in Höhe von 20 bis 30 % hinaus. Daß das im Hinblick auf die Finanzlage der öffentlichen Körperschaften zu einem großen Problem werde, liege auf der Hand.

Er bitte den Ausschuß, von der Vorlage zustimmend Kenntnis zu nehmen.

Abg. Gregull (CDU) ist mit der Richtung der vorgestellten Vorlage einverstanden. Er frage sich allerdings, ob es tatsächlich gut bedacht sei, den Termin 1. September 1987 für die Erhöhung der Sozialhilfesätze zu wählen. Am 1. Juli dieses Jahres träten bekanntlich die Rentenerhöhungen in Kraft. Deshalb hätten die Verwaltungsstellen mit einer zwei Monate später stattfindenden Erhöhung der Regelsätze verwaltungsmäßig mehr Arbeit zu erbringen. Zunächst einmal müsse eine Neuberechnung zum 1. Juli, bezogen auf die Renten, vorgenommen werden, dann eine weitere Neuberechnung zum 1. September im Hinblick auf die Sozialhilfe.

StS Nelles (MAGS) erwidert, das Datum sei sehr wohl gerade im Hinblick auf die notwendigen Verwaltungsabläufe bedacht; denn wenn man heute von einem Inkrafttreten am 1. Juli ausginge, würde das verwaltungsmäßig unvergleichlich größere Schwierigkeiten nach sich ziehen. Denn in den Gemeinden müßten Berechnungen bereits mindestens 20 Tage vor Monatsbeginn abgeschlossen sei.

Abg. Gregull (CDU) erinnert daran, daß eine Reihe von Rentnern ergänzend Sozialhilfe bezögen und zumindest für diese sowohl zum 1. Juli als auch zum 1. September eine Neuberechnung stattfinden müsse. Die dadurch entstehende Mehrarbeit hätte seines Erachtens vermieden werden können, wenn die Regelsatzanpassung ebenfalls zum 1. Juli erfolgte. Er bitte, zukünftig auf solche Terminaspekte zu achten.

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

25.06.1987
sr-ma

StS Nelles (MAGS) stellt fest, die Frage, zu welchem Zeitpunkt Erhöhungen stattfinden sollten, sei nicht ganz neu. In einigen Jahren sei dies bundesgesetzlich vorgeschrieben worden. Die Terminfrage stelle immer ein Problem dar, weil alle Länder daran beteiligt seien. Man stelle die Vorlage nicht erst heute zur Diskussion, weil man unwissend oder sogar faul gewesen wäre. Vielmehr hätten viele Gesichtspunkte berücksichtigt werden müssen, nicht zuletzt auch die Abwägung des Ländervergleichs.

Der Ausschuß nimmt die Vorlage 10/1060 zustimmend zur Kenntnis.

Zu 2: Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -

Der Ausschuß setzt die in der letzten Sitzung aufgenommenen Einzelberatungen zu dem Gesetzentwurf mit der Aussprache zu § 4 fort.

§ 4 - Kind im Krankenhaus

Abg. Arentz (CDU) führt aus, dieser Paragraph lese sich wie viele Passagen des Gesetzentwurfs sehr sympathisch; deswegen wolle er auch diese Vorschrift mit dem Begriff des gesundheitspolitischen Feuilletons belegen. Die Frage sei allerdings, welche Wirkung die Norm erziele. Von daher interessiere ihn, welche über dem Bundespflegegesetz hinausgehende Regelung mit § 4 Abs. 1 verfolgt werde. In der Anhörung sei deutlich geworden, daß die Bestimmung in Abs. 1 mit der Bundespflegegesetzverordnung bereits voll abgedeckt sei.

StS Nelles (MAGS) äußert, das Argument der Krankenhausgesellschaft, diese Vorschrift sei überflüssig, weil in der Bundespflegegesetzverordnung bereits geregelt, gehe von einer nicht ganz richtigen Betrachtungsweise aus. Die Bundespflegegesetzverordnung regule, daß ein Krankenhaus, das solche Leistungen vorhalte und anbiete, diese in den Pflegegesetz einrechnen könne. Die Bundespflegegesetzverordnung spreche allerdings keinen Befehl zum Angebot unter bestimmten Umständen aus. Auch § 4 gehöre demnach in den Kreis der Vorschriften des Gesetzentwurfs, die das, was viele schon vernünftigerweise praktizierten, allen als Aufgabe vorgebe.

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

25.06.1987
sr-ma

Abg. Arentz (CDU) fragt, weshalb in die Begründung zu § 4 eine Indikation aufgenommen worden sei, die im Gesetz nicht stehe. Das Gesetz schreibe vor, die Aufnahme einer Begleitperson habe dann zu erfolgen, wenn es aus medizinischen Gründen notwendig sei, während im Begründungstext die Indikation auf die seelische Situation des Kindes erweitert werde. Er bittet um Auskunft, ob dies nach der Bundespflegegesetzverordnung ebenfalls zu den abrechnungsfähigen Kosten gehöre.

StS Nelles (MAGS) teilt die Auffassung, in die Begründung sei eine weitere Indikation aufgenommen, nicht. Die Begründung erläutere vielmehr nur, daß zur medizinischen Situation eines Kindes auch die seelische Situation gehöre und daß die seelische Situation des Kindes bei der medizinischen Bewertung zu berücksichtigen sei.

Abg. Arentz (CDU) möchte wissen, ob die Erklärung des Staatssekretärs so zu verstehen sei, daß die Erweiterung im Begründungstext keine Änderung der gegenwärtigen Rechtslage darstelle.

StS Nelles (MAGS) legt dar, die Begründung ändere sicherlich nicht die Rechtslage. Die Rechtslage werde durch die Gesetzesvorschrift geändert, die den Krankenhäusern die bisher nicht normierte Aufgabe stelle, die Problematik von Kindern in diesem Sinne zu berücksichtigen.

Abg. Schmidt (SPD) versteht § 4 Abs. 1 in der Weise, daß er die Krankenhäuser verbindlich verpflichten solle, in Zukunft entsprechend zu handeln. Insofern könne er die Norm nur voll unterstreichen. Der SPD-Arbeitskreis mache sich Gedanken darüber, ob man in diesem Zusammenhang nicht sogar auf den einschränkenden Halbsatz "soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist" verzichten sollte.

StS Nelles (MAGS) bestätigt, der von Abg. Schmidt zitierte Halbsatz stelle eine Einschränkung dar, die man nicht zuletzt unter Kostenaspekten aufgenommen habe. Nach der derzeitigen Formulierung des Entwurfs bedeute dies, daß es in Fällen, in denen es wünschenswert, aber nicht notwendig sei, nicht praktiziert werden müsse. Wenn man im Sinne der Humanisierung weitergehen wolle, müßte man diesen Halbsatz streichen.

Abg. Harbich (CDU) führt aus, das Rooming-in werde sicherlich von allen begrüßt. In diesem Zusammenhang stelle sich für ihn aber die Frage, inwieweit diese Einrichtung zum Beispiel in den vorhandenen Kinderkliniken sichergestellt sei. Unter finanziellen Aspekten er-

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

25.06.1987
sr-ma

gäben sich sicherlich Konflikte, wenn man auf das Kriterium "medizinische Gründe" verzichtete, mit der Folge, daß Ärzte und Krankenhausverwaltungen erheblich unter Druck geraten könnten. Deshalb empfehle er, den zur Diskussion stehenden Halbsatz nicht zu streichen.

Abg. Arentz (CDU) zitiert aus der Begründung zu § 4:

Wo derzeit noch die räumlichen Voraussetzungen für die Aufnahme einer Begleitperson fehlen, sollen sie möglichst bald geschaffen werden.

Daraus ergebe sich für ihn die Frage, ob die Landesregierung den Krankenhäusern die notwendigen Investitionsmittel dafür zur Verfügung stelle, ob eine Verbindung geschaffen werden solle, daß zunächst die erforderlichen Mittel zur Verfügung gestellt würden und erst dann der Paragraph für das einzelne Krankenhaus in Kraft trete oder ob den Trägern eine zusätzliche Last auferlegt werden solle.

StS Nelles (MAGS) verweist auf die Formulierung "im Rahmen seiner Möglichkeiten" in § 4 Abs. 1, d. h., dort, wo die Aufnahme einer Begleitperson nicht möglich sei, könne dies auch nicht verlangt werden. Daß beabsichtigt sei, die Möglichkeiten dort, wo sie noch nicht vorhanden seien, zu schaffen, sei klar. Dies gehöre zum Gesamtkomplex der notwendigen Verbesserungen in Krankenhäusern, könne allerdings kein gesonderter Förderungssektor werden. Man werde von keinem Krankenhaus die Einrichtung von Rooming-in verlangen können und ihm gleichzeitig die Auskunft erteilen, es sei im Hinblick auf die Investitionsmittel noch nicht an der Reihe.

Frau Abg. Hieronymi (CDU) stellt die Frage, wer im Zweifelsfall denn entscheide, was möglich sei und mit welcher Priorität welche möglichen Maßnahmen realisiert werden müßten.

StS Nelles (MAGS) antwortet, über das, was möglich sei oder möglich gemacht werden solle, müsse wie bei allen anderen Struktur- und Investitionsentscheidungen zunächst der Krankenhausträger entscheiden. Die Gesamtheit der Vorhaben von Krankenhausträgern müsse dann, nach Prioritäten geordnet, in die Realisierungsmöglichkeiten im Rahmen des Haushalts eingebracht werden.

Abg. Harbich (CDU) wüßte gern, inwieweit das Rooming-in in den Kliniken des Landes bereits realisiert und wo die Einrichtung möglich sei.

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

25.06.1987
sr-ma

StS Nelles (MAGS) macht darauf aufmerksam, die zur Diskussion stehende Vorschrift beziehe sich nicht nur auf Pädiatrische Abteilungen; denn Kinder würden nicht nur in solchen Abteilungen behandelt, sondern in anderen Fachabteilungen auch. Man habe keine Statistik darüber, welche Krankenhäusern unter welchen Umständen Rooming-in praktizierten. Man wisse allerdings, daß es in unterschiedlicher Weise und in unterschiedlichem Maße realisiert sei.

Nach Meinung des Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) hätte die Vorschrift nur dann Sinn, wenn es wirklich Krankenhäuser gäbe, die die Möglichkeit hätten oder zu schaffen beabsichtigten, trotzdem aber nicht die Aufnahme einer Begleitperson vorsähen. Nach seiner Kenntnis seien Krankenhäuser, die die Möglichkeit hätten, schon jetzt bereit und in der Lage, das wo immer möglich zu realisieren, so daß es des rein deklaratorischen Paragraphen hier nicht bedürfe.

StS Nelles (MAGS) stellt fest, der Einwand seines Vorredners gelte für verschiedene Vorschriften des Gesetzentwurfs gleichermaßen. Die Tatsache, daß es viele schon praktizierten, spreche nicht dagegen, es für alle verbindlich vorzuschreiben.

Abg. Arentz (CDU) kommt noch einmal auf die finanziellen Auswirkungen des Paragraphen zu sprechen. Wenn es zutreffe, daß es nur um medizinische Gründe gehe und diese in der Begründung nur interpretatorisch erläutert würden, bestehe kein Unterschied zur Bundespflegesatzverordnung. Wenn mit der Begründung allerdings eine Erweiterung der Indikation beabsichtigt sei, stelle sich die Frage, ob dies über die Kassen abgerechnet werde oder wer für die Kosten aufzukommen habe.

Ein zweiter finanzieller Aspekt sei von der Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände im Hinblick auf § 4 Abs. 2 angesprochen worden. Die Landesvereinigung habe in ihrer Stellungnahme ausgeführt, daß die schulische Betreuung nicht zu den Leistungen der stationären Versorgung gehöre, die Kosten deshalb auch nicht den Krankenkassen über die Pflegesätze in Rechnung gestellt werden könnten und daß deshalb eine Klarstellung notwendig sei, daß das Land für die schulische Betreuung langzeitkranker Kinder aufzukommen habe. Abg. Arentz fragt, ob die Landesregierung dies ebenso sehe.

StS Nelles (MAGS) bezeichnet es als selbstverständlich, daß die Beschulung von langzeitkranken Kindern sowohl in einer Krankenhauschule als auch in Form einer einzelschulischen Betreuung nicht zu Lasten des Pflegesatzes gehen könne. Hierfür würden Lehrer vom Land gestellt und bezahlt.

Zu der ersten Frage des Abg. Arentz merkt der Staatssekretär an, die Pflegesatzverordnung schreibe nicht vor, was zu geschehen habe, sondern beschreibe lediglich, was abrechnungsfähig sei.

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

25.06.1987
sr-ma

Auch Abg. Gregull (CDU) hegt Zweifel an dem Regelungsbedarf. Für seine Ansicht spreche nicht zuletzt auch, daß die Krankenhäuser daran interessiert seien, ihre Betten zu belegen. Von daher verstehe er das Angebot von Rooming-in als eine Leistung, die die Attraktivität einer Klinik erhöhe. Deshalb dürfte es im selbstverstandenen Interesse der Krankenhausträger liegen, eine solche Möglichkeit zu schaffen, so daß dies nicht noch gesetzlich geregelt werden müsse.

Frau Abg. Hieronymi (CDU) interpretiert die Antworten des Staatssekretärs im Hinblick auf die Folgekosten so, daß der Krankenhausträger so lange nicht gezwungen sei, die Aufnahme einer Begleitperson zu ermöglichen, solange die Mittel des Landes zur Schaffung entsprechender Maßnahmen nicht bereitstünden. Des weiteren bittet sie um Auskunft, wer für die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson aufzukommen habe, wenn die Aufnahme der Begleitperson nicht durch Bundespflegesatzverordnung abgedeckt sei.

StS Nelles (MAGS) erläutert, solange etwas nicht möglich sei, könne es nicht praktiziert werden, und es sei so lange nicht möglich, solange es nicht finanzierbar sei.

Zu der Frage der Frau Abg. Hieronymi wolle er anmerken, daß für die Aufnahme einer Begleitperson nur geringe Kosten anfielen. Dies seien zum einen einmalige Sachkosten zum Vorhalten entsprechender Räume. Personalkosten fielen nur sehr bedingt an; denn die Begleitperson bedürfe keiner Betreuung. Die Abrechnung der effektiven Kosten des Aufenthalts der Begleitperson regele sich nach dem Krankenversicherungsrecht. Es gebe Fälle, in denen der Arzt sage, es sei unbedingt notwendig, daß eine Begleitperson aufgenommen werde. Dann zahle die Krankenkasse den Tagessatz für die Begleitperson. Wenn der Arzt sage, es müsse nicht sein, wäre aber ganz gut, zahle die Krankenkasse nicht; in diesem Falle müßten die durch den Aufenthalt der Begleitperson entstehenden Kosten anderweitig - möglicherweise von ihr selbst - aufgebracht werden.

Das alles aber sei in der Vorschrift nicht angesprochen. Hier gehe es darum, daß die Möglichkeiten zur Aufnahme einer Begleitperson vorgehalten würden. In diesem Zusammenhang wolle er anmerken, daß das Rooming-in unter medizinischen und psychologischen Gesichtspunkten durchaus unterschiedlich bewertet werde. Die einen bezeichneten Rooming-in als eine gute Sache, andere hielten es für weniger gut, weil es angeblich nicht unbedingt das Wohlbefinden des Patienten fördere. Er wolle das nicht werten, sondern nur auf das Vorhandensein unterschiedlicher Meinungen aufmerksam machen.

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

25.06.1987
sr-ma

§ 5 - Patientenfürsprecher

Abg. Gregull (CDU) bringt zum Ausdruck, die Stellungnahmen der evangelischen und der katholischen Kirche sowie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ließen erkennen, daß diese keinen Regelungsbedarf sähen. Deshalb frage er, ob man entsprechende Regelungen nicht den Krankenhausträgern selbst überlassen sollte. Blicke die Landesregierung allerdings bei der Vorschrift, sollten die für psychiatrische Landeskrankenhäuser geltenden Beschwerdekommissionen bei der endgültigen Normierung Berücksichtigung finden.

StS Nelles (MAGS) bezeichnet die Frage des Regelungsbedarfs für eine grundsatzpolitische, nämlich ob man die unabhängige Einrichtung zur Behandlung von Beschwerden der Patienten einführen wolle oder nicht.

Die bei den Krankenhäusern der Landschaftsverbände geltende Regelung der Beschwerdeausschüsse erfülle in der Funktion jetzt schon das, was mit § 5 angestrebt werde. Nach seiner Auffassung bestünden keine Bedenken dagegen, das in der endgültigen Fassung des Gesetzes zu berücksichtigen.

Abg. Arentz (CDU) berichtet, in der Anhörung habe unter anderen das Katholische Büro deutlich gemacht, daß diese Bestimmung, obwohl sie nicht mehr so weitgehend sei wie im Referentenentwurf, von den Kirchen als unzulässiger Eingriff in ihre Organisationsfreiheit aufgefaßt werde. Die Frage sei, ob sich die Landesregierung mit diesem Gesichtspunkt befaßt habe und, wenn ja, sie sie das Vorbringen der katholischen Kirche bewerte.

StS Nelles (MAGS) meint, hiermit werde wiederum das für eine Reihe von Vorschriften geltende Problem angesprochen, inwieweit das Organisationsrecht und die Autonomie der Kirchen berührt würden. Diese Frage sei einer der Hauptpunkte der gesamten Vorüberlegungen zu dem Gesetzentwurf gewesen. Man habe sie sowohl innerhalb der Landesregierung als auch mit externem Sachverstand insbesondere im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1980 geprüft und sei der festen Zuversicht, daß alle in dem Gesetzentwurf formulierten Vorschriften, wenn sie auch in das Organisationsrecht aller Krankenhausträger eingriffen, dies aber in bezug auf kirchliche Träger in verfassungsrechtlich zulässiger Weise täten. Er habe Verständnis dafür, daß den Trägern Eingriffe generell nicht behagten. Aber die Kirchen hätten während der Anhörung in der Dringlichkeit, in der sie es früher ge-

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

25.06.1987
sr-ma

tan hätten, nicht mehr ausgeführt, sie wendeten sich gegen Vorschriften, weil sie die verfassungsrechtliche Position der Kirchen tangierten. Wenn sie massiv der Meinung wären, dies und jenes verletze deren Rechte, hätten sie das anders vorgetragen.

Abg. Arentz (CDU) äußert, Freundlichkeit im Ton von Institutionen, die auch Empfänger von Landesmitteln seien, sei nichts Überraschendes. Die Frage sei aber, ob es einen zwingenden Bedarf gebe, etwas zu regeln, von dem der Staatssekretär selbst soeben vorsichtig gesagt habe, daß er der festen Zuversicht sei, daß der Gesetzentwurf in verfassungsmäßig verankerte Rechte der Kirche nicht eingriffen. Er, Arentz, gehe immer davon aus, daß die Landesregierung dieser festen Zuversicht sei, wenn sie dem Parlament Gesetzentwürfe vorlege, was in der Vergangenheit nicht die Erfahrung erspart habe, daß manches von Gerichten wieder aufgehoben worden sei.

StS Nelles (MAGS) konkretisiert, wenn er von "fester Zuversicht" gesprochen habe, dann deshalb, weil er nicht leichtfertig habe sagen wollen, es sei so; denn die letzte Entscheidung darüber, ob es so sei, treffe das Verfassungsgericht.

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Heinemann, merkt im Hinblick auf die Einlassung des Abg. Arentz, gegenüber dem Zugschußgeber sei man immer besonders freundlich, an, das Klima bei den Diskussionen mit den Kirchen habe sich nach der Veränderung des Referentenentwurfs wesentlich gebessert. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sei man den Kirchen nämlich weitgehend entgegengekommen. Insoweit sei er der guten Hoffnung, daß die von Abg. Arentz befürchteten Schwierigkeiten, die er, Heinemann, bei dem Referentenentwurf auch gesehen habe, nicht einträten.

Frau Abg. Hieronymi (CDU) ist der Auffassung, die Stellungnahmen der Träger seien nicht nur formaler Natur gewesen, sondern sie hätten auch inhaltlich ihre Bedenken begründet, und zwar nicht nur bezogen auf den verfassungsrechtlichen Schutz, sondern auch auf die tatsächliche Arbeitsmöglichkeit eines Patientenfürsprechers. Sie halte das Argument für sehr glaubhaft, daß man dann, wenn ein Patientenfürsprecher zum Wohle der Patienten arbeiten solle, eine enge Zusammenarbeit mit der Betriebsleitung anstreben und nicht von vornherein Interessengegensätze produzieren sollte. Wenn sich ein Patientenfürsprecher, ohne mit Träger oder Betriebsleitung Kontakt aufgenommen zu haben, an dritte Stellen wenden könne, seien ein latenter Interessengegensatz, ein latenter Konflikt und eine latente Spannung von Anfang an vorprogrammiert. Das werde die Arbeit des Patientenfürsprechers belasten. Deshalb müßte ihres Erachtens eine Regelung gefunden werden, die dieses Problem von vornherein ausschließe.

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

25.06.1987
sr-ma

Minister Heinemann sieht im Hinblick auf § 5 keine Schwierigkeiten. Er weist darauf hin, daß ausdrücklich normiert werde, daß eine Information der zuständigen Behörde durch den Patientenführsprecher nur "in schwerwiegenden Fällen" geschehen solle. Das halte er für durchaus sinnvoll; denn es gebe in Krankenhäusern auch Fälle, in denen es im Interesse der Patienten sinnvoll und notwendig sein könne, den Krankenhausträger zu übergehen und sich direkt an die zuständige Behörde zu wenden. Der Patient könne dies ohnehin tun, aber er sei nicht immer in der Lage dazu. Insofern nehme der Paragraph auch auf die besondere Situation des Patienten Rücksicht. Die Einschränkung "in schwerwiegenden Fällen" sei für ihn so weitgehend, daß er sie nicht gern verwässern wolle.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) schickt voraus, er halte das gegenwärtig praktizierte Beratungsverfahren für wenig ökonomisch. Er gehe davon aus, daß die Landesregierung einen Gesetzentwurf vorgelegt habe, von dessen Richtigkeit sie überzeugt sei. Deshalb vermöge er keinen Sinn darin zu sehen, die Landesregierung zu fragen, ob sie meine, daß das, was sie in dem Gesetzentwurf geschrieben habe, richtig sei.

Zu dem Instrument Patientenführsprecher merkt der Abgeordnete an, es könne sinnvoll sein, daß ein Patientenführsprecher Konflikte, die sich im medizinischen oder im Dienstleistungsbereich ergäben, im Sinne von betroffenen Patienten mildern könne. Diesem Anliegen werde § 5 seines Erachtens aber nur unzulänglich gerecht. Denn wenn vom Patientenführsprecher schwerwiegende Vorwürfe gegenüber dem Krankenhaus gemacht würden, die nach seiner Meinung die Einschaltung der zuständigen Behörde rechtfertigten, gäbe der gegenwärtige Gesetzestext dem Krankenhausträger jederzeit die Möglichkeit, den Patientenführsprecher abzurufen und einen neuen einzusetzen. Wenn die Landesregierung also schon der Überzeugung sei, der Patientenführsprecher sei eine Zentralposition, die von ihrer formalen Kompetenzgestaltung her in der Lage sei, Konflikte durchzustehen, müsse sie § 5 anders fassen.

Er, Dr. Schaumann, sei der Ansicht, jedes Krankenhaus sollte die Frage für sich entscheiden können. Er meine darüber hinaus, daß ein Patientenführsprecher in der überwiegenden Zahl der Fälle, die im Krankenhaus zu Konflikten führen könnten, internen Konfliktregelungsbedarf erfüllen und nicht in quasi staatsanwaltschaftlicher Manier die Einschaltung Dritter betreiben solle.

Abg. Gregull habe auf die Beschwerdekommision der Landschaftsverbände hingewiesen, die sich nach seiner, Schaumanns, Erfahrung bewährt hätten und die ein geeignetes Instrument seien, die oft schwierigen Situationen in Landeskrankenhäusern mit zu bewältigen, so daß man sich in der Tat überlegen sollte, wie sie in das Gesetz eingebaut werden könnten.

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

25.06.1987
sr-ma

Zu den Anmerkungen des Abg. Dr. Schaumann im Hinblick auf das Beratungsverfahren meint der Vorsitzende, es gebe Fälle, in denen zusätzliche Fragen erforderlich seien. Was die Zeitökonomie angehe, müsse er Abg. Dr. Schaumann allerdings völlig recht geben.

Abg. Harbich (CDU) meint, gerade die verfassungsrechtliche Problematik gebe Anlaß zu Fragen. Möglicherweise stünden die Kirchen inzwischen moderater zu diesen Dingen; allerdings betone die evangelische Kirche noch in ihrer Zuschrift 10/943, daß sich die Einführung des Patientenfürsprechers auch nach Entschärfung dieser Bestimmung als ein Eingriff in die Organisationshoheit darstelle.

Abg. Arentz (CDU) führt aus, sowohl die Krankenhausgesellschaft als auch die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hätten sehr ablehnend darauf reagiert, daß der Patientenfürsprecher nicht nur eine krankenhauserne Funktion ausübe, sondern sich darüber hinaus direkt an Behörden wenden können solle. Die Arbeitsgemeinschaft spreche sogar davon, daß damit der Patientenfürsprecher zum Teil wieder zum Erfüllungshelfen der Staatsaufsicht werde. Von daher stelle sich für ihn, Arentz, die Frage, ob es möglich sei, darauf zu verzichten, dem Patientenfürsprecher eine über das Krankenhaus hinausgehende Funktion einzuräumen, wohl wissend, daß in den wenigen Einzelfällen, in denen es so schwerwiegende Verstöße gebe, daß direkt Behörden oder Gerichte eingeschaltet werden müßten, dies die Patienten selber bzw. ihre Angehörigen tun könnten.

In der Begründung zu diesem Paragraphen werde auf andere Landeskrankengesetze und auch Erfahrungen mit dem Institut des Patientenfürsprechers in anderen Bundesländern verwiesen. Er bitte um Auskunft, ob der konkrete Punkt der Möglichkeit des Patientenfürsprechers, sich über den Krankenhausträger hinaus an die zuständigen Behörden zu wenden, auch in anderen Bundesländern geregelt sei, in denen es den Patientenfürsprecher gebe.

Minister Heinemann verweist auf Rheinland-Pfalz, wo das Institut des Patientenfürsprechers mit gutem Erfolg praktiziert werde; allerdings habe der Patientenfürsprecher dort nicht die Möglichkeit, sich an Behörden zu wenden.

Leitender Ministerialrat Dr. Klinkhammer (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) sagt, der Patientenfürsprecher bitte sich natürlich in die herkömmlichen Strukturen ein. Er habe nichts mit Krankenhausaufsicht im herkömmlichen Sinne zu tun; dafür gebe es die Krankenhausaufsicht bis hin zu der Begehung durch den Amts-

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

25.06.1987
sr-ma

arzt. Der Patientenfürsprecher habe auch nichts mit Personalvertretungsrechten zu tun. Pionier im Hinblick auf dieses Instrument sei Rheinland-Pfalz, wo allerdings eine viel härtere Regelung verankert sei, die im Grunde genommen ein Wahlgremium für den Patientenfürsprecher vorsehe, auf das der Krankenhausträger überhaupt keinen Einfluß habe. Im vorliegenden Gesetzentwurf dagegen werde es im Grunde in die Disposition des Trägers gestellt, wie der Patientenfürsprecher ausgestaltet sei.

Allerdings fehle in anderen Ländern die Außenwirkung zu den zuständigen Behörden. Darüber könne man sicherlich diskutieren. Natürlich könnte der Patientenfürsprecher unter Umständen auch als interne Clearingstelle angelegt sein; das liefe dem Anliegen nicht zuwider.

Inzwischen hätten Patientenfürsprecher in ihren Landeskrankenhausgesetzen verankert: Hessen, Hamburg, Saarland, Berlin, Rheinland-Pfalz. Dabei müsse auch gesehen werden, daß einige Länder, wie zum Beispiel Niedersachsen, diese Einrichtung schon deshalb nicht haben könnten, weil sie von der Konzeption her andere Gesetze hätten, die überhaupt keine Strukturvorschriften formulierten, sondern reine Finanzierungsgesetze darstellten.

Abg. Schmidt (SPD) weist darauf hin, daß ihm einige Bedenken hinsichtlich des Patientenfürsprechers, die in der Anhörung geäußert worden seien, nicht ganz unbegründet zu sein schienen. Deshalb werde über § 5 sicherlich noch zu reden sein; allerdings sei die Meinungsbildung darüber im SPD-Arbeitskreis noch nicht abgeschlossen. Was die Beschwerdekommision bei den Landeskrankenhäusern angehe, so trete die SPD dafür ein, daß diese im Gesetz normiert werde.

Frau Abg. Hieronymi (CDU) erinnert, auf die Ausführungen des LMR Dr. Klinkhammer eingehend, daran, daß dort, wo der Patientenfürsprecher durch ein Wahlgremium gewählt werde, die Kirchen von dieser Vorschrift ausgenommen seien und sich somit ein gravierender Unterschied zu dem nordrhein-westfälischen Gesetzentwurf ergebe.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) merkt an, die Kirchen seien von dieser Vorschrift aus gutem Grunde ausgenommen, weil sich bei der Wahl durch ein Gremium in der Tat verfassungsrechtliche Fragen stellten. Das aber spreche nicht gegen das Anliegen als solches; vielmehr müsse man in Nordrhein-Westfalen zur Kenntnis nehmen, daß die Trägerstruktur so sei, wie sie sei, nämlich bestehend aus überwiegend kirchlichen Trägern. Vor diesem Hintergrund mache es

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

25.06.1987
sr-ma

wenig Sinn, einen erhöhten Schutz für bestimmte und gar keinen Schutz für andere zu erbringen. Man sei hier politisch mit einem Gesetz angetreten, das gleiche Strukturen für alle Träger bringen solle.

Der Vorsitzende verweist darauf, in Berlin erfolge die Wahl des Patientenfürsprechers durch die Bezirksversammlung, in Rheinland-Pfalz durch den zuständigen Kreistag oder Stadtrat, im Saarland durch den zuständigen Kreistag oder Stadtverband. Insoweit gingen die dortigen Regelungen weiter. Dies sollte bei der Diskussion berücksichtigt werden.

Abg. Arentz (CDU) führt die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft an, die vorgeschlagen habe, im Rahmen des § 5 einen neuen Absatz zur Krankenhausseelsorge einzufügen, mit der Absicht, daß das Krankenhaus auch die erforderlichen Voraussetzungen für eine patientengerechte Krankenhausseelsorge sicherzustellen habe. Auch darüber werde man noch zu reden haben. Wenn man schon einen Gesetzentwurf mit sehr hoher Regelungsichte habe, dann sei es ein legitimes Anliegen, im Gesetz auch die Sicherstellung der Krankenhausseelsorge zu verankern. Dies müßte in § 5 oder § 6 geregelt werden.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) bezeichnet als das Problem des § 5 in der Fassung des Regierungsentwurfs, daß man versuche, auf der einen Seite mit Schwierigkeiten, die man verfassungsrechtlich sehe, und auf der anderen Seite mit Wünschen, die man habe, zurechtzukommen, und dies nur mit einem sehr unzulänglichen Ergebnis gelinge. Der Vorsitzende habe auf externe Wahlgremien in anderen Ländern aufmerksam gemacht. Das liege nach seiner, Schaumanns, Meinung in der Logik des Instruments, weil dies die Antwort auf seinen Einwand sei, was im Konfliktfall zwischen Patientenfürsprecher und Krankenhausträger zu geschehen habe.

Der Entwurf der Landesregierung löse dieses Problem nicht. Er, Schaumann, befürworte ein solches Instrument nur, wenn es in die Regelungskompetenz eines jeden Krankenhauses gegeben und im übrigen auf interne Konfliktregelung begrenzt sei. Wenn die Landesregierung aber mehr wolle, wie die gegenwärtige Fassung des § 5 zeige, dann sollte dies seines Erachtens auch sauber formuliert werden. Und dann komme man in Probleme, die von Abg. Arentz bereits mit verfassungsrechtlichen Bedenken umschrieben habe.

Über die Frage der Aufnahme der Seelsorge werde man sich verständigen können, stellt Minister Heinemann zu den Ausführungen des Abg. Arentz fest.

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

25.06.1987
sr-ma

Abg. Harbich (CDU) schlägt vor, die Frage der Seelsorge in § 6 zu regeln, weil dort der größere Sachzusammenhang bestehe.

Im übrigen würde er sich eine deutlichere Unterscheidung zwischen innerer und äußerer Konfliktlösung wünschen, falls an dem Instrument des Patientenförsprechers festgehalten werde.

§ 6 - Sozialer Dienst

Abg. Harbich (CDU) meint, Abs. 1 sollte wie folgt lauten:

Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst und eine seelsorgerische Betreuung sicherzustellen.

Aus Abs. 2 ergebe sich, daß dies nur auf Wunsch des Patienten erfolgen könne.

Nach Auffassung des Abg. Arentz (CDU) muß zunächst einmal klargestellt werden, ob der soziale Dienst in die Pflegesätze eingehe, ob er also nach Bundespflegesatzverordnung abrechnungsfähig sein solle oder aber ob die Kosten dafür vom Krankenhausträger oder als Sonderleistung vom Land erbracht werden sollten.

In der Stellungnahme der Deutschen Angestelltengewerkschaft und in der Stellungnahme des Hartmann-Bundes gehe es unter anderem um die Frage, inwieweit insgesamt eine stärkere Verzahnung der stationären Leistungen mit den ambulanten Pflegediensten angestrebt und möglicherweise im Gesetz auch erwähnt werden solle. In den Eckwerten zum Krankenhausgesetz NW, die die CDU-Fraktion im November letzten Jahres ins Plenum eingebracht habe, sei deutlich gemacht worden, daß nach Meinung der CDU eine stärkere Verzahnung zwischen dem stationären Bereich der Gesundheitsversorgung und den ambulanten pflegerischen und ärztlichen Leistungen notwendig und ein Beitrag zur Kostendämpfung wäre.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) hält die inhaltliche Notwendigkeit des § 6 für unstrittig. Er würde sich freuen, wenn die Vorschrift so gefaßt würde, daß sich eindeutig ergäbe, daß das Krankenhaus zur Zusammenarbeit mit existierenden sozialen Diensten verpflichtet sei. Das würde einen Teil der Argumentation des Abg. Arentz mit erledigen, würde auch die Zielrichtung deutlich machen und würde, was die Finanzierungsfragen, die nach der jetzigen Formulierung diffus blieben, angehe, Klarheit schaffen. Denn die vorhandenen sozialen Dienste und deren Finanzierung seien geregelt, und wenn im Gesetz ein Appell zur Zusammenarbeit ausgesprochen werde, sei auch klar, wer die Kostenträgerschaft für das Tätigwerden der sozialen Dienste übernehme.

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

25.06.1987
sr-ma

StS Nelles (MAGS) stellt fest, der soziale Dienst, der derzeit schon vorgehalten werde, sei eine pflegesatzrelevante Leistung.

Was die Verzahnung von ambulanter und stationärer Betreuung angehe, so sei dies eine Frage des Kassenrechts und entziehe sich der Gesetzgebungskompetenz des Landes.

Zusammenarbeit sei auch im Hinblick auf den sozialen Dienst notwendig. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit für alle Zweige sei generell in § 1 des Gesetzentwurfs schon angesprochen und brauche deshalb nicht bei jeder Vorschrift wiederholt zu werden.

Die Sicherstellung eines sozialen Dienstes bedeute für das Krankenhaus, daß es nicht einen sozialen Dienst bei sich etablieren müsse, sondern daß dies auch in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen geregelt werden könne. Die Verpflichtung laute, daß ein sozialer Dienst den Patienten angeboten werden müsse, gleich wie er organisiert sei.

Abg. Schmidt (SPD) kommt noch einmal auf die Krankenhausseelsorge zu sprechen, die, was auch in der Anhörung deutlich geworden sei, für die Kirchen offensichtlich große Bedeutung habe, wofür er sehr viel Verständnis aufbringe. Auf der anderen Seite sei aber auch bemängelt worden, daß sehr viele Organisationsvorschriften in das Gesetz aufgenommen worden seien. Deshalb müsse man sich die Frage stellen, wohin man mit dem Gesetzentwurf wolle. Denn bei der Aufnahme der Seelsorge in das Gesetz könnten dann wieder nichtkirchliche Träger den Vorwurf unzulässiger Eingriffe in die Befugnisse der Krankenhäuser erheben. Sein Meinungsbild zu dieser Frage sei noch nicht abgeschlossen.

Abg. Harbich (CDU) meint, eine strenge Abgrenzung zwischen sozialem Dienst und Seelsorge könne gar nicht getroffen werden, wenn man den Seelsorgebegriff, wie ihn die Kirchen verstünden, zugrunde lege. Nach den Ausführungen des Staatssekretärs hinsichtlich des Vorhaltens eines sozialen Dienstes ergebe sich für ihn, Harbich, der Konflikt, den Abg. Schmidt im Hinblick auf die Verankerung der Seelsorge in das Gesetz aufgezeigt habe, nicht. Nach der modernen Medizin seien Leib und Seele Komponenten, um die sich Arzt und andere zu kümmern hätten. Damit sei seines Erachtens auch der innere Sachzusammenhang hergestellt.

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

25.06.1987
sr-ma

§ 7 - Qualitätssicherung

Abg. Arentz (CDU) kommt auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft zu sprechen, in der angeregt werde, für den Bereich der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen auch Vereinbarungen über die Finanzierung der entstehenden Kosten zwischen den Beteiligten vorzusehen bzw. darauf hinzuweisen, daß solche Vereinbarungen notwendig seien.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) merkt im Interesse der Zeitökonomie an, was die folgenden Paragraphen bis 9 angehe, so halte er sie für entbehrlich.

§ 8 - Krankenhaushygiene

Keine Wortmeldungen.

§ 9 - Arzneimittelkommission

Abg. Harbich (CDU) stellt zu Abs. 3 die Frage, ob dieser nicht einen zu starken Eingriff in die Therapiefreiheit darstelle. Darauf hätten auch die Ärzteverbände hingewiesen. Er, Harbich, fürchte, mit diesem Absatz könnte man leicht in den Geruch der "Arme-Leute-Medizin" geraten.

Abg. Schmidt (SPD) weist darauf hin, daß es in Abs. 3 "zu berücksichtigen" heiße und der Absatz von daher keine zwingende Vorschrift darstelle. Wenn sich allerdings ein Arzt nicht an die Arzneimittelliste halte, müßte dieser es begründen. Damit übe der Gesetzestext so etwas wie einen heilsamen Zwang aus.

Minister Heinemann betont, mit Abs. 3 werde Therapiefreiheit zwar gewährleistet, allerdings sei es auch nicht möglich, die Arzneimittelliste ohne weiteres zu umgehen. Die Arzneimittelkommission sei ein wichtiges Gremium zur Information der Ärzte und damit im Interesse der Patienten und trage nicht zuletzt auch zur Kostendämpfung bei. Vor diesem Hintergrund sei zu berücksichtigen, daß der Hausarzt eines aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten diesen wohl kaum auf ein kostengünstigeres Medikament umstellen könne, wenn dem Patienten im Krankenhaus ein teures Präparat verordnet worden sei. Mit der zur Diskussion stehenden Vorschrift werde also sowohl die Verpflichtung gegenüber dem Patienten als auch die Verpflichtung gegenüber der Solidargemeinschaft der Versicherten erfüllt.

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

25.06.1987
sr-ma

Abg. Harbich (CDU) sieht das Problem auch und billigt die Zielrichtung des Paragraphen. Für ihn entstehe aber die Frage, ob sich mit der Formulierung "ist ... zu berücksichtigen" nicht ein verfassungsrechtlicher Konflikt im Hinblick auf die Therapiefreiheit ergeben könnte.

Minister Heinemann verweist auf die Begründung zu § 9 Abs. 3.

§ 10 - Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) hält die Vorschrift für sinnvoll, allerdings für zu eng. Das gelte insbesondere für § 10 Abs. 1, der nicht angebe, welche Krankenhäuser zur Zusammenarbeit verpflichtet seien. Nach der derzeitigen Fassung sei jedes Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen zur Zusammenarbeit mit jedem anderen Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen verpflichtet, und das könne doch nicht gemeint sein. Insofern sollte man schon Klarheit darüber schaffen, welche Krankenhäuser zur Zusammenarbeit verpflichtet seien, etwa die einer Planungsregion.

Des weiteren bittet der Abgeordnete zu überlegen, ob es richtig sei, "entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid" zu formulieren und die Krankenhäuser damit in einer Einengung zur Zusammenarbeit zu verpflichten. Er hielte es für sinnvoller, § 10 Abs. 1 wie folgt zu fassen:

Die Krankenhäuser einer Planungsregion sind zur Zusammenarbeit verpflichtet.

Abg. Arentz (CDU) gibt im Hinblick auf § 10 Abs. 2 Nr. 2 die Anregung des Berufsverbandes für Krankenpflege zu bedenken, bei der Nachsorge nicht nur das Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten, sondern auch die ambulanten Dienste, die Sozialstationen, zu erwähnen.

Der Abgeordnete verweist sodann auf die Stellungnahme des Verbandes der Verwaltungsleiter, der im Zusammenhang mit der Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte - § 10 Abs. 2 Nr. 8 - und der Finanzierung dieser Geräte - § 10 Abs. 3 - ausführe, nach dieser Regelung sollten Krankenhäuser mit ihren pauschalen Fördermitteln an der Finanzierung medizinisch-technischer Großgeräte in anderen Krankenhäusern mitwirken, ohne selbst jedoch Eigentümer werden zu können. Das scheine ihm, Arentz, ein ernsthafter Einwand zu sein.

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

25.06.1987
sr-ma

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) hält diesen Einwand für im Prinzip richtig. Deshalb überlege man derzeit, ob man im Feststellungsbescheid nicht besser beide Häuser als Träger des entsprechenden Geräts ausweisen sollte.

§ 11 - Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

Keine Wortmeldungen.

§ 12 - Aufsicht

Abg. Arentz (CDU) erinnert in diesem Zusammenhang an die von der Krankenhausgesellschaft, von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und vom Katholischen Büro deutlich gemachten erheblichen Bedenken. Hier werde die Gefahr gesehen, daß es sich um eine umfassende Fachaufsicht handle. Insbesondere beziehe sich diese Kritik auf § 12 Abs. 3, zu dem die Krankenhausgesellschaft ausführe, daß die uneingeschränkte Kompetenz der Aufsichtsbehörde gegen das Übermaßverbot verstoße und die allgemeine Rechtsaufsicht eine solch umfassende Eingriffsermächtigung, wie sie diese Vorschrift vorsehe, nicht erforderlich mache. Er, Arentz, halte dies für einen schwerwiegenden Problempunkt, zu dem er die Landesregierung um Bewertung bitte.

Abg. Schmidt (SPD) bittet in diesem Zusammenhang um Aufklärung über den Begriff der Staatsaufsicht für Krankenhäuser. Wichtig erscheine ihm, daß in dem ein wenig breit angelegten Abs. 3 ausdrücklich noch einmal der Zutritt verlangt werde. Daraus schließe er, daß der Staat, der das Geld für Investitionen bereitstelle und der sich darum zu kümmern habe, daß Krankenhäuser funktionierten, nach der geltenden Gesetzgebung überhaupt keinen Zutritt zu Krankenhäusern habe.

Der Vorsitzende vermerkt an dieser Stelle einhellige Zustimmung der anwesenden Vertreter des Landesrechnungshofs.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) erläutert, in der Tat sei Abs. 3 dieser Vorschrift neu, während der Inhalt der Absätze 1 und 2 schon im alten Gesetz zu finden sei. Bei § 12 des Gesetzentwurfs handle es sich nach seiner Auffassung ganz unzweifelhaft um eine Rechtsaufsicht. Man könne überlegen, ob der Ausschuß dies klarstellen oder ob man die Überschrift ändern oder was immer zur Klarstellung getan werden solle. Daß es Rechtsaufsicht sei,

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

25.06.1987
sr-ma

ergebe sich für den Juristen unzweifelhaft aus den Eingangsformulierungen des Abs. 2, in dem legal definiert werde, worauf sich die Aufsicht erstrecke. Die Formulierung "auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften" sei die klassische Formulierung für eine Rechtsaufsicht.

Abs. 3 sei nicht zuletzt aufgrund leidvoller Erfahrungen entstanden, die man mit dem Landesrechnungshof teile. Man habe in der Vergangenheit an vielen Stellen zur Kenntnis nehmen müssen, daß Träger von Krankenhäusern gefragt hätten, wo die rechtliche Grundlage dafür gegeben sei, daß der Landesrechnungshof oder Vertreter des Ministeriums einmal sehen könnten, was der entsprechende Krankenhausträger mit den bereitgestellten Mitteln getan habe. Da dies aber eine Selbstverständlichkeit sei, habe man Abs. 3 formuliert, ohne daß man damit den Boden der Rechtsaufsicht verlasse; denn man wolle in den Krankenhäusern lediglich überprüfen, was Sache sei, und mehr nicht. Eine Fachaufsicht setze ja voraus, daß man in Fragen der Zweckmäßigkeit der Gestaltungsabläufe und ähnliche Bereiche eingriffe. Das liege der Landesregierung aber fern; das könne und wolle sie nicht.

Das Katholische Büro weise in seiner Stellungnahme darauf hin - so Abg. Arentz (CDU) -, daß in Zusammenwirken der Absätze 3 und 4 die untere Aufsichtsbehörde, die möglicherweise selber Krankenhausträger sei, ein jederzeitiges Zugangs-, Aufsichts- und Prüfungsrecht erhalte und daß von daher sozusagen der eine Konkurrent solche Rechte gegenüber einem anderen Konkurrenten, nämlich dem konfessionellen Krankenhaus, gewinne. Dadurch sähen sich die Kirchen bedroht. Er, Arentz, halte dies für einen nachvollziehbaren Hinweis.

Auch Abg. Harbich (CDU) sieht hier in gewissem Sinne eine Konkurrenzlage. Ihn interessiert, ob durch den Zuwendungsbescheid nicht sicherzustellen sei, daß die die Mittel zur Verfügung stellenden Behörden über den Landesrechnungshof oder direkt die bestimmungsgemäße und wirtschaftliche Verwendung kontrollieren könnten. Bei Abs. 3 in der derzeitigen Fassung sei nämlich zu befürchten, daß der freie gemeinnützige Krankenhausträger jederzeit schon über Planungsüberlegungen oder Planungen Bericht erstatten müßte, wobei der kommunale Krankenhausträger dann immer in der Lage sei, solche Planungen aufzugreifen und selber durchzuführen. In diesem Zusammenhang sei daran zu erinnern, daß gemeindliche Beamte häufig in Aufsichtsräten von freien gemeinnützigen Krankenhäusern tätig seien und gleichzeitig in dienstlicher Eigenschaft mit einem kommunalen Krankenhaus zu tun hätten. Das schmecke ihm, Harbich, auch

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

25.06.1987
sr-ma

als Kommunalpolitiker nicht, weil in Verbindung mit Abs. 3 zusätzliche Informationsmöglichkeiten geschaffen würden, die es aus dem Bedürfnis des Staats heraus seines Erachtens nicht zu geben brauche.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) meint, hier bestehe ein Mißverständnis; denn Abs. 3 formuliere lediglich, daß "die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen" seien. Darunter fielen sicherlich nicht künftige Planungen und Überlegungen hinsichtlich der Entwicklung des Krankenhauses. Wenn ein Krankenhaus die Struktur des Hauses zu ändern beabsichtige, müsse es ohnehin den dafür gesetzlich vorgeschriebenen Weg gehen und sich an das Ministerium wenden. Deshalb könne er das Argument nicht ganz nachvollziehen.

Die Ausführungen des Abg. Arentz dagegen halte er für richtig; er sehe allerdings auch keinen Ausweg. Die Staatsaufsicht sei in der Tat hier bei der Kommune angebunden. Die Alternative wäre allenfalls, die Aufsicht eine Stufe höher anzusiedeln. Das würde aber das System total sprengen. Er wolle nur daran erinnern, daß etwa im Bereich der Krankenhaushygiene auch der Amtsarzt das Krankenhaus begehle.

Er teile in der Sache die angesprochenen Befürchtungen nicht, wohl wissend, daß sie von Anzuhörenden geäußert worden seien.

Leitender Ministerialrat Werp (Landesrechnungshof) bestätigt das, was LMR Dr. Klinkhammer ausgeführt hat. Der Landesrechnungshof fühle sich mit § 12 Abs. 3 nicht angesprochen; er sei keine Aufsichtsbehörde im Sinne dieser Vorschrift. Zu der Aufgabe des Landesrechnungshofs, nämlich Prüfung der Abwicklung des Landeshaushalts zur Vorbereitung der Entlastung der Landesregierung, werde in der Norm nichts dargelegt.

Abg. Arentz (CDU) meint, der von LMR Dr. Klinkhammer in die Diskussion gebrachte Konfliktfall sei dadurch in den Griff zu bekommen, daß man auf Abs. 3 völlig verzichte oder ihn so formuliere, daß die Befürchtungen der konfessionellen Träger ausgeräumt würden.

§ 13 - Krankenhausplanung

Abg. Arentz (CDU) sieht die zentrale Problematik des gesamten Abschnitts II, die sich zum ersten Mal in § 13 Abs. 2 Satz 1 zeige, darin, daß der Versuch gemacht werde, die bisher geltende Belegungsregelung von 75 % auf die einzelnen Abteilungen hinun-

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

25.06.1987
sr-ma

terzuzonen. Nach Auffassung seiner Fraktion beinhalte diese Regelung ein Übermaß an Reglementierung, was im Endeffekt nicht zu mehr Wirtschaftlichkeit, sondern zu einem Weniger an Ökonomie und zu zusätzlichen Kosten führen werde.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) sieht das ebenso. Darüber hinaus halte er den in Abschnitt II geregelten Planungszusammenhang für unangemessen. Die Gründe für seine Auffassung ergäben sich aus den Eckwerten für eine Krankenhausentwicklung in Nordrhein-Westfalen der F.D.P. Seine Fraktion sehe das Planungsverfahren anders als die Landesregierung. Das hier zum Ausdruck kommende Planungsverfahren werde auch nicht durchgehalten werden können, weil schon die gegenwärtige Krankenhausplanung mit allen instrumentellen Verwicklungen zu sehr unerfreulichen Ergebnissen geführt habe. Die Landesregierung verspreche sich offensichtlich etwas von der Verfeinerung der Planungsmethode. Er aber könne darin keinen vernünftigen Sinn erkennen.

Insbesondere das Herunterzonen auf Abteilungen schränke die Bewegungsfreiheit der Krankenhäuser für eine interne Umstrukturierung ein und unterwerfe den Krankenhausträger im Prinzip jeweils einem aufwendigen Verfahren, wenn er Abteilungen verändern wolle. Aus seiner Sicht stelle dies einen Verstoß gegen die Möglichkeit der Flexibilität in der internen Strukturierung eines Krankenhauses dar.

Minister Heinemann ist überzeugt davon, daß man auf § 13 Abs. 2 nicht verzichten kann. Wenn man dem Begehren der Oppositionsfraktionen nachgäbe, würde eine Planung in Zukunft unmöglich, und es wäre auch unmöglich, eine Abteilung mit 40ziger Belegung zu schließen, wenn dies durch 90zige Belegung anderer Abteilungen aufgefangen werde. Im übrigen seien sinnvolle Wünsche zur Umstrukturierung von Abteilungen bisher immer erfüllt worden, ohne daß das Ministerium bürokratische Hemmnisse in den Weg gelegt habe. Das werde auch in Zukunft so geschehen.

Allerdings müsse auch gesehen werden, daß Abteilungen mit 40ziger Belegung erhebliche Kosten verursachten, die mit Beiträgen finanziert werden müßten. Solche Abteilungen könne man doch nicht guten Gewissens bestehen lassen. Bei einer Streichung der Vorschrift würde man der Sache einen schlechten Dienst erweisen.

Abg. Arentz (CDU) berichtet, ein großer Teil der Anzuhörenden sei der Auffassung gewesen, die von Abg. Dr. Schaumann und ihm dargelegt worden sei. Minister Heinemann habe ausgeführt, eine 40zige Belegung von Abteilungen verursache enorme Kosten. Das scheine ihm, Arentz, in der Praxis nicht immer nachvollziehbar zu

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

25.06.1987
sr-ma

sein. Wenn man eine 75%ige Mindestbelegung für jede Abteilung festlege, bedeute das nach allen Erkenntnissen von Praktikern den Tod der meisten Belegabteilungen in Nordrhein-Westfalen und damit unter anderem auch die Gefährdung der fachärztlichen Versorgung in ländlichen Bereichen, in denen die Facharztpraxis in der Regel erst dann rentabel sei, wenn damit belegärztliche Tätigkeit verbunden sei. Diese Belegbetten würden von den Krankenhäusern doch nicht herumstehen gelassen, sondern zu anderen Abteilungen, in denen sie notwendig seien, hinzugeschlagen. Das heißt, die Krankenhäuser hätten in leerstehenden Belegbetten eine Flexibilitätsreserve, die mit § 13 ausgeschlossen werde; denn eine 75%ige Belegung einer Belegabteilung sei in der Regel nur bei einer bekannten Kapazität zu erreichen.

Er verweise noch einmal auf das, was die Konzertierte Aktion am 26. März dieses Jahres diskutiert habe, nämlich daß gerade die engere Verzahnung ambulanter und stationärer ärztlicher Tätigkeit ein wirksames Instrument der Kostendämpfung darstelle. Dagegen sei § 13 des Gesetzentwurfs ein Ansatz, dieses Instrument kaputtzumachen.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) stellt zunächst klar, der Wert 75 % sei nicht in § 13 zu finden, sondern in § 15 Abs. 3, der normiere, daß sich ein Krankenhausträger, wenn "die durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 75 vom Hundert" unterschreite, Gedanken darüber machen solle, wie es weiterzugehen habe. Obwohl es in der Anhörung nach seinem Eindruck manchmal wider besseren Wissens vorgetragen worden sei, folge damit noch kein Automatismus der Schließung von Abteilungen.

Was die Frage der Struktur eines Krankenhauses anbelange, so werde nicht heruntergezont, sondern der Feststellungsbescheid weise seit eh und je die Struktur der Krankenhäuser bis in die Abteilungen auf. Geschähe dies nicht, würde man sich die Planung auf Landesebene oder auf der Ebene des Versorgungsgebiets völlig aus der Hand nehmen lassen. Wenn der Träger darüber disponierte, wie die Struktur seines Krankenhauses auszusehen habe, käme man im Grunde genommen zu Förderungen, die der Landeskrankenhausplanung überhaupt nicht mehr entsprächen. Er konzedere, daß eine Nischenpolitik, eine Konkurrenz auf Kosten anderer Häuser in einer betriebswirtschaftlichen Betrachtung aus der Sicht des einzelnen Trägers durchaus Sinn mache. Das könne aber nicht im Sinne einer übergreifenden Landesplanung sein, die eben zur Kenntnis nehmen müsse, wie die Belegsituation benachbarter Krankenhäuser in einem Versorgungsgebiet vor dem Hintergrund bestehender Patientenströme aussehe.

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

25.06.1987
sr-ma

Abg. Schmidt (SPD) meint, eine halbwegs sachgerechte Krankenhausplanung wäre in Zukunft gar nicht mehr möglich, wenn man die Probleme nicht differenziert bis auf die Abteilungsebene in den Griff zu bekommen versuche. Es sei zu fragen, welche Handhabe der Minister denn überhaupt habe, wenn man auf § 13 verzichtete.

Im übrigen müsse bedacht werden, daß in § 15 Abs. 3 von zwei Jahren die Rede sei, so daß vorübergehende Unterbelegungen überhaupt nicht zur Debatte stünden. Er jedenfalls halte die Vorschrift für die zukünftige Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen für außerordentlich wichtig.

§ 14 - Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

Der Vorsitzende empfiehlt, die in der Anhörung zum Ausdruck gekommenen Erweiterungswünsche im Hinblick auf die mittelbar und unmittelbar Beteiligten nicht anzusprechen, sondern eventuelle Reaktionen darauf in der Antragsitzung folgen zu lassen.

Abg. Gregull (CDU) fragt trotzdem, ob die Landesregierung bereit sei, den in der Anhörung vorgetragenen Wünschen entgegenzukommen.

Der Vorsitzende entgegnet, die Landesregierung habe den Gesetzentwurf eingebracht, und der Gesetzgeber sei völlig frei in der Veränderung dieses Gesetzentwurfs.

Abg. Harbich (CDU) erinnert an die Anregung der kommunalen Spitzenverbände, auch im Versorgungsgebiet einen dem Landesausschuß entsprechenden Ausschuß zu bilden.

Minister Heinemann verweist auf die jetzt schon bestehende Möglichkeit der Einrichtung solcher Gremien auf freiwilliger Basis. Mancherorts hätten sie funktioniert, an anderen Stellen weniger.

Auf die Frage des Abg. Gregull eingehend, stellt der Minister fest, man habe auch Überlegungen angestellt, wie der Kreis der Beteiligten ergänzt werden könne.

Abg. Harbich (CDU) fürchtet, in einem auf freiwilliger Basis gebildeten Krankenhausbeirat komme man gerade im Hinblick auf Planungsfragen nicht sehr weit. Deshalb bitte er zu überlegen, ob man nicht auf der Ebene des Versorgungsgebiets einen Ausschuß, vergleichbar mit dem vorgesehenen Landesausschuß, als wirkungsvolles ortsnahes Hilfsinstrument einführen sollte.

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

25.06.1987
sr-ma

Abg. Arentz (CDU) kommt auf § 14 Abs. 5 zu sprechen, in dem geregelt werde, daß der Minister allein entscheide, wenn zwischen dem Landesausschuß und dem Minister keine einvernehmliche Regelung zustande komme. Schon auf Grund der Pluralität der Zusammensetzung des Landesausschusses halte er es für schwierig, dort immer Einvernehmlichkeit herzustellen. Wenn dies aber erreicht werde, sollte dem Votum des Landesausschusses ein stärkeres Gesicht zukommen, als daß es einfach übergangen werden könne, indem der Minister feststelle, daß er anderer Meinung sei. Er bitte um Auskunft, ob in anderen Landeskrankenhausgesetzen andere Regelungen zur Auflösung möglicherweise entstehender Konflikte vorgesehen seien.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) übersieht das im Augenblick nicht, kann sich aber kaum vorstellen, daß es dort anders geregelt werde. Eine andere Lösung machte von der Systematik her keinen Sinn. Entweder man verstehe sich dahin, daß die Planung ministeriell sei und auch in der Verantwortung des Ministeriums liege, oder aber man begeben sich eines Teils der Planung und lege sie in fremde Hände.

§ 15 - Aufnahme in den Krankenhausplan

Abg. Arentz (CDU) legt dar, das Katholische Büro sage seines Erachtens zu Recht im Hinblick auf § 15 Abs. 1 Nr. 2, diese Bestimmung sei wenig sinnvoll, weil das Krankenhaus durchaus die Rechtsform oder den Sitz des Krankenhausträgers oder -eigentümers verändern könne, ohne daß sich die Krankenhausversorgung in diesem Gebiet irgendwie verändere. Deswegen sollte darüber nachgedacht werden, ob es notwendig sei, eine solche Bestimmung in das Gesetz aufzunehmen.

Zu Abs. 3 verweist der Abgeordnete auf die unter § 13 bereits geführte Diskussion. Die Unterbreitung eines Vorschlags zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses sei wohl etwas mehr als das, was LMR Dr. Klinkhammer ausgeführt habe. Diese Bestimmung habe zur Folge, daß Krankenhäuser, wenn die verlangten 75 % aus welchen Gründen auch immer nicht erreicht würden, einen Vorschlag zum Bettenabbau machen müßten. Dazu habe man erhebliche Bedenken, die man im übrigen mit fast allen teile, die das in der Anhörung kritisiert hätten. Diese Vorschrift stelle einen massiven Vernichtungsschlag gegenüber den meisten Belegabteilungen dar.

In der Anhörung sei deutlich geworden, daß 75 % in den meisten Pädiatrischen Abteilungen in der Regel nicht erreicht würden, obwohl dort nicht zu viele Betten vorgehalten würden; vielmehr er-

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

25.06.1987
sr-ma

gebe sich dies einfach aufgrund des Patientengutes. Mit der Vorschrift werde Flexibilität eingeengt. Im übrigen sei auch darauf hingewiesen worden, daß eine solche Bestimmung tendenziell eher dazu führe, daß die Krankenhäuser, die Träger und die Verwaltungsleiter schon darauf achteten, daß 75 % auch dort erreicht würden, wo es eigentlich nach Lage der Dinge nicht notwendig sei. Demnach führe Abs. 3 möglicherweise zu unnötig überhöhten Verweildauern in einzelnen Abteilungen, damit die Krankenhäuser nicht unter 75 % in einer bestimmten Abteilung kämen, obwohl ihre Gesamtbelegung vielleicht bei 85 oder 90 % liege.

Für ihn spreche all das dagegen, eine solche Vorschrift in das Gesetz aufzunehmen.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) bittet sich den Regelungsgehalt des Abs. 3 anzuschauen. Im Unterschied zum geltenden Recht müßten die Krankenhäuser nach dem Gesetzentwurf nunmehr einen Vorschlag unterbreiten. Es sei meist gar nicht so, daß die Krankenhäuser diejenigen seien, die nicht mit einer Umstrukturierung einverstanden seien. Sie kämen doch mit brauchbaren Vorschlägen zum Ministerium. Das seien aber die gleichen Träger, die sich außerhalb der Räume nicht mehr dazu bekenneten, was sie innerhalb der Räume gesagt hätten. Und da beginne das Problem. In diesem Zusammenhang betrachte er es nur als einen Akt der Redlichkeit, daß diese Pflichtigkeit auch nach außen dringe.

Was die Belagungssituation in der Pädiatrie landesweit angehe, so sei festzustellen, daß in der Tat wesentlich zu viele pädiatrische Betten vorgehalten würden. Der Grund dafür liege schlichtweg im Geburtenrückgang und in einem Hinterherhinken der Krankenhausentwicklung. Diesem Problem müsse man sich annehmen. Es sei keine sachgerechte Lösung, in Pädiatrische Abteilungen chirurgisch oder internistisch zu versorgende Kinder zu legen. Das bedeute aber nicht gleichzeitig, daß man hier nach dem Rasenmäherprinzip vorgehen wolle. In der Tat müsse das Problem differenziert von Versorgungsgebiet zu Versorgungsgebiet unterschiedlich gelöst werden.

Bei der Auflockerung werde man sehr wohl die Möglichkeiten des Rooming-in mit zu berücksichtigen haben. Auch hier erlange also § 4 nochmals Bedeutung.

Was die Argumentation des Abg. Arentz im Hinblick auf eine verlängerte Verweildauer angehe, so werde diese ja ermittelt. Man sei verpflichtet, diese Daten nachzuhalten und aus den Fällen, in denen der Träger der gesetzlichen Pflicht nicht nachkomme, im Wege der Landesplanung Konsequenzen zu ziehen. Materiell normativ verändert habe sich im Grunde genommen nur die Pflichtigkeit des Trägers, sich Gedanken zu machen und sich zu diesen Gedanken auch zu verstehen.

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

25.06.1987

sr-ma

Abg. Harbich (CDU) betont, die Fälle, in denen einvernehmliche Regelungen mit den Trägern gefunden werden könnten, meine man doch gar nicht. Hier gehe es vielmehr darum, daß kein zeitlicher Druck ausgeübt werden dürfe. Insbesondere würde man sich dagegen wehren, wenn darüber hinaus noch ein Druck durch die Bewilligung von Fördermitteln ausgeübt würde. Wenn hier Abhängigkeiten vollzogen würden, so widerspräche dies der Art und Weise, wie Partner miteinander umzugehen hätten.

Für Frau Abg. Hieronymi (CDU) ist der zentrale Punkt der Auseinandersetzung, daß man 75 % nicht undifferenziert ansetzen könne, wenn man schon auf die Abteilungsebene hinuntergehe. Die Stellungnahmen wiesen aus, daß, je spezieller eine Abteilung sei, desto größer die Wahrscheinlichkeit werde, daß es keine gleichmäßige Durchschnittsbelegung über das Jahr hinweg gebe. Auf dieses Phänomen müsse der Gesetzesentwurf stärker eingehen. In diesem Zusammenhang bitte sie um Auskunft, wie die durchschnittliche Belegungshöhe der Belegabteilungen im Lande aussehe.

In der Begründung zu Abs. 3 werde deutlich, daß gegenüber dem geltenden Recht - anders, als LMR Dr. Klinkhammer dies ausgeführt habe - drei Verpflichtungen hinzukämen: die unverzügliche Anzeigepflicht, die Verpflichtung, Vorschläge zur bedarfsgerechten Reduzierung oder Umstrukturierung zu machen, und die Prüfung der zuständigen Behörde, ob und in welcher Form der Krankenhausplan fortzuschreiben und der Feststellungsbescheid zu ändern sei. Wenn man dies mit der tatsächlichen Situation der Belegabteilungen zusammenbringe, werde deutlich, daß wegen der hohen Schwankungsbreite in diesem Bereich die zur Debatte stehende Vorschrift die Arbeitsmöglichkeiten von Belegabteilungen massiv einschränke.

Ein Kahlschlag der Belegabteilungen sei mit dem Gesetz sicherlich nicht vorgesehen, führt Minister Heinemann aus. Er hebt darauf ab, daß die Vorschrift lediglich normiere, daß eine Unterschreitung des festgesetzten Werts in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren anzuzeigen sei und daß entsprechende Vorschläge zu unterbreiten seien. Das heiße doch nicht, daß die Abteilung geschlossen werde. Das Ministerium benötige die im Gesetz festgelegten Einwirkungsmöglichkeiten auf den Träger, um mit ihm ins Gespräch darüber zu kommen, wie Verbesserungen herbeigeführt werden könnten.

Nach Meinung des Vorsitzenden wird bei der Diskussion überlesen, daß es in Abs. 3 laute: "einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl o d e r zur Umstrukturierung des Krankenhauses". Damit laufe der Träger nicht in eine Einbahnstraße, sondern es ergäben sich für ihn Alternativen, und der Ausschuß sollte sich die Frage stellen, ob ihm die aufgezeigten Alternativen genügen.

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

25.06.1987
sr-ma

Minister Heinemann merkt noch an, mit der Bestimmung könne auch Mangel auf anderen Gebieten beseitigt werden.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) erläutert, ein Krankenhaus oder eine Abteilung sei nach allgemeiner Erkenntnis dann wirtschaftlich, wenn eine Auslastung von etwa 85 % bestehe. Mit 75 % liege man also deutlich unter diesem Wert.

Gerade im Hinblick auf die Belegabteilungen, die häufig recht klein seien und manchmal sogar nur aus wenigen Betten bestünden, werde man sich besonders gründlich überlegen, ob die Schwankungen, die in diesem Falle ganz anders auf die einzelnen Bettenzahlen durchschlüßen als bei großen Abteilungen, in der Tat dazu führen sollten, zu einer Einschränkung, zu einer Reduzierung oder gar zu einer Umstrukturierung zu kommen. Diese Besonderheit brauche man im Gesetz aber nicht zum Ausdruck zu bringen, weil eben nur eine Anzeige- und Vorschlagspflicht festgelegt werde. Dem Ministerium seien die Strukturen der einzelnen Häuser wohl bekannt, und es habe kein Interesse daran, Belegabteilungen kleiner zu gestalten und damit morgen vor dem Problem zu stehen, daß Patienten auf dem Flur lägen.

Abg. Arentz (CDU) stellt fest, die Alternative zu dem Gesetzestext sei ein Abstellen auf die Gesamtbelegung eines Krankenhauses, wie es bisher praktiziert werde. Dieser Weg scheine ihm vernünftiger zu sein. In diesem Zusammenhang bitte er die Landesregierung um Beantwortung der Frage, wie sie zu in kooperativem belegärztlichen System geführten Abteilungen stehe, ob sie sie grundsätzlich als positive Ergänzung ansehe und ob die Landesregierung den Zusammenhang, der der CDU-Fraktion häufig nahegebracht worden sei, zwischen der Existenz von Belegabteilungen und einer fachärztlichen ambulanten Versorgung im ländlichen Raum sehe.

Minister Heinemann antwortet, dort, wo Belegabteilungen sinnvoll und notwendig seien, sollten sie gefördert werden; dort, wo im Interesse der Patienten eine Vollabteilungsregelung sinnvoller sei, neige er zu dieser. Er wolle sich in dieser Frage weder so noch so festlegen. Er halte vielmehr beide Möglichkeiten, abhängig von der jeweiligen Situation, für sinnvoll. Im Laufe der nächsten Jahre werde diese Frage wegen des Überangebots an Ärzten eine immer größere Rolle spielen.

Abg. Schmidt (SPD) stellt klar, nach seiner Auffassung handele es sich bei der diskutierten Vorschrift sicherlich nicht um einen "Kahlschlagparagrafen". Hier gehe es lediglich um die zwingende Notwendigkeit des Erkennens von Bedarf bis in die Fachbereiche

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

25.06.1987
sr-mk

hinein. Er warne davor, sich in der Zukunft jeder Möglichkeit zur Krankenhausplanung zu begeben. Wenn in verschiedenen Fachbereichen eine permanente Unterbelegung feststellbar sei, müsse man sich auch im Interesse der Beitragszahler fragen, ob es im Sinne des Gesetzgebers liegen könne, die Chance der Krankenhausplanung nicht zu nutzen.

Seines Erachtens dürfe die Betrachtung nicht auf die für manche schon ideologische Frage von Belegabteilungen eingegrenzt werden. Vielmehr gehe es um die Frage des zukünftigen Angebots im Krankenhausbereich.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) betont, er sehe das Belegarztsystem nicht ideologisch, sondern ökonomisch. Die Frage sei, ob die SPD und die von ihr getragene Landesregierung den Willen hätten, in dieser Richtung verstärkt politisch initiativ zu werden. Insoweit habe er Bedenken.

Es könne doch nicht gleichgültig lassen, wenn die Krankenhausgesellschaft, die Kirchen, die kommunalen Spitzenverbände, die Ärzteverbände darauf hinwiesen, ein Hinunterzonen auf die Abteilungen sei unsinnig, weil damit die Flexibilität in der Verwendung der vorhandenen Betten beeinträchtigt werde. Selbstverständlich sehe auch er, Schaumann, das Argument, daß das Land als Financier von Krankenhäusern die Möglichkeit haben müsse, auf veränderte Situationen planungsmäßig zu reagieren. Die Frage sei nur, weshalb die Vorschrift nicht auf die Gesamtbettenzahl eines Krankenhauses beschränkt werde, wie es vernünftig wäre, und den Krankenhäusern nicht die Möglichkeit gelassen werde, abteilungsübergreifend Betten zu nutzen, wenn sie an der einen Stelle fehlten und an der anderen Stelle zuviel seien. Wenn ein ganzes Krankenhaus über zwei Jahre einen Negativwert aufweise, sei das auch für ihn ein Alarmsignal, und es müßte entsprechend gehandelt werden.

Er wehre sich dagegen, daß die Krankenhäuser mit dieser Vorschrift in ihrem Abteilungsdenken gestärkt würden, was er gerade verhindert wissen wolle. Er trete dafür ein, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu lassen, innerhalb des definierten Aufgabenspektrums flexibel mit ihrem Angebot umgehen zu können.

Minister Heinemann hebt hervor, er habe sich in der Frage von Belegabteilungen immer sehr pragmatisch verhalten. Allerdings wehre er sich gegen die Behauptung, die Belegabteilung sei kostensparend. Eine Untersuchung des Rheinischen Verbandes der Ortskrankenkassen komme zu einem anderen Ergebnis, weil neben dem Pflegesatz auch noch das Honorar zu zahlen sei. Er habe andere gebeten, das auch einmal nachzurechnen, um die Frage zu klären, ob die Belegabteilung oder die Vollabteilung kostengünstiger sei.

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

25.06.1987
sr-mk

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) bestätigt, daß es unterschiedliche Sichten und Bewertungen hinsichtlich des ökonomischen Nutzens eines Belegarztsystems gebe; in den Untersuchungen würden unterschiedliche Angaben gemacht und unterschiedliche Indikatoren herangezogen. Wenn man solides Datenmaterial zur Beurteilung der Frage bekäme, wäre er sehr dankbar. Für ihn sei die Frage des Belegarztsystems keine ideologische. Wenn tatsächlich nachgewiesen würde, daß das Belegarztsystem das teurere sei, würde er für ein solches System unter ökonomischen Aspekten sicherlich nicht mehr eintreten. Die Patientenbetreuung und die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung seien andere Aspekte, die in diesem Zusammenhang nicht zu diskutieren seien.

Minister Heinemann betont, für ihn sei die Frage nicht ausdiskutiert. Er habe sich oft genug für eine patientennahe Versorgung ausgesprochen. Es gebe sicherlich Spezialabteilungen, die eine geringe Zahl von Betten vorhalten müßten, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Er argumentiert, daß in diesem Zusammenhang auch das Überangebot an Ärzten berücksichtigt werden müsse; denn es gehe nicht an, daß auf der einen Seite der ausgebildete Arzt nicht beschäftigt werden könne, während auf der anderen Seite Belegabteilungen mit 35 oder 40 Betten bestünden. Hier werde man darüber nachdenken müssen, was in gesamtpolitischem Interesse sinnvoll und notwendig sei.

Zu § 15 Abs. 2 Sätze 3 und 4 merkt Abg. Arentz (CDU) an, dazu seien ihm Bedenken vorgetragen worden, daß diese Vorschrift wegen der Schwerfälligkeit des Verfahrens der Änderung eines Feststellungsbescheids im Bedarfsplan im Extremfalle dazu führen könnte, daß das Krankenhaus Abteilungen, die im Feststellungsbescheid vorgesehen, möglicherweise aber überhaupt nicht mehr bedarfsgerecht und belegt seien, weiterhin vorhalten müsse, um nicht Grundlagen des Feststellungsbescheids zu verletzen und damit aller Mittel verlustig zu gehen, obwohl im Rahmen einer flexibleren Handhabung unnötige Kosten gespart werden könnten. Der Abgeordnete fragt, ob diese Bedenken von der Landesregierung geteilt würden.

Der Vorsitzende meint, wenn es in Satz 3 "Fördermittel können ganz oder teilweise versagt, zurückbehalten u n d zurückgefordert werden" hieße, ergäbe die Vorschrift einen anderen Sinn.

Regierungsmedizinaldirektor Dr. Wackernagel (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) erläutert, der Feststellungsbescheid bleibe nicht für die Laufzeit des Krankenhausbedarfsplans grundsätzlich unverändert; gerade das Verfahren der Fortschrei-

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

25.06.1987
sr-mk

bung diene dazu, den Feststellungsbescheid anzupassen. Wenn der Krankenhausträger sein Haus etwa umstrukturiere, ändere der Regierungspräsident den Feststellungsbescheid, und damit sei die befürchtete Abweichung von diesem nicht mehr gegeben. Natürlich könne nicht jedem Antrag entsprochen werden, aber in der Regel werde einem Antrag auf Reduzierung von Bettenzahlen oder Schließung einer Abteilung zugestimmt, wenn dem nicht zwingende Bedarfserfordernisse entgegenstünden. Er kenne aus seiner Tätigkeit nur einen Fall, in dem dem Wunsch eines Trägers, eine Abteilung zu schließen, aus regionalen Versorgungsaspekten heraus nicht entsprochen worden sei.

Trotz dieser Klarstellung hat Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) noch Bedenken. Denn Satz 4 des Abs. 2 habe doch zur Folge, daß das Krankenhaus, das Betten, die im Krankenhausbedarfsplan für eine bestimmte Abteilung ausgewiesen seien, anderweitig nutze, Gefahr laufe, mit Rückforderungen konfrontiert zu werden. Für seine Begriffe sei das nicht sinnvoll. Denn man könne dem Krankenhaus doch nicht den Vorwurf unökonomischen Handelns machen, wenn es die vorhandenen Betten nutze.

Abg. Harbich (CDU) sieht das ebenso und verweist in diesem Zusammenhang auf saisonale Schwankungsbreiten beim Patientengut.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) erklärt, im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung und der Krankenhausinvestitionen zahle das Land die Investitionskosten für Betten für bestimmte Zwecke. Wenn der Träger nun auf Dauer diese Betten anderen Zwecken zuführe, könne es doch nicht anders sein, als daß die öffentlichen Mittel zurückgefordert würden. Das sei ein allgemeiner Grundsatz, es sei denn, man widme um. Saisonale Schwankungen fielen nicht unter diese Vorschrift. Selbstverständlich könne ein kurzzeitiger Engpaß beispielsweise in der Chirurgie durch Betten der Internistischen Abteilung aufgefangen werden. In der zur Diskussion stehenden Vorschrift gehe es einzig und allein darum, zu verhindern, daß zweckwidrig, förderungswidrig mit Betten umgegangen werde. Und dann sei es selbstverständlich, daß in solchen Fällen die Mittel zurückgefordert würden.

Er wolle in diesem Zusammenhang aber noch auf den Kann-Charakter der Vorschrift verweisen, der die Möglichkeit der Ausübung eines Ermessens gebe, so daß die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden könnten, was im Grunde auch der bisherigen Struktur entspreche.

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

25.06.1987
sr-ma

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) verlangt, daß Gesetze präzise seien, und das könne man von dieser Vorschrift nicht sagen. LMR Dr. Klinkhammer habe die Auskunft gegeben, saisonale Schwankungen seien mit § 15 Abs. 2 nicht gemeint. Das sei aber eine ganz subjektive Aussage, die nicht bindend sei. Nach dem Gesetzestext könnten solche saisonalen Schwankungen dazu benutzt werden, Eingriffe zu legitimieren.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) widerspricht dem mit einem Hinweis auf den Feststellungsbescheid.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) entgegnet, dann bestehe auf der Grundlage des Feststellungsbescheids bei saisonalen Schwankungen die Möglichkeit, daran zu erinnern, daß sich die vorgesehene Bettenzahl über zwei oder mehr Monate nicht im Soll befinde, und vor dem Hintergrund des Grundsatzes, daß das Land bezahle und demnach das Recht habe, zurückzufordern - diesem Grundsatz stimme er zu -, dem Träger gegenüber eine entsprechende Rechnung aufzumachen. Der Gesetzestext jedenfalls gebe für ihn eine solche Handlungsweise her.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) hält dem entgegen, aus dem Feststellungsbescheid gehe hervor, daß geringfügige Schwankungen ausgeglichen werden könnten. Insofern genüge es, wenn im Gesetz insoweit auf den Feststellungsbescheid rekurriert werde. Es gehe nur darum, daß keine andere Zweckbindung erfolge.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) legt dar, eine strukturelle Veränderung, die zu dauerhaften Lasten des Landes führe, müsse verhindert werden; darin sei man sich völlig einig. Allerdings müsse dies auch im Gesetz präzisiert werden.

Minister Heinemann sagt zu, zu prüfen, ob zu diesem Punkt Möglichkeiten einer Präzisierung bestehen.

Abg. Schmidt (SPD) erbittet vom Ministerium eine Formulierungshilfe, weil noch nicht die Frage geklärt sei, was unter "auf Dauer abgewichen" zu verstehen sei.

§ 16 - Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

Der Vorsitzende weist darauf hin, daß in bezug auf diesen Paragraphen erstmalig die Anregung des Landesrechnungshofs zur Einführung eines Abs. 4 greife.

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

25.06.1987
sr-ma

Abg. Arentz (CDU) führt aus, in der Anhörung habe der Deutsche Gewerkschaftsbund angeregt, festzustellen, daß die Zurverfügungstellung ausreichender Fördermittel im Haushaltsplan des Landes gewährleistet sein müsse. Er, Arentz, halte dies aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahre für sinnvoll.

Sowohl die Krankenhausgesellschaft als auch die kommunalen Spitzenverbände wendeten sich gegen die Formulierung in Abs. 2, daß die Förderung auf Antrag in Form von Zuschüssen gewährt werde, mit dem Argument, es gebe sehr unterschiedliche Zuschußbegriffe. Nach Meinung der CDU-Fraktion seien die Zuschüsse für Investitionen keine solchen in dem Sinne, daß sie sozusagen in die Beliebigkeit des Zuschußgebers gestellt seien, sondern sie seien ein Ausgleich dafür, daß es den Krankenhäusern verwehrt sei, ihre Abschreibung über die Pflegesätze zu finanzieren und damit die notwendigen Investitionen zur Substanzerhaltung sicherzustellen.

Das Katholische Büro und die Krankenhausgesellschaft verträten die Auffassung, daß Abs. 3 überflüssig sei, zumindest aber der zweite Satz gestrichen werden sollte. Die Krankenhausgesellschaft begründe dies damit, daß Abs. 3 allgemeine Verfahrensfragen beinhalte, die bereits im Verwaltungsverfahrensgesetz des Landes geregelt seien. Der Abgeordnete fragt das Ministerium, ob diese Auffassung der Krankenhausgesellschaft zutreffe.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) legt dar, die Jahreskrankenhausbauprogramme würden bekanntlich nach Maßgabe des Haushalts aufgelegt. Er sehe auch keine andere Möglichkeit, es sei denn, der Haushaltsgesetzgeber wolle sich dieser Möglichkeit begeben. Man könnte in diesem Zusammenhang etwa über eine mehrjährige Krankenhausplanung nachdenken. Das seien aber haushalts- und finanzwirtschaftliche Überlegungen, die man einem solchen Gesetz nicht zugrunde legen könne. Man sei in den bisher bestehenden Strukturen verblieben.

Zum Zuschußbegriff sei anzumerken, daß aus der Begründung die bundesrechtliche Anbindung und die Erläuterung hervorgehe, was mit "Zuschuß" gemeint sei. Insofern gebe es seines Erachtens mit dem Begriff keine Probleme.

In der Tat regle insbesondere Abs. 2 Satz 3 eine Selbstverständlichkeit. Aber gerade derjenige, der vom Rechtsanspruch des Krankenhauses in bestimmten Bereichen ausgehe, sollte auf Abs. 3 Wert legen, weil mit ihm auch Verantwortungs- und Sphärenbereiche klar unterschieden würden. Deshalb würde er ungern auf diese Bestimmung verzichten.

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

25.06.1987
sr-ma

§ 17 - Investitionsprogramm

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) äußert, alle Stellungnahmen gingen davon aus, daß es sinnvoll sei, ein mehrjähriges Investitionsprogramm aufzustellen. Das berühre in der Tat haushaltswirtschaftliche Aspekte; von daher stelle sich die Frage, ob man das im Rahmen eines solchen Gesetzes regeln könne. Gleichwohl halte er es für richtig, den Krankenhäusern solche Planungsorientierungsmöglichkeiten zu bieten. Wenn die Zielsetzung für richtig erkannt werde, sollte es dem Ausschuß auch möglich sein, zu einer Formulierung zu gelangen und damit die Zielorientierung einzulösen zu versuchen. Das ständige Basteln an jährlich befristeten Investitionsprogrammen könne unter fast keinem Aspekt zufriedenstellen.

Abg. Harbich (CDU) unterstreicht die Ausführungen seines Vorredners. Die kommunalen Spitzenverbände begründeten diese Forderung auch damit, daß durch das derzeitig praktizierte Verfahren ständig hohe Haushaltsreste entstünden. Träger seien auf Maßnahmen nicht vorbereitet und könnten deshalb bewilligte Investitionsmittel nicht ausgeben.

§ 18 - Einzelförderung

Abg. Arentz (CDU) stellt fest, wenn man davon ausgehe, daß es Krankenhäusern aufgrund der bundesgesetzlichen Vorgaben verwehrt sei, die Investitionskosten oder Abschreibungsbeträge über die Pflegesätze zu erlösen, sei der Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf eine ausreichende Förderung höher anzusiedeln, als dies nachrangig in Abs. 1 definiert sei. Deswegen sei die CDU der Auffassung, daß stärker auf den Rechtsanspruch der Krankenhäuser abgestellt werden müsse.

Minister Heinemann ist der Meinung, eine Änderung des § 18 Abs. 1 im Sinne des Abg. Arentz würde an der Praxis nichts ändern, weil damit die bestehende finanzielle Enge nicht ausgeräumt würde.

Abg. Arentz (CDU) entgegnet, eine deutliche Definition des Rechtsanspruchs in diesem Bereich würde seines Erachtens auch die Rechtsstellung der Krankenhäuser im Beratungsverfahren des Landtags über den Haushalt stärken. Daß die Finanzspielräume eng seien, sei bekannt, aber hier gehe es um die Frage, ob möglicherweise etwas anderes zurückgestellt werden müsse, ob nicht andere Prioritäten - und zwar nicht nur innerhalb des Einzelplans 07 - gesetzt werden

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

25.06.1987
sr-ma

müßten. Mit einer stringenteren Formulierung könnte man den Krankenhäusern sicherlich helfen und insoweit auch eine Stärkung des Anliegens, daß die Häuser ausreichend Mittel zur Verfügung bekämen, erreichen.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) macht deutlich, aufgrund der bundesgesetzlichen Vorgaben hätten die Krankenhäuser keinen schlichten Rechtsanspruch auf irgendwelche Investitionsmittel; vielmehr entstehe der Rechtsanspruch dann, wenn sie einen Bewilligungsbescheid bekämen, wobei bei den Maßnahmen bei § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Krankenhausgesetzes des Bundes sogar ein Investitionsprogramm zwischengeschaltet sei. Im übrigen sage das Bundes-KHG, daß für die Maßnahmen nach § 9 Abs. 1 Nummern 2 und 3 landesgesetzliche Vorschriften entsprechende Regelungen trafen. Das sei in dem vorliegenden Gesetzentwurf in § 18 Abs. 2 geregelt, in dem auf die Dringlichkeit und Notwendigkeit abgestellt werde. Daß im übrigen ein allgemeiner Haushaltsvorbehalt gemacht werden müsse, hätten alle Länder und auch der Bund gesehen, so daß man bei einem bestehenden Antragsstau nicht davon ausgehen könne, daß das Gesamtvolumen dieses Antragsstaus aus Rechtsansprüchen bestehe. Eine solche Auffassung wäre nicht tragfähig.

Für den Einzelfall treffe die von LMR Dr. Klinkhammer gemachte Aussage zu, sagt Abg. Arentz (CDU). Für die Zurverfügungstellung von Investitionsmitteln im Rahmen des Haushaltsplans des Landes stimme sie seines Erachtens aber nicht, weil die Bereitstellung von Mitteln insgesamt nicht nur auf das Krankenhausrecht des Bundes, sondern auch auf den Eigentumsschutz nach Art. 14 des Grundgesetzes abzustellen sei. Solange den Krankenhäusern die Möglichkeit verweigert werde, die Refinanzierung im investiven Bereich über die Pflegesätze vorzunehmen, müsse ihnen die Möglichkeit eingeräumt werden, eine entsprechende Zuweisung von Mitteln durch das Land zu erhalten. Deswegen schein es der CDU im Sinne der Priorität dieser Ausgaben vor anderen, die das Land freiwillig tätige, wichtig zu sein, die Position der Krankenhäuser zu stärken. Gleichgültig, wer die Landesregierung stelle: Jeder Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales müsse daran interessiert sein, die Position der Krankenhäuser so stark wie möglich auch gegenüber den anderen Ressorts zu gestalten.

Frau Abg. Hieronymi (CDU) geht es darum, daß der besondere Status der Zuschüsse an Krankenhäuser deutlich gemacht werde. Daß der Rechtsanspruch von Krankenhäusern auf Förderung durch das Land gegenüber dem Rechtsanspruch etwa der Häuser der offenen Tür ein anderer sei, werde in dem Gesetzentwurf nicht hinreichend berücksichtigt.

Die Aussage, daß der Rechtsanspruch erst nach dem Bewilligungsbescheid einsetze, halte sie für sehr restriktiv. Die Krankenhausgesellschaft weise in ihrer Stellungnahme darauf hin, daß nach § 9

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

25.06.1987
sr-ma

Abs. 5 des Bundes-KHG die Fördermittel nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Landesrechts so zu bemessen seien, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten deckten. Das Bundesgesetz mache demnach an den notwendigen Kosten und nicht an den jeweiligen Vorgaben eines Landeshaushalts fest. Insofern sei man hier grundsätzlich anderer Meinung.

Abg. Dr. Schaumann (F.D.P.) legt dar, der Landeshaushalt sei eine Sache, und die Restriktionen des Landeshaushalts in bestimmten Bereichen gehörten dazu, aber die Figur "Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Förderung" sei eine andere Sache. Wenn man die von der CDU aufgezeigte Position verträte, würde man sich als Haushaltsgesetzgeber einengen, und das könne doch nicht im Interesse der Parlamentarier liegen, die, gleichgültig mit welchen Mehrheiten, die Möglichkeit behalten müßten, die Verwendung der Steuergelder des Landes so zu beschließen, wie sie es als gewählte Abgeordnete der nordrhein-westfälischen Bürger für richtig hielten. Daß Krankenhäuser, weil der Landeshaushalt die bekannten Engen aufweise, nicht angemessen investieren könnten, sei zwar richtig, aber die Frage, ob daraus ein Rechtsanspruch generiert werden könne, halte er für sehr problematisch.

§ 19 - Umfang der Einzelförderung

Dazu liegen nach Aussage des Abg. Arentz (CDU) Bedenken sowohl der Krankenhausgesellschaft als auch des Katholischen Büros, der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände und der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter der Krankenhäuser in bezug auf Abs. 3 vor, was die Anrechnung von pauschalen Fördermitteln angehe. Die derzeitige Formulierung bedeute, daß Pauschalfördermittel - wofür auch immer gedacht -, die bis zum Baubeginn nicht anders verwandt worden seien, bei Investitionsmaßnahmen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit verwandt werden müßten, was dazu führe, daß jedes Krankenhaus darauf bedacht sei, seine pauschalen Fördermittel bis zum Baubeginn nach Möglichkeit auszugeben, um für diesen Bereich nicht in die Haftung genommen zu werden. Deshalb müsse eine neue Formulierung gefunden werden, die nicht zu unerwünschten Ausgabeeffekten führe.

LMR Dr. Klinkhammer (MAGS) stellt klar, sinnlose Ausgaben könnten auf diesem Wege nicht produziert werden, weil die pauschalen Fördermittel auch bis zum Baubeginn nur im Rahmen der Zweckbindung verwandt werden könnten. Wenn das Krankenhaus entsprechende Mittel gehortet habe, entspreche es nur der Sinnhaftigkeit, diese dann auch für Investitionen im Bereich kurzfristiger Anlagegüter einzusetzen. Im übrigen sei die Vorschrift nichts anderes als die Festschreibung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts.