



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

54. Sitzung (öffentlich)

16. September 1998

Düsseldorf - Haus des Landtags

12.30 Uhr bis 14.50 Uhr

15.15 Uhr bis 17.55 Uhr

Vorsitz: Bodo Champignon (SPD)

Stenographen: Heinz-Uwe Müller, Heike Schweitzer (als Gäste),
Otto Schrader (Federführung)

Verhandlungspunkt:

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 12/3073

Der Ausschuß führt zu dem oben genannten Gesetzentwurf eine öffentliche Anhörung durch; Beschlüsse werden nicht gefaßt.

* * *

Angehört wurden:**Reinhard Stadali****Dr. Michael Conrads**Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Zuschrift 12/2042ab Seite 1
Seiten 27 u. 44**Helmut Vreden**Landesarbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser
in Nordrhein-Westfalen e. V., Caritas
Zuschrift 12/2060 (vgl. auch 12/2182)

ab Seite 4

Gerd F. WengelerEvangelische Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und
Diakonische Werke Rheinland, Westfalen und Lippe
Zuschrift 12/2125 (vgl. auch 12/2181)

ab Seite 7

Sigurd RüskenStädtische Kliniken Neuss, Lukaskrankenhaus,
kommunale Krankenhäuser

ab Seite 11

Dr. Rudolf HartwigArbeitsgemeinschaft Paritätischer Krankenhäuser - Landesverband
Zuschrift 12/2186

ab Seite 12

- 1. Fragerunde -

ab Seite 15

Horst GausmannArbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände,
zugleich für: Städte- und Gemeindebund NRW
Städtetag NRW
Landkreistag NRW
Zuschrift 12/2111

ab Seite 28

Dr. Dieter PaffrathAOK Westfalen-Lippe
zugleich für: AOK Rheinland
VdAK
LV der Betriebskrankenkassen
Verband d. priv. Krankenversicherung e. V.
LV d. Innungskrankenkassen NRW
Zuschrift 12/2126

ab Seite 32

- 2. Fragerunde -

ab Seite 35

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ab Seite 44
Ärzttekammer Nordrhein
Zuschrift 12/2142

Dr. Ingo Flenker ab Seite 47
Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Zuschrift 12/2146

Rolf Lübke ab Seite 50
Marburger Bund - Landesverband NRW/Rheinland-Pfalz
Zuschrift 12/2184

- 3. Fragerunde - ab Seite 52

Manfred Fiedler ab Seite 55
ÖTV - Bezirksverwaltungen NW I und NW II
Zuschrift 12/2030

Martina Klein ab Seite 58
DAG - Landesverband Nordrhein-Westfalen
Zuschrift 12/2185

Dr. Günter Clausen ab Seite 62
Dienstnehmervertretung der AK des
Deutschen Caritasverbandes aus NW
Zuschrift 12/2198

- kein Nachfragebedarf -

Helga Schuhmann-Wessollek ab Seite 63
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Zuschrift 12/2124

Rainer Kukla ab Seite 64
Landschaftsverband Rheinland
Zuschrift 12/2160

Klaus Bremen ab Seite 65
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der
Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen
Zuschrift 12/2187

- 4. Fragerunde - ab Seite 68

Sonstige Zuschriften:

- 12/2163 Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- 12/2053 Verband der Privatkrankenanstalten NRW e. V.
- 12/2127 Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VDK) - Landesgruppe NRW
- 12/2141 Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.
- 12/2181 Der Beauftragte der evangelischen Kirchen
- 12/2182 Katholisches Büro, Kommissariat der Bischöfe in NW
- 12/2143 Katholische Hospitalvereinigung Ostwestfalen
- 12/2144 St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH
- 12/2145 Ev. Krankenhäuser im Siegerland gGmbH
- 12/2147 Bethesda Krankenhaus Wuppertal GmbH
- 12/2148 Ev. Krankenhaus Wesel GmbH
- 12/2149 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf - Kinderklinik
- 12/2153 Krankenhäuser des Märkischen Kreises GmbH
- 12/2157 Städtisches Klinikum Solingen
- 12/2158 Krankenhaus St. Laurentius-Stift
- 12/2164 Sankt Josef Kliniken, Wuppertal
- 12/2165 Marien-Hospital, Euskirchen
- 12/2167 St. Elisabeth-Krankenhaus, Köln
- 12/2168 Johanniter Tagesklinik, Wuppertal
- 12/2169 St. Antonius-Krankenhaus, Schleiden
- 12/2171 St. Martinus-Krankenhaus, Düsseldorf

12/2188 "Hoffnung auf Heilung" - Deutsche Leukämie-Forschungshilfe, Aktion für
Krebskranke Kinder e. V., Bonn

12/2189 Arbeitsgemeinschaft der Krankenhäuser in Gelsenkirchen

12/2201 Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling

Vorlage

12/2204 Landesrechnungshof Nordrhein-Westfalen

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 12/3073

Vorsitzender Bodo Champignon: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie zur 54. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge. Es handelt sich heute um eine öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung für das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen. Dieser Gesetzentwurf zur Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes wurde am 28. Mai 1998 durch das Plenum an unseren Ausschuß - federführend - sowie an den Haushalts- und Finanzausschuß zur Mitberatung überwiesen. Bereits am 10. Juni 1998 hat unser Ausschuß beschlossen, am heutigen Tage eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Wir treten nunmehr in die Anhörung ein. Als erstem Redner erteile ich Herrn Stadali das Wort.

Reinhard Stadali (Geschäftsführendes Präsidialmitglied der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Als Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen bedanken wir uns im Namen der mehr als 450 Krankenhäuser unseres Landes für die Möglichkeit, an dieser Anhörung teilzunehmen. Wir begrüßen ausdrücklich, daß seit dem ersten abrupten, nicht zielführenden Entwurf vor einem Jahr eine Reihe von unhaltbaren Gesetzesaussagen getilgt oder verbessert wurde. Das gilt insbesondere für die gesetzeswidrige Ausblendung der Krankenhausplanung aus der öffentlich-parlamentarischen Kontrolle; sie wurde ersetzt durch eine verbale und formale Planungsverantwortung des Landes.

Dies, meine Damen und Herren, kann jedoch nicht die erheblichen Mängel auch des vorliegenden Gesetzentwurfs überdecken. Mängel sehen wir vornehmlich bei der Einhaltung verfassungsmäßiger Grundsätze und in bezug auf die Tendenz zu massiver Überregulierung. Ich möchte Ihnen die Beispiele dazu ersparen, sie lassen sich im Gesetzentwurf gut nachlesen. Auch den Wunsch des Landesrechnungshofs, noch tiefer in Bürokratismus und Kontrolle einzudringen, halten wir - das sage ich jetzt ungeschützt; es ist aber sicher vertretbar - für nicht zielführend.

Problematisch ist auch, daß die Eigenverantwortung der Krankenhäuser weiterhin behindert wird. Als Beispiel weise ich darauf hin, daß die in § 1 ausdrücklich erhobene Forderung nach Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser doch erheblich konterkariert wird. Zum Beispiel wird dem Krankenhaus - das steht im § 18 - bei der selbstverständlichen Erprobung und Anwendung neuer Behandlungs- und Organisationsformen mit Finanzierungsentzug oder gar der Herausnahme aus dem Krankenhausplan wegen sogenannter Planwidrigkeit gedroht.

Des weiteren werden da, wo es schneller Reaktionen bedarf, die unternehmerisch zwingend sind, durch den Zwang zu langwierigen Abstimmungen oder gar Genehmigungen - das betrifft den § 21 - Unmöglichkeiten produziert. Oder Kooperationen und Fusionen werden

gebremst, weil die neuen Größenordnungen selbst bei Bettenabbau bei der Förderung nicht so berücksichtigt werden, wie es für ganz normale Krankenhausinstitutionen der Fall sein müßte.

Warum erleichtert und fördert man nicht unvermeidbare Schließungen von Abteilungen oder gar Einrichtungen durch einfache Ausgleichsleistungen vielleicht etwa in der Höhe von zwei Jahrespauschalen? Statt dessen wird in § 30 der völlig undefinierbare Begriff einer unzumutbaren Härte vorausgesetzt.

Ich mache keinen Hehl daraus, daß der Kernpunkt des Makels in diesem Gesetzentwurf für uns die nach wie vor mangelnde Planungsunsicherheit in bezug auf den Komplex der Krankenhausplanung ist. Die gegenwärtige Rechtsunsicherheit in der Planung rührt ja daher, daß das geltende Gesetz seit Jahren nicht mehr konsequent angewendet wird; vielmehr wurde nur der Einzelfall fortgeschrieben. Das geschah zuletzt nach dem Verfahren der sogenannten forcierten Einzelfortschreibung.

Das nun vorgesehene neue Planungsrecht schafft noch mehr Verwirrung und verlagert eindeutig die Verantwortlichkeit, und zwar scheinbar, auf die Selbstverwaltung zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern, de facto aber auf die Machtebene der Krankenkassenverbände. Dies geschieht bei gleichzeitiger Aufgabe echter planerischer Entscheidung und politischer Verantwortung des Landes für eine insgesamt bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung wie auch für den Einzelfall. Es gibt eine Zweigleisigkeit des Planungsverfahrens für die sogenannten sonstigen Festlegungen und für die Schwerpunktfestlegungen. Maßgebliche Klammer soll der Rahmenplan sein. Dieser sagt aber nichts über Standorte und Strukturen der einzelnen Krankenhäuser aus. Die eigentliche Arbeitsbasis für die Krankenhäuser bilden die sonstigen Festlegungen, die sich aus einem von Kostenträgerverbänden und dem einzelnen Krankenhaus zu vereinbarenden Konzept ergeben. Dies bedarf der behördlichen Genehmigung, soll aber nicht gerichtlich anfechtbar sein. Das verstößt gegen die grundgesetzliche Rechtsweggarantie.

Offen bleibt auch, welche Krankenhäuser bei einem jeweils auszuhandelnden Konzept zu beteiligen sind. Soll es ein Konzept für jedes einzelne Krankenhaus geben oder eines für alle Krankenhäuser einer Region? Wie findet Verknüpfung etwa über die Kreisgrenzen hinaus statt? Wo finden die Standorte und Strukturen der Krankenhäuser ihre Berücksichtigung bei der Deckung des Versorgungsbedarfs?

Der Beginn der Erarbeitung von Konzepten ist fixiert. Wo aber ist der kalkulierbare Endzeitpunkt? Wann kommt es zu einer Satzentscheidung der Behörde? Und wie kann man - das betrifft § 16 Abs. 3 - auf die absurde Idee kommen, daß die gesetzliche Anhörung der Beteiligten zu dem Konzept als Teil des Krankenhausplans nicht von der für die Aufstellung des Plans zuständigen Institution - also der Landesregierung bzw. dem Fachministerium - durchgeführt wird, sondern von einem Krankenhausverband? Das muß man doch ablehnen.

Der Kern der heillosen Verwirrung liegt in dem nicht ausgeräumten Grundproblem. Es ist nämlich die Zielorientierung des Gesetzentwurfs, die Verantwortung für das Angebot an Krankenhausleistungen de facto in die Hand der Kostenträger zu geben. Wie schon bei den Budgetverhandlungen steht jetzt auch bei der Planung das einzelne Krankenhaus mutterseelenallein der Ballung aller Krankenkassenverbände gegenüber. Die Verhandlungen über die sogenannten Konzepte, die ja verbindliche Teile des Krankenhausplans werden sollen, können

nur nach dem Recht des Stärkeren ausgehen. Profitieren kann vielleicht gelegentlich noch das Einzelkrankenhaus, mit dem zu seiner Zufriedenheit zweiseitig verhandelt worden ist. Das Ergebnis besagt dann aber nichts über die verbleibenden Möglichkeiten der Nachbarkrankenhäuser bzw. über die Situation der Gesamtversorgung. In diesem Zusammenhang ist auf die bundesgesetzliche Maßgabe des § 1 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz zu verweisen, wonach der Vielfalt der Krankenhäuser und den besonderen Belangen der freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser Rechnung zu tragen ist.

Den Kostenträgerverbänden nehmen wir nicht übel, daß sie dem Planungsverfahren des Gesetzentwurfes zustimmen. Dies liegt in der Natur der Sache, das heißt der gesetzlichen Vorgaben. Denn um jeden Preis müssen die Krankenkassen -- und zwar mit Haftungsdruck auf ihre Vorstände - die Beitragsstabilität erhalten; dazu sind sie verdonnert worden. Man kann nicht gut verlangen, daß sie dabei vorrangig das öffentliche Interesse der ausgewogenen Krankenhausversorgung wahrnehmen. Dies ist Aufgabe des Landes, das mit diesem Gesetzentwurf der entsprechenden Anforderung nicht gerecht wird. Planverhandlungen mit den Krankenkassen über das künftige Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern müssen künftig mit einem ungeheuren Gedränge an den bekannten gerichtlichen Notausgängen in die Sackgasse führen.

Die KGNW hatte ja im Interesse einer bedingten Ortsnähe seinerzeit als Alternativkonzept eine Erarbeitung gemeinsamer Vorschläge auf Regierungsbezirksebene mit dortiger Entscheidung - unter Beteiligung einer ständigen Krankenhauskonferenz - vorgeschlagen. Um Mißverständnisse zu vermeiden: Diese Krankenhauskonferenz ist nicht zu verwechseln mit den Krankenhauskonferenzen seligen oder auch unseligen Angedenkens.

Würde allerdings die Bezirksregierung als zuständige Behörde im Sinne des Gesetzentwurfs lediglich die dokumentierende Genehmigungsfunktion wahrnehmen sollen, so fehlt dabei der inhaltlich und politisch verantwortliche Ansatz, der letztlich unmittelbar bei der Landesregierung liegen muß.

Das Planungssystem ist das Dach der Krankenhausversorgung, aber zur Sicherheit in diesem Bereich tritt natürlich auch die Forderung nach Finanzierungssicherheit hinzu. Sie ist existentiell für ein Krankenhaus. Bei gesetzlich festgelegten erhöhten Leistungsanforderungen muß deshalb zugleich eine klare Finanzierungsregelung normiert werden. Dies ist häufig nicht der Fall. Als Beispiel seien die Mehranforderungen gegenüber dem Sozialen Dienst im Krankenhaus oder die Fixierung der Ausbildungsverpflichtung genannt.

Im übrigen darf die betriebswirtschaftlich zwingende Verlässlichkeit von Förder- und Investitionsmitteln, auf die ein Rechtsanspruch besteht, nicht durch willkürliche Haushaltsvorbehalte ausgehöhlt werden. Als ebenfalls willkürlich und fachlich unakzeptabel weisen wir die Reduzierung der pauschalen Fördermittel für die Psychiatrie auf 80 Prozent und für teilstationäre Einrichtungen auf 50 Prozent zurück.

Wir wiederholen unsere Aussage, daß wir die Absicht zur längst überfälligen Neuordnung der Pauschalförderung sehr begrüßen. Soll dieses neue System wirksam greifen, müssen allerdings die Leistungspauschale mindestens 90 Prozent und der Zuschlag 10 Prozent betragen. Damit würde der Forderung nach Flexibilität und einem Anreiz zur Realisierung der Kapazitätsanpassung Rechnung getragen. Selbstverständlich ist eine gerechte Übergangslösung vom

alten auf das neue System zu schaffen. Fortschrittliche dürfen nicht anschließend bestraft werden.

Trotz der Bejahung dieser gesetzlichen Absicht müssen wir zur Zeit den Gesetzentwurf des neuen Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen wegen der verworrenen Regelungen zur Krankenhausplanung ablehnen. Gegenwärtig wäre es durchaus vertretbar und ausreichend, auch mit dem neuen Gesetz die bisherigen Rechtsgrundlagen für die Krankenhausplanung zu bestätigen.

Das bisherige Gesetz hatte in diesem Bereich keinen unüberwindbaren grundsätzlichen Mangel, sondern es litt darunter, daß es von der zuständigen Landesregierung seit Jahren nicht mehr angewandt und umgesetzt wurde, zum Beispiel in Verbindung mit einer echten Fortschreibung des Krankenhausplanes, wie das in anderen Bundesländern auf bestehender gesetzlicher Grundlage durchaus möglich war.

Wenn schon ein neues Gesetz, dann muß es besser sein als das geltende. Dies zeichnet sich nach unserer Auffassung bisher nicht ab. Die Einseitigkeit der Krankenhausplanung zugunsten der geldüberweisenden Institutionen oder einer Reduktion der Verantwortung des Landes einschließlich einer von uns nicht akzeptierten Minderheitenrolle der Krankenhäuser im Landesausschuß für Krankenhausplanung wird dem wichtigen sozialpolitischen, arbeitsmarktpolitischen und wirtschaftspolitischen Faktor Krankenhaus unseres Landes nicht gerecht.

Helmut Vreden (Landesarbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser in NRW e.V., Krankenhausreferent Caritasverband): Ich spreche für die 225 Krankenhäuser in katholischer Trägerschaft und für die fünf Diözesan-Caritasverbände als deren Spitzenverbände. Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zu unserer Eingabe ergänzend Stellung nehmen zu dürfen.

Zunächst möchte ich auf das neue Planungsrecht eingehen und mit aller Deutlichkeit erklären, daß wir es wegen seiner schweren Mängel in dieser Form ablehnen. Daß sich Krankenhausplanung in einem offenen und politisch verantworteten Prozeß vollziehen muß, wird nicht gewährleistet. Das Verfahren ist unübersichtlich und kompliziert sowie teilweise verfassungsrechtlich bedenklich. Es führt nicht zu einer ausgewogenen Berücksichtigung der Interessen aller Beteiligten und erschwert vom Land zu treffende Auswahlentscheidungen.

Den Krankenkassen verschafft das über Budget und Planung eine doppelte Verhandlungsposition und macht sie zum marktbeherrschenden Nachfrager. Es bringt Gefahren für eine ortsnahe Versorgung. Das Land hingegen übernimmt eine mehr oder weniger passive Rolle als Genehmigungsbehörde. Unter diesen Umständen müssen wir feststellen: Das geltende Planungsrecht ist weitaus besser als das, was uns hier als Entwurf präsentiert wird.

Die für die Versorgung der Bevölkerung wichtige Entscheidung, ob es an einem bestimmten Standort ein Krankenhaus geben soll oder nicht, kann die zuständige Behörde nach dem Gesetzentwurf ohne Anhörung dieses Ausschusses und ohne Beteiligung des Landesausschusses für Krankenhausplanung treffen. Über einen Krankenhausstandort könnte damit sozusagen auf dem kleinen Dienstweg entschieden werden.

Ich nehme nicht an, daß Sie sich bei der Anhörung mit blutleeren Zahlenkolonnen begnügen und bei hochbrisanten politischen Entscheidungen nicht gehört werden wollen. Deshalb müssen die Krankenhausstandorte durch Nennung im § 14 zwingend zum Inhalt der Rahmenvorgaben gezählt und damit der parlamentarischen Kontrolle unterworfen werden.

Zwei unterschiedliche Fortschreibungsverfahren für Schwerpunktfestlegungen und sonstige Festlegungen machen die Fortschreibung des Krankenhausplans unnötig kompliziert und sind von der Sache her nicht geboten. Auch sogenannte Schwerpunktfestlegungen können aus einer gemeinsamen örtlichen Initiative hervorgehen. Zudem müßten nach dem Entwurf zwei Verfahren parallel betrieben werden, während für ein Krankenhaus gleichzeitig Schwerpunkte und sonstige Punkte festgelegt werden sollen.

Die dem konstitutiven Aufnahmebescheid nach § 18 vorgeschalteten Verwaltungsakte nach § 16 in Form der Genehmigung bzw. der Entscheidung von Amts wegen sind völlig überflüssig, weil der Bescheid nach § 18 ausreicht, und rechtlich bedenklich, weil der Rechtsweg ausgeschlossen wird.

Es ist nicht zu erkennen, warum der Staat künftig gemäß § 16 auch über örtliche Verabredungen entscheiden soll, die nicht zu den Gegenständen der Krankenhausplanung gehören. Das wäre eine Ausweitung der Staatstätigkeit und hätte noch mehr Bürokratie im Gefolge.

Die generelle und ausschließliche Einbeziehung der Kreise und kreisfreien Städte in die Konzepterarbeitung ist völlig entbehrlich bei unwesentlichen Änderungen und nicht ausreichend bei wesentlichen. Bei unwesentlichen Änderungen - zum Beispiel dem Abbau einiger Betten - wäre der Aufwand viel zu groß. Bei wesentlichen Änderungen, die in der Regel auch die Interessen anderer Krankenhäuser berühren, müssen diese auf Verlangen in einer regionalen Krankenhauskonferenz beraten werden, um eine ausgewogene Berücksichtigung aller Interessen der Beteiligten zu erreichen. Teilnehmer unter Vorsitz der Bezirksregierung sollen sein die Kassenverbände, die Kommunen und die Spitzenverbände, denen Krankenhäuser des betreffenden Gebiets angeschlossen sind.

Die Einbeziehung der Spitzenverbände ist aus drei Gründen notwendig: erstens weil gegenüber den Kassen als marktbeherrschenden Nachfragern ein institutionelles Gegengewicht gebildet werden muß, zweitens weil die Kommunen zum Teil selbst Krankenhausträgerinnen sind und damit entweder die Konzepte anderer Krankenhäuser in ihren Trägerinteressen betroffen sind oder mit Konzepten für ihre eigenen Krankenhäuser die Interessen anderer Krankenhäuser berühren; drittens ist die Einbeziehung der Spitzenverbände notwendig, weil sie zur Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger beitragen können und auf die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser hinwirken können. Hier verweise ich auf § 1 Abs. 2 KHG.

Die offensichtlich vorgesehene Planungsebene Kreis oder kreisfreie Stadt ist bei wesentlichen Änderungen häufig nicht ausreichend. Deshalb muß - wie bisher - auf das mehrere Kreise bzw. kreisfreie Städte umfassende Versorgungsgebiet zurückgegriffen werden.

Die Anhörung in die Hand der Verbände zu legen, verstößt gegen den Grundsatz, daß der Planungsverantwortliche auch für die Verfahrensabläufe verantwortlich ist. Das Land muß wie bisher die Anhörung selbst durchführen.

Die angeblich aus Gründen der Parität erforderliche Erhöhung der Zahl der Kassenvertreter im Landesausschuß von sechs auf acht wäre nur dann notwendig, wenn die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände und der Kirchen hundertprozentig der Krankenseite zuzurechnen wären, was aber eine Verkennung von deren Aufgaben darstellen würde.

Bezüglich der Änderungen der pauschalen Förderung begrüßen wir das Vorhaben der Landesregierung, die im geltenden Recht enthaltenen Anreize zu beseitigen, überzählige Betten vorzuhalten. Allerdings darf die vorgesehene Leistungspauschale nicht auf dem Niveau von 1996 festgehalten werden. Sie ist vielmehr wie die Förderbeträge nach Absatz 5 regelmäßig der Preisentwicklung anzupassen. Dem Vernehmen nach ist dies auch so beabsichtigt. Es liegt hier lediglich eine mißverständliche Formulierung vor.

Die Punktzahlen für die Abgrenzung der Anforderungsstufe nach § 25 Abs. 3 müssen überprüft werden. Wenn der Entwurf anerkennt, daß trotz Bettenabbaus der Wiederbeschaffungsbedarf nicht wesentlich zurückgeht, dann müssen die maßgeblichen Punktzahlen für die Abgrenzung der Anforderungsstufen abgesenkt werden, um das Förderungsniveau zu halten. Dies gilt insbesondere für die Obergrenze der ersten Anforderungsstufe.

Die Absenkung der Fördermittel für teilstationäre Einrichtungen auf 50 Prozent der ersten Anforderungsstufe ist aus zwei Gründen nicht akzeptabel. Erstens: Der Wiederbeschaffungsbedarf für teilstationäre Einrichtungen ist nur unwesentlich geringer als der für vergleichbare vollstationäre. Zweitens: Die Tageskliniken zum Beispiel für Aids, Onkologie, Hämodialyse und Psychiatrie dürfen nicht über einen Leisten geschlagen werden. Außerdem wirkt die überzogene und undifferenzierte Absenkung der notwendigen Ausweitung der teilstationären Angebote entgegen. Deshalb schlagen wir vor, für den Behandlungsplatz 80 Prozent der Fördermittel zu zahlen, die für das entsprechende Planbett gewährt werden.

Ein schwerer Systembruch liegt in der vorgesehenen Sonderregelung nach § 25 Abs. 10 für die Fusionen. Krankenhäuser, die künftig aus einer Fusion hervorgehen, sollen bei der pauschalen Förderung schlechtergestellt werden als andere Krankenhäuser, indem sie ihren höheren Wiederbeschaffungsbedarf nachweisen müssen. Das erschwert eindeutig Fusionen. Soll der in § 1 Abs. 1 Satz 2 verkündete Grundsatz, daß Zusammenschlüsse erleichtert werden sollen, nicht nur ein Lippenbekenntnis sein, muß Absatz 10 gestrichen werden. Zumindest muß die unübliche Beweislastregelung verschwinden.

Ich komme jetzt auf die in § 2 Abs. 4 vorgesehene Verpflichtung der Krankenhäuser, auf ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen hinzuwirken. Wir fordern, diese Vorschrift zu streichen, weil sie erstens eine unangemessene Herausstellung einer einzelnen medizinischen Leistung darstellt und zweitens durch die Inpflichtnahme der Krankenhäuser gegen § 12 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes verstößt. Unabhängig davon kann das Land aus verfassungsrechtlichen Gründen die Kirchen nicht verpflichten, für ihre Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen zu treffen, die den Zielen des § 2 Abs. 4 entsprechen. Offen gesagt vermuteten wir zunächst ein Versehen, als wir im § 38 lasen, was die Entwurfsverfasser unter Mißachtung des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts unseren Bischöfen zumuten wollen.

Zum Schluß möchten wir kritisch auf die zahlreichen entbehrlichen Vorschriften hinweisen, die vornehmlich den Abschnitt I aufblähen. Sie entspringen der Neigung des Staates, die

Gesellschaft mit wohltätigen Regelungen zu überziehen. Ich möchte nur zwei Beispiele nennen. Erstens: § 3 Abs 1 Satz 1 lautet:

Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sind ebenso wie die Behandlung patientenfreundlich zu gestalten.

Meine Damen und Herren, das ist für die christlichen Krankenhäuser schon seit mehr als 1500 Jahren eine Selbstverständlichkeit.

Zweitens: § 10 Abs. 2 zählt sage und schreibe 15 Beispiele für Zusammenarbeit auf. Sie lesen sich zugegebenermaßen wie eine gute Seminararbeit an einer Fachhochschule.

Im Interesse der Schaffung eines schlanken und klaren Gesetzes schlagen wir vor, diese und die vielen anderen in unserer Eingabe genannten Überregulierungen zu streichen. Insbesondere gilt das für die in § 21 vorgesehenen neuen Genehmigungsvorbehalte für die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses und für die Vermietung geförderter Räume. Sie stehen dem im Vorblatt des Gesetzentwurfs genannten Ziel entgegen - ich zitiere -, "den Krankenhäusern die Möglichkeit zu einer unternehmensorientierten Handlungsweise zu bieten". Eine Anzeige reicht bei diesen Tatbeständen aus. Die Bindung an den Krankenhausplan ist durch das Planungsrecht gesichert. Zu bedenken ist auch, daß die Genehmigungsvorbehalte zusätzlichen bürokratischen Aufwand auf mehreren Verwaltungsebenen erzeugen. - Wegen der weiteren Änderungsvorschläge darf ich auf unsere schriftliche Eingabe verweisen.

Gerd F. Wengeler (Evangelische Krankenhäuser in NRW und Diakonische Werke Rheinland, Westfalen und Lippe, Geschäftsführer des ev. Krankenhauses Bethesda, Duisburg): Zum einen möchte ich mich für die Einladung, an dieser Anhörung teilzunehmen, bedanken. Zum anderen sage ich meinen Vorrednern Dank, die schon ausführlich Stellung zu den einzelnen Sachfragen und divergierenden Meinungen genommen haben. Deshalb kann ich mich kürzer fassen. - Die Stellungnahme zum Regierungsentwurf gebe ich auch im Namen der Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Krankenhausverbände Nordrhein-Westfalen und der Diakonischen Werke Rheinland, Westfalen und Lippe als zuständige Spitzenverbände ab. Eine schriftliche Stellungnahme liegt vor.

Die Initiative der Landesregierung, das Krankenhausrecht in Nordrhein-Westfalen an die geänderten Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens anzupassen, wird grundsätzlich begrüßt. Mit dem nunmehr vorliegenden Regierungsentwurf des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen werden die Weichen für die Weiterentwicklung des Krankenhauswesens im Lande gestellt. Schwerpunkte bilden dabei die Neuregelung zum Planungsverfahren sowie die Ermittlung und Verteilung der pauschalen Fördermittel, deren Entkoppelung vom Planbett als allgemeiner Bewertungsmaßstab seit langem gefordert wird.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat in einer ausführlichen Stellungnahme nicht nur zu Grundsatzfragen der Krankenhausgesetzgebung in Nordrhein-Westfalen Position bezogen. Dabei wurden die Einhaltung verfassungsmäßiger Grundsätze, der Abbau von Überregulierung und die Stärkung der Eigenverantwortung der Krankenhäuser besonders bewertet. Darüber hinaus hat die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen die Schaffung

klarer und eindeutiger Handlungsbedingungen sowie von Planungs- und Finanzierungssicherheit eingefordert.

Der von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vorgelegten Stellungnahme schließen wir uns an und konzentrieren uns bei den folgenden Betrachtungen auf die Inhalte des Gesetzentwurfes, die aus der Sicht eines kirchlich-freigemeinnützigen Spitzenverbandes einer grundsätzlichen Bewertung bedürfen. Hier darf ich auch die Stellungnahme des Beauftragten der Evangelischen Kirche beim Landtag und der Landesregierung Nordrhein-Westfalen einbeziehen.

Zur Krankenhausplanung: Die evangelischen Krankenhäuser nehmen zustimmend zur Kenntnis, daß sich das Land Nordrhein-Westfalen nunmehr unmißverständlich zu der ihm durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgetragenen unteilbaren Verantwortung für die Krankenhausplanung bekennt. Allerdings haben wir Zweifel, ob das beschriebene Planungsverfahren praxisingerecht umsetzbar ist. Zwar ist unser Hauptkritikpunkt an den Referentenentwürfen, nämlich die zwischen dem Krankenhausträger und den Verbänden der Krankenkassen abzuschließenden Planverträge, weggefallen. An mehreren Stellen unklar bleibt jedoch das Nebeneinander von Rahmenvorgaben, Schwerpunktfestlegungen und sonstigen Festlegungen; das gilt sowohl inhaltlich als auch vom Ablauf des Verfahrens her.

Rahmenvorgaben, Schwerpunkte und sonstige Festlegungen: Das zukünftige Planungsverfahren sieht auf der Grundlage der Rahmenvorgaben zwei völlig unterschiedliche Fortschreibungsverfahren vor. Die Schwerpunktfestlegungen sollen nach § 15 KHG NW in den Rahmenvorgaben benannt werden und sind dem Land vorbehalten. Auf Antrag oder von Amts wegen kann die Fortschreibung des Krankenhausplanes durch Schwerpunktfestlegungen erfolgen. Andererseits sollen die sonstigen Festlegungen auf der Grundlage eines zwischen den Krankenhausträgern, den Verbänden der Krankenkassen und den betroffenen Kreisen oder kreisfreien Städten erarbeiteten oder abgestimmten Konzeptes fortgeschrieben werden.

Das vorgesehene Verfahren nach § 16 harmoniert nicht mit den übrigen Regelungen zur Fortschreibung der Krankenhausplanung. Wir verweisen hier auch auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zum Planungsverfahren.

Die Sinnhaftigkeit der Regelung des § 16 Abs. 1 Satz 2 wird von uns in Frage gestellt, wenn es dort heißt, die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen hätten ein Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans gemeinsam und gleichberechtigt mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten zu erarbeiten und vorzulegen. Abgesehen davon, daß die Entscheidung zum Mitwirken den Kreisen und kreisfreien Städten offenbar selbst überlassen wird, stellt sich die Frage, warum mit deren Beteiligung an der Konzepterarbeitung aus dem Kreis der mittelbar Beteiligten nach § 17 Abs. 2 des Regierungsentwurfs eine Gruppe mit herausgehobener Kompetenz ausgestattet werden soll. Mit gleichem Recht müßten dies auch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege beanspruchen, was aber ernsthaft niemand einfordert.

Interessenkollision kommunaler Gebietskörperschaften: Als Träger von Krankenhäusern kommt den Kreisen und kreisfreien Städten im vorgesehenen Planungsverfahren besondere Bedeutung zu. Schon unter Verweis auf § 1 Abs. 2 KHG - Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger, Gewährleistung der wirtschaftlichen Sicherung insbesondere freigemeinnützi-

ger und privater Krankenhäuser - und um Interessenkollisionen zu vermeiden, ist die Stärkung der Kompetenzen einer einzelnen Trägergruppe oder Trägerart abzulehnen.

Des weiteren ist fraglich, ob durch Hinzuziehung der Kreise und kreisfreien Städte die Objektivität bei der Bedarfsfeststellung erhöht wird. In der Praxis werden Bedarfsfragen zumeist über die Grenzen von Gebietskörperschaften hinaus von Bedeutung sein. In dieser Situation erschweren lokale Egoismen Planungsprozesse eher, als daß sie sie begünstigen. Wir sprechen uns daher gegen die vorgesehene Sonderrolle der Kreise und kreisfreien Städte und für deren gleichberechtigten Verbleib im Kreis der mittelbar Beteiligten gemäß § 17 Abs. 2 aus.

Wir sehen uns in dieser Einschätzung bestärkt durch die Diskussionen auf der Landesgesundheitskonferenz vom 13. August 1998 zum Thema der Zusammenarbeit der Landesausschüsse für Krankenhausplanung gemäß § 17 Abs. 1 Regierungsentwurf; denn dort wurden von seiten des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit die vorgesehenen drei Vertreter der kommunalen Spitzenverbände eindeutig der Bank der Krankenhausträger zugeordnet.

Wir begrüßen sehr, daß sich das Land Nordrhein-Westfalen unmißverständlich zu der ihm durch § 6 Abs. 1 aufgetragenen unteilbaren Verantwortung für die Krankenhausplanung bekennt und gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 nunmehr die zuständige Behörde insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze abschließend festlegt. Warum allerdings die Durchführung des Anhörungsverfahrens der unmittelbar Beteiligten nach § 16 Abs. 3 Sätze 2 und 3 des Regierungsentwurfs von der für die Krankenhausplanung verantwortlichen Landesbehörde auf einen von den betroffenen Häusern benannten Verband bzw. die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen verlagert werden soll, bleibt unklar. Sowohl die Verantwortung für die Krankenhausplanung selbst als auch die damit verbundenen rechtlichen Verfahrensabläufe liegen direkt in der Zuständigkeit des Landes und können daher nicht auf andere Institutionen übertragen werden. Die zuständige Landesbehörde ist es schließlich auch, die das der Anhörung zugrunde liegende Konzept rechtlich wie inhaltlich zu prüfen und die Dokumentation des Verhandlungsablaufes zu bewerten hat.

Auch im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit fordern wir, daß weiterhin das Land für die Durchführung des Anhörungsverfahrens verantwortlich zeichnet. Auch hierzu hat sich die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in ihrer Stellungnahme geäußert.

Die neugefaßten Passagen zur Krankenhausplanung lassen im Ergebnis befürchten, daß das vorgesehene uneinheitliche und unklare Procedere im Ablauf sehr aufwendig sein wird und damit die Planungsverfahren eher erschweren und zeitlich verzögern wird.

Pauschale Förderung: Mit der Neufassung der Vorschriften zur Pauschalförderung sollen Anreize zur Vorhaltung nicht mehr bedarfsnotwendiger Planbetten und Bettenkapazitäten beseitigt werden. Wir unterstützen die von der Landesregierung vorgeschlagene Verknüpfung einer Leistungspauschale mit einem planbetten- und behandlungsplatzabhängigen Zuschlag. Diese Regelung muß jedoch durchgängig zum tragenden Grundsatz bei der Bemessung der Fördermittel werden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um ein bestehendes, neu in den Plan aufgenommenes oder durch Fusion entstandenes Krankenhaus handelt.

Um dem gewünschten und sinnvollen Vorhalteeffekt in verstärktem Maße gerecht zu werden und unbeabsichtigte Nachteile für die Krankenhäuser zu vermeiden, sprechen wir uns für eine

Relation von 90 zu 10 zwischen Leistungspauschale und Zuschlag aus. Auch empfehlen wir im Sinne von Verständlichkeit und Klarheit - dabei geht es um den § 25 Abs. 8 Sätze 1 und 2 - eine Formulierung, welche die in der Begründung zum Regierungsentwurf enthaltene Aussage deutlich macht. Wir haben hierzu einen Formulierungsvorschlag erarbeitet, der Ihnen vorliegt.

Der Stichtag 20.11.1995 ist anzusetzen - das ist unsere Vorstellung -, da an diesem Tag im Landesausschuß für Krankenhausplanung die entscheidende Weichenstellung für forcierte Einzelfortschreibung erfolgte. Blicke es bei dem 31.12.1996, würde gerade denjenigen Krankenhäusern ein Nachteil entstehen, die schon frühzeitig nach Ingangsetzen der forcierten Einzelfortschreibung freiwillig Planbetten abgebaut haben.

Kleine Investitionen: Im Vergleich mit anderen Bundesländern liegt die Wertgrenze des kleinen Baubedarfs in Nordrhein-Westfalen niedrig. Damit den Krankenhäusern mehr Flexibilität in der Planung und Durchführung von kleinen Baumaßnahmen eingeräumt wird, schlagen wir vor, die in § 25 Abs. 1 Sätze 1 und 2 des Regierungsentwurfs genannte Wertgrenze für diese kleinen Investitionen weiter zu erhöhen.

Wir haben in unserer Stellungnahme zu den Planbetten-Punktwerten für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten eine Aussage gemacht, auf die ich hier nicht weiter eingehen will.

Wichtiger ist uns die Hinwirkung des Krankenhauses auf ein Angebot zum Schwangerschaftsabbruch nach § 13 Abs. 2. Ich darf hierzu erklären: Der Regierungsentwurf zum Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen will die Krankenhäuser durch § 2 Abs. 4 verpflichten, zukünftig auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz hinzuwirken. Zwar wird die Anwendung dieser Regelung durch § 38 für konfessionelle Krankenhäuser aufgehoben; es besteht aber nach § 38 Abs. 1 Satz 3 die Verpflichtung der Religionsgemeinschaften, in eigener Zuständigkeit Regelungen zu treffen, die den Zielen dieser Vorschrift entsprechen. Das im Artikel 140 GG in Verbindung mit Artikel 137 der Weimarer Reichsverfassung normierte Selbstbestimmungsrecht der Kirchen wird hier insofern verletzt, als von kirchlichen Einrichtungen nicht verlangt werden kann, auf ein Angebot gemäß § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz hinzuwirken.

Das Problem des Schwangerschaftsabbruchs berührt die Kirche in ihrem Wesensgehalt. Eine gesetzliche Verpflichtung in diesem Bereich wird daher entschieden abgelehnt. Im übrigen ist es systemwidrig, in einem Gesetz ein einzelnes Behandlungsangebot besonders zu erwähnen. Die Vorhaltung einzelner Angebote bleibt dem Feststellungsbescheid vorbehalten.

Wir schlagen vor, § 2 Abs. 4 zu streichen. Ist das nicht möglich, soll hilfsweise § 38 Abs. 1 eine weitere Formulierung enthalten, und zwar: Satz 3 gilt nicht für § 2 Abs. 4, also die Regelung der Ausnahme für die konfessionellen Krankenhäuser.

Abschließend komme ich zur Überregulierung. In den Vorbemerkungen der Landesregierung zum Gesetzentwurf ist davon die Rede, vorhandene Spielräume weiter als bisher auszuschöpfen und den Krankenhäusern die Möglichkeit zu einer unternehmerischen Handlungsweise zu bieten. Nicht allein die Regelung zum Schwangerschaftskonfliktberatungsgesetz - zum § 2 also - ist ein Beispiel dafür, daß die Regelungsdichte im Vergleich zum bestehenden KHG NW eher noch zunimmt und die in den Vorbemerkungen formulierten Zielen konterkariert werden.

Ich nenne weitere Beispiel: In § 3 sind Selbstverständlichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung von Patienten enthalten. Außerdem geht es um die im § 6 definierten erweiterten Aufgaben des Sozialdienstes. Des weiteren nenne ich verzichtbare Aufzählungen in § 10 Abs. 2 in bezug auf die Zusammenarbeit der Krankenhäuser; Androhung von Repressalien bei Abweichung von den Feststellungen des Krankenhausplanes oder bei planwidrigen Versorgungsangeboten nach § 16, notwendige Erlaubnis der zuständigen Behörde nach § 21 Abs. 5 bei der Ausgliederung von Teilen von Krankenhäusern. Das gleiche gilt für die Forderung des Landesrechnungshofes, daß, weil die Prüfung der Wirtschaftsprüfer nach § 32 KHG NW nicht mehr ausreicht, eine weitere staatliche Kontrolle einzuführen sei.

Mit der Umsetzung des vorgelegten Regierungsentwurfs zum Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen soll eine tragfähige Grundlage für die weitere Krankenhausarbeit Nordrhein-Westfalens geschaffen werden. Damit diese sichergestellt werden kann, bedarf es nach unserer Überzeugung einer Überarbeitung insbesondere unter Berücksichtigung der in dieser Stellungnahme aufgenommenen Themen.

Sigurd Rüsken (Städtische Kliniken Neuss, Lukaskrankenhaus, Geschäftsführer, kommunale Krankenhäuser): Ich trete hier an das Podium mit dem Ehrgeiz, Ihnen etwas Neues zu erzählen. Das ist natürlich nicht leicht angesichts der sehr umfangreichen und meiner Ansicht nach zutreffenden Stellungnahmen insbesondere der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände. - Ich will mich auf zwei Bemerkungen beschränken.

In der Vorlage 12/2204 liegt Ihnen eine Stellungnahme des Landesrechnungshofes vor. Ich rate dringend davon ab, dem Landesrechnungshof zu folgen, ihm also ein Prüfungsrecht einzuräumen. Ich war, bevor ich in Neuss Geschäftsführer wurde, vier Jahre in Berlin Geschäftsführer. Der Landesrechnungshof weist im letzten Absatz seines Schreibens darauf hin, daß es zwölf Bundesländer gibt, die derartige Prüfungsrechte haben. Ich habe das praktisch erlebt und kann deshalb davon nur ganz dringend abraten. Das sieht in der Praxis dann so aus, daß die Verwendung der pauschalen Fördermittel geprüft wird. Die anderen Verwendungen werden vom Staat - also von der Bezirksregierung - ausreichend geprüft. Wenn dann der Landesrechnungshof wirklich etwas findet, schieben die Krankenhäuser eine Investition, die sie aus eigenen Mitteln finanziert haben, nach. Ich denke, daß Sie alle das wissen. Es gibt kein Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen - mir ist jedenfalls keines bekannt -, das bei den Investitionen mit dem Geld auskommt, welches das Land zur Verfügung stellt. Die Krankenhäuser müssen aus eigenen Mitteln Investitionen tätigen. Von daher bin ich der Auffassung, daß ein solches Prüfungsrecht in der Praxis keine wirtschaftliche Bedeutung haben würde. Es würde nur Geld kosten. Ich rate daher dringend davon ab.

In bezug auf den zweiten Punkt habe ich eine gute und eine schlechte Nachricht. Die schlechte Nachricht ist, daß ich einen neuen Paragraphen vorschlage. Natürlich würde ich viel lieber Kürzungen vorschlagen; aber das haben die Krankenhausgesellschaft und die Verbände schon umfangreich getan, und ich muß mich dem anschließen.

Der neue Paragraph betrifft die Schließung von Krankenhäusern bzw. den Abbau von Betten. Meiner Auffassung nach ist dies das Szenario, das uns in Nordrhein-Westfalen bevorsteht. In

den nächsten Jahren werden Krankenhäuser geschlossen; es sind schon Krankenhäuser geschlossen worden. Ich bin der Ansicht, daß diese Tendenz weiter bestehen wird. In Neuss habe ich es erlebt. Vor ein paar Jahren haben wir die Paracelsus-Klinik mit 72 Betten geschlossen. Als Vertreter der Neusser Arbeitsgemeinschaft der Krankenhäuser bin ich von beiden Seiten - das ist einmal die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und zum anderen der Krankenhausträger, in diesem Fall der Paracelsus-Konzern - gebeten worden, die Gespräche zu moderieren. Ich habe feststellen müssen, daß es nur mit sehr viel gutem Willen insbesondere bei den Krankenkassen und im Gesundheitsministerium überhaupt geglückt ist, das Krankenhaus sozialverträglich zu schließen. Die Verantwortlichen sind da schon an die Grenzen dessen gegangen, was ihnen von der Rechtsordnung her eingeräumt wird.

Bei der Schließung geht es am Ende um zwei Fragen. Erstens: Wie kann der Verlust der Arbeitsplätze sozial abgefedert werden? Zweitens: Wer bezahlt das auf welcher Rechtsgrundlage? Insofern habe ich eine gute Nachricht: Wir müssen nichts Neues erfinden. Im bayerischen Krankenhausgesetz gibt es so eine Bestimmung. Herr Vorsitzender, ich wäre dankbar, wenn ich Artikel 17 Abs. 1 zitieren dürfte:

Krankenhäuser, die aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise ausscheiden, erhalten auf Antrag Ausgleichszahlungen, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern. Dies gilt auch in anderen Fällen, in denen die Zahl der Betten, mit denen das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist, verringert wird.

Dann folgen in den Absätzen 2 bis 6, wie das in Deutschland üblich ist, sehr detaillierte Regelungen. Ich weiß nicht, ob diese notwendig sind, aber ich weiß, daß ein solcher Artikel wie der in Bayern sehr hilfreich wäre für die Strukturveränderungen, die uns im Land Nordrhein-Westfalen bevorstehen.

Bei aller Kritik halte ich den vorliegenden Gesetzentwurf für eine Verbesserung gegenüber dem geltenden Recht; das gilt insbesondere für die Neuordnung der pauschalen Fördermittel.

Dr. Rudolf Hartwig (Arbeitsgemeinschaft Paritätischer Krankenhäuser, Landesverband, Alfried-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Krankenhaus GmbH, Essen): Die Arbeitsgemeinschaft Paritätischer Krankenhäuser stellt eine freigemeinnützige Trägerschaft dar. Ich spreche für einen kleinen Kreis von Krankenhäusern; das gibt mir eine gewisse Unabhängigkeit.

Das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen soll die vorhandenen Spielräume weiter als bisher ausschöpfen und den Krankenhäusern damit die Möglichkeit zu einer unternehmensorientierten Handlungsweise bieten. Das steht im Vorblatt des Gesetzentwurfs. Daran messen wir ihn.

Bei gut geführten Krankenhäusern ist es inzwischen Allgemeingut, daß sie wie Unternehmen - wenn auch mit sozialer Bindung - handeln müssen. Um dies tun zu können, sind die erwähnten Spielräume notwendig. Wir nehmen diesen Appell ernst und bündeln unsere Anmerkung aus Sicht der Praxis unter vier Überschriften: 1. Überregulierung durch überflüssige Regelungen, 2. Überregulierung durch unnötige Einschränkungen, 3. einige Anmerkungen

zur Krankenhausplanung und 4. einige Anmerkungen zur Krankenhausförderung. Dabei möchte ich nicht mit juristischen Begründungen argumentieren, sondern beziehe meine Erfahrungen aus der Praxis und der tatsächlichen Situation vor Ort.

Erstens zur Überregulierung durch überflüssige Regelungen: Der Gesetzentwurf leidet darunter, daß in ihm einige Regelungen insbesondere im Abschnitt I enthalten sind, die schlicht überflüssig sind, weil sie Selbstverständlichkeiten beschreiben. Das ist aber schon erwähnt worden. Es geht dabei unter anderem um den § 3, in dem steht, daß patientenfreundlich gearbeitet werden muß. Weiter geht es in dem Zusammenhang um Patientenbeschwerdestellen, um die Aufgaben des Sozialdienstes und um die Zusammenarbeit - auch darum, daß man das schriftlich tun muß. All diese Regelungen könnten ohne negative Konsequenzen ersatzlos gestrichen werden; denn wenn die Krankenhäuser diese Dinge nicht vernünftig berücksichtigen, gefährden sie ihre Existenz.

Zweitens zur Überregulierung durch unnötige Einschränkungen: Hier sind insbesondere im Abschnitt IV Regelungen enthalten, die zu unnötigen Einengungen einer zeitgemäßen Krankenhausbetriebsführung führen und die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen einengen. In dem Zusammenhang nenne ich beispielsweise § 33, wo es um die wirtschaftliche Betriebsführung geht. Darin ist die Regelung enthalten, daß mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenhauses nur dann ein Krankenhaus im Sinne des Gesetzes bilden, wenn Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden. Dadurch werden Fusionen zwischen Krankenhäusern behindert. Ein überzeugender Grund für so eine Einschränkung ist nicht ohne weiteres zu sehen; ich weiß zumindest keinen.

Weiterhin nenne ich § 35, wo es um Leitung und Organisation geht. Die Zusammensetzung der Betriebsleitung eines Krankenhauses ist Sache des Krankenhausträgers und sollte nicht vom Gesetzgeber geregelt werden. Die Festlegung mag früher einmal sinnvoll gewesen sein, als es darum ging, den Pflegedienst aufzuwerten. Das ist heute nicht mehr zeitgemäß und kann im übrigen auch problemlos unterlaufen werden. Ich plädiere nicht dafür, daß die Pflegedienstleitung nicht in der Betriebsleitung ist - bei uns ist die Pflegedienstleitung in der Betriebsleitung, und ich bin froh darüber -, aber ich bin dafür, daß nicht vorgeschrieben wird, wie man das zu organisieren hat.

Ich komme zu § 36 - Ärztlicher Dienst -: Die Festlegung im Absatz 2 dieses Paragraphen hinsichtlich der Belegärzte sollte ersatzlos gestrichen werden. Es kann dem Krankenhausträger überlassen werden, ob er eine Krankenhausabteilung mit hauptamtlichen Ärzten oder mit Belegärzten führt. Der Verweis auf § 18 Abs. 1 führt auch insoweit ins Leere, weil in den Feststellungen im Krankenhausplan gemäß § 18 die Begrifflichkeit "hauptamtlich" oder "belegärztlich" gar nicht mehr auftaucht. Das sollte auch so bleiben, denn im Interesse einer besseren Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich wäre es geradezu wünschenswert, daß Vertragsärzte ohne bürokratische Reglementierung die Möglichkeit haben, in freier Vereinbarung zwischen Krankenhausträger und niedergelassenem Arzt in einer hauptamtlich geführten Krankenhausabteilung auch zusätzlich belegärztlich tätig zu werden. Zum Beispiel kann ein niedergelassener Gefäßchirurg in einer Krankenhausabteilung Chirurgie arbeiten. Wenn das beide wollen, warum sollen sie es nicht dürfen?

Drittens Anmerkungen zur Krankenhausplanung: Die Debatte zur Krankenhausplanung wird von den Krankenhäusern so erbittert geführt, weil es letztlich um den Abbau von Kapazitäten

geht. Ich will mich hier nicht auf die rechtliche Schiene begeben, sondern eher schildern, wie die Praxis vor Ort läuft bzw. zukünftig laufen könnte. In § 16 - Sonstige Festlegungen - ist geregelt, daß auf der Grundlage der Rahmenvorgaben die zuständige Behörde die Leistungsstruktur usw. abschließend festlegt. Grundlage dieser Festlegung ist ein von den Beteiligten erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans.

In der Regel geht es bei solchen Fragen nicht darum, große Würfe in einer Region oder Stadt zu machen - dafür ist die Regelung im Grundsatz geeignet, auch wenn es eine ganze Menge Rechtsprobleme gibt, die schon geschildert worden sind -, sondern es geht in der Praxis eher darum, daß zwischen einzelnen Krankenhäusern Absprachen zur Weiterentwicklung getroffen werden. Dafür könnte ich Ihnen einige Beispiele aus Essen und Umgebung nennen. Für diesen Fall der Fortschreibung ist das Konzept des § 16 viel zu schwerfällig. Es müßte möglich sein, daß zwischen einzelnen Krankenhäusern Absprachen über Weiterentwicklungen getroffen werden. Wenn ich den § 16 ernst nehme und die ganze Einbindung nicht stattgefunden hat, dann geht das nicht. Solche Absprachen können nur funktionieren, wenn der Kreis der Beteiligten möglichst klein gehalten wird, damit man Dinge vertraulich weiterentwickeln kann. Daß die Krankenkassen dazugehören, ist selbstverständlich. Andernfalls kann solch ein Konzept budgetmäßig gar nicht umgesetzt werden.

Das gleiche gilt, wenn ein einzelnes Krankenhaus eine Fortschreibung seines Feststellungsbescheides in die Wege leiten möchte. Dieser Fall ist nach meiner Kenntnis des Gesetzesentwurfs im § 16 gar nicht geregelt. Diese Regelungen müßten auch enthalten, daß das betroffene Krankenhaus sich selbst vertreten kann, daß es also keine Vertretung nur über die Verbände gibt.

Bei den Beteiligten für die Konzeptentwicklung gemäß § 16 Abs. 3 und auch insgesamt müßte meines Erachtens der Verband der Krankenhausdirektoren dazugehören. Dieser vertritt das Management fast aller Krankenhäuser und hat sicherlich eine mindestens so große Fachkompetenz und auch Betroffenheit wie manch andere Beteiligte gemäß § 17 Abs. 2. Es ist schon erstaunlich, daß das Krankenhausmanagement, welches die Verantwortung für die Effizienz und das Wohlergehen der Krankenhäuser hat, bislang nicht zu den Beteiligten gezählt wird.

Ich komme zu § 16 Abs. 6: Bei der routinemäßigen Fortschreibung des Krankenhausplans - sie soll alle zwei Jahre stattfinden - sollten nicht nur die Beteiligten gemäß § 17 angehört werden, sondern auch das betroffene Krankenhaus. Das ist nirgendwo geregelt.

Zu § 18 - Feststellungen im Krankenhausplan - möchte ich wiederholen, daß man vielleicht positiv festhalten sollte, daß nicht zwischen hauptamtlicher und Belegabteilung unterschieden wird, sondern daß man das den Krankenhausträgern freistellt.

§ 18 Abs. 3: Die Sanktionen bei Abweichungen vom Plan sind meines Erachtens zu hart formuliert. Auch die Formulierung "planwidrige Versorgungsangebote an sich binden" ist sehr schwammig. Es reicht, wenn ein Bezug zu Abweichungen von Feststellungen im Krankenhausplan festgelegt wird. Andernfalls könnten beispielsweise Tätigkeiten eines niedergelassenen Radiologen unmittelbar neben dem Krankenhaus als planwidriges Versorgungsangebot qualifiziert werden. In bezug darauf, was man darf oder nicht darf, kann die Phantasie recht weit gehen. Das gleiche gilt für § 19 Abs. 4.

Abschließend möchte ich noch einige Anmerkungen zur Krankenhausförderung machen. Ich beschränke mich darauf, zu den Spielregeln etwas zu sagen, da das Problem der unzureichenden Finanzierung auch nicht durch eine Änderung anderer Paragraphen gelöst werden kann.

Zu § 19 möchte ich generell sagen: Angesichts der Finanzknappheit des Landes sollte auch der Schuldendienst für Darlehen zur Finanzierung von förderfähigen Investitionen mit Fördermitteln getätigt werden können.

In bezug auf § 19 Abs. 2 sollte eine Ergänzung erfolgen: "sofern das Krankenhaus diese Unterlassung zu vertreten hat".

Zu § 21 Abs. 5: Bei der Ausgliederung von Teilen des Krankenhauses sollte die Anzeige bei der zuständigen Behörde ausreichend sein. Daß grundsätzlich anteilige Fördermittel zurückzuzahlen sind, ist sachgerecht. Abweichende Vereinbarungen gemäß § 25 Abs. 12 sollten aber ermöglichen, daß aus Praktikabilitätsgründen auch ein Verzicht auf die Rückzahlung vereinbart werden könnte, wenn zum Beispiel nur einzelne Räume aus dem Krankenhausgebäude ausgegliedert werden.

Das gleiche gilt für § 21 Abs. 6, die Vermietung geförderter Räume. Auch hier sollte eine Anzeigepflicht ausreichend sein.

Zu § 25 Abs. 1: Die Wertgrenze für sonstige nach § 21 förderfähige Investitionen ist deutlich zu niedrig. Wenn hier die Grenzen erhöht und eine Anzeigepflicht bei § 21 Abs. 6 eingeführt werden würde, würde das die unternehmerischen Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser stärken.

In bezug auf § 25 Abs. 6 möchte ich auf eine Zahl eingehen: Die Festlegung der Fördermittel für teilstationäre Einrichtungen auf 50 Prozent ist deutlich zu niedrig. Das behindert letztlich die wünschenswerte Umwandlung von stationären in teilstationäre Angebote.

Abschließend möchte ich noch bemerken, daß sich die Krankenhäuser in ihrer großen Mehrzahl dem sozial eingebundenen Wettbewerb stellen wollen. Dazu brauchen sie aber die Handlungsspielräume, die auch im Gesetzentwurf reklamiert werden.

Ich habe meine Anmerkungen aus Sicht der Praxis gemacht; dieses gesetzestechnisch umzusetzen, gibt es Berufenere als mich.

Vorsitzender Bodo Champignon: Wir kommen zur **Fragerunde**. Als erstem erteile ich Herrn Henke das Wort.

Rudolf Henke (CDU): Ich möchte zunächst Herrn Stadali etwas fragen. In bezug auf das Thema "80 Prozent Psychiatrie" wird ins Feld geführt, die Investitionskosten in der Psychiatrie seien ja auch wesentlich geringer, weniger Geräteausstattung. Deshalb könne man eine Absenkung von 100 auf 80 Prozent vertreten. Wie schätzen Sie das ein?

Dann habe ich eine Frage an alle Sachverständigen, die vom Thema "Planungsunsicherheit" berührt werden. Es wurde gesagt, die Planungsunsicherheit stelle heute eine Belastung für die

Krankenhäuser dar. Können Sie vielleicht noch etwas näher ausführen, welche zusätzlichen Belastungen Sie im Rahmen des geänderten Verfahrens erwarten?

Herr Stadali hat die Vorstellung angesprochen, auf Regierungsbezirksebene ein anderes Verfahren bzw. eine ständige Krankenhauskonferenz einzuführen. Wie soll das Verfahren Ihrer Ansicht nach praktisch ablaufen? Wer soll dieser ständigen Krankenhauskonferenz angehören?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Wengeler. In bezug auf das Thema "Stichtag in bezug auf die pauschale Investitionsförderung" wurde schon einmal argumentiert, es gebe gar keine Krankenhäuser, die zwischen dem 20.11.95 und dem 31.12.96 betroffen seien. Ich vermute aber, daß es welche gibt. Sehen Sie das auch so?

Herr Rüsken hat zu Beginn seiner Ausführungen gesagt, daß er die Stellungnahmen der kommunalen Spitzenverbände und der KGNW teile. In diesen Stellungnahmen hat man sich ja speziell mit den Planungsaspekten relativ kritisch auseinandergesetzt. Dann stellte er fest, daß der jetzige Gesetzesentwurf eine Verbesserung darstelle. Ich weiß nun nicht, ob er dies auf die Neuordnung der pauschalen Fördermittelverteilung oder auch auf das Planungsverfahren bezogen hat.

Reinhard Stadali: Herr Henke hat nach der Begrenzung der Fördermittel für die Psychiatrie auf 80 Prozent gefragt. Es gibt hier sicher kompetente Vertreter dieses Bereichs, die meine Ausführungen noch ergänzen können. Grundsätzlich möchte ich folgendes dazu sagen: Es ist nicht einzusehen, daß man diesen Fördersatz mit der einfachen Begründung ansetzt, diese Einrichtungen seien nicht so geräteintensiv und deshalb besonders preiswert. Auch in allgemeinen Krankenhäusern gibt es Sektoren, die nicht extrem geräteintensiv sind. Zweitens muß man bedenken, daß es gerade im Bereich der Psychiatrie, die sich ja nach wie vor in einem Umstrukturierungsprozeß befindet, noch einen erheblichen Nachholbedarf gibt. Das gilt insbesondere – qualitativ und quantitativ gesehen – für den Gebäudebereich.

Die Konzeption einer sinnvollen und psychiatrisch zeitgemäßen Behandlung besteht – ich bin zwar kein Fachmann, aber das weiß man – in Gemeindenähe und Personenbezogenheit. Dazu benötigt man, was die räumliche Konzeption angeht, andere Ansätze. Auch die Personalintensität ist zu berücksichtigen, die ebenfalls gebäudemäßige Konsequenzen nach sich zieht. Mit anderen Worten: Es kann nicht begründet werden, daß ausgerechnet die Psychiatrie mit 80 Prozent auskommen soll.

Es wurde dann nach der Planungsunsicherheit gefragt. Da andere zu diesem Thema auch noch sprechen werden, werde ich über das hinaus, was ich bereits angedeutet habe, nichts sagen.

Drittens ging es um eine von uns angedachte Alternative im Hinblick darauf, eine Krankenhausplanung in anderer Form auf der Ebene der Bezirksregierungen durchzuführen. Das hatten wir im vorigen Jahr einmal als Alternative eingebracht. Wir meinen damit nicht die ausschließliche Kompetenz der Bezirksregierung als Behörde. Vielmehr sind wir der Ansicht, daß man auf Bezirksebene praxis- und ortsnäher arbeiten kann als auf der Landesebene, wenn dort auch verantwortliche Entscheidungen getroffen werden können. Das sollte allerdings durch eine von uns so genannte "Ständige Krankenhauskonferenz" ergänzt werden. Dadurch

soll sichergestellt werden - ich brauche nicht zu vertiefen, welche Probleme im Rahmen einer Konkurrenzsituation entstehen können, wenn es um ein Abwägen und das Treffen einer gerechten und ausgewogenen Entscheidung geht -, daß die bezirkliche Ebene einen gewissen Ausgleich schaffen kann.

Für die Krankenhauskonferenz, die dieses in Abstimmung mit den Vorgaben des Krankenhausplans begleiten soll, ist Voraussetzung, daß sowohl die Kostenträger, deren steigendes Interesse wir durchaus sehen und bejahen, als auch die Krankenhäuser und deren Verbände gemeinsame Überlegungen und Vorschläge erarbeiten – sie sind ja nahe an den Problemen dran -, über die dann aber durch die Bezirksregierung entschieden wird. Bei stärkeren Abweichungen - nicht bei Kleinigkeiten - soll diese Konferenz mitwirken. In ihr sollen - diese Vorstellung haben wir damals unterbreitet - Vertreter aus den kreisfreien Städten, aus den Krankenkassenverbänden, aus dem Verband der privaten Krankenversicherungen, aus den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege und aus dem Landschaftsverband ständig zur Verfügung stehen, aber nicht im Sinne der "fliegenden Krankenhauskonferenz", die wir seinerzeit hatten. Das war damals der Alternativvorschlag zum ersten Entwurf, in dem ja von den Planverträgen die Rede war, durch welche letztlich die Verantwortung des Landes völlig beseitigt wurde.

Gerd F. Wengeler: Herr Henke hat nach dem Stichtag 20.11.1995 gefragt. Das war der Tag, an dem die entscheidende Weichenstellung für die forcierte Einzelfortschreibung erfolgte. Gerade habe ich mich vergewissert - das war mir auch nicht geläufig -, daß nur eine Größenordnung zwischen 400 und 500 Betten von diesem Zeitraum 20.11.95 bis 31.12.96 betroffen ist. Ich denke aber, es wäre ein Akt der Fairneß, wenn man sagen würde: Wir nehmen den Zeitpunkt der frühesten Bekanntgabe dieser Maßnahme.

Was die Frage der Planungssicherheit angeht, beziehe ich mich auf das, was Herr Stadali sagte. Aus der Sicht eines Vertreters eines Krankenhauses kann ich Ihnen sagen, daß vor Ort sicherlich ein Ungleichgewicht entstehen würde, wenn das einzelne Krankenhaus den Verbänden der Krankenkassen gegenüberstehen würde. Man könnte zwar sagen, daß auch wir durch unseren Verband bzw. durch die Spitzenverbände vertreten werden, aber ich denke, daß hier von vornherein ein Ungleichgewicht eingebaut ist, obwohl letztendlich die Verantwortung natürlich beim Krankenhaus liegt.

Ich denke, daß man unabhängig von dieser Eigenverantwortung des Krankenhausträgers dahin kommen sollte, daß man die Krankenhausplanung auf eine höhere Ebene hievt. Man sollte weg von der örtlichen Ebene und hin zur regionalen Ebene kommen, um zu einer bedarfs- und sachgerechten sowie ordnungsgemäßen Planung für die entsprechende Region zu kommen.

Planungssicherheit würde erreicht, wenn man die zwei nebeneinander liegenden und jetzt möglichen Verfahren nach § 15 und § 16 eliminieren und ein Verfahren präferieren würde.

Sigurd Rüsken: Herr Henke, Sie haben natürlich recht, daß zwischen meiner Stellungnahme – in der ich zum Ausdruck brachte, daß ich die Kritik der KGNW und der Arbeits-

gemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen teile – und meiner Meinung, das Gesetz stelle insgesamt eine Verbesserung dar, ein gewisser Widerspruch besteht. Insofern ist auch Ihre Vermutung völlig richtig, daß sich die anerkennenden Worte primär auf die Neuregelung der pauschalen Fördermittel beziehen und nicht – das möchte ich auf Ihre Nachfrage hin ausdrücklich feststellen - auf das Planverfahren.

Vera Dedanwala (SPD): Es wurde auch in bezug auf die 50 Prozent Fördermittel bei teilstationärer Behandlung Kritik geübt. Ich möchte die Vertreter der kirchlichen Krankenhäuser und der Krankenhausgesellschaft um eine mehr inhaltliche Begründung bitten.

Herr Rüsken hat das neue Planverfahren für die kommunalen Verbände als Verbesserung bezeichnet. Ich bitte ihn, etwas genauer auszuführen, warum er das in bezug auf diesen Bereich glaubt. Herrn Vreden und Herrn Stadali bitte ich – weil sie gewünscht haben, daß das alte Planverfahren weiter gelten soll - darzulegen, ob sie sich im Hinblick auf das alte Planverfahren Verbesserungen vorstellen können oder ob sie der Auffassung sind, daß das alte Planverfahren so, wie es war, genau richtig war.

Reinhard Stadali: Es könnte sein, daß das, was ich so pauschal zu den 50 Prozent Fördermitteln gesagt habe, ein wenig willkürlich klingt. Wenn man sparen und proportional abrechnen kann, sind wir dafür; aber wir sehen die Größenordnung nicht, weil teilstationäre Einrichtungen in ihrer Substanz - die Fördermittel sind ja nicht dazu da, den laufenden Betrieb zu finanzieren, sondern die Substanz der Einrichtung - weitgehend mit einer vollstationären Einrichtung identisch sind. Nehmen wir einmal den Bereich der psychiatrischen Versorgung. Da benötigt man Einrichtungen, die weitgehend unabhängig davon zu gestalten sind, ob man sie ganztägig oder halbtägig im Sinne von Tageskliniken betreibt. Man kann auch den Bereich der Dialyse nehmen, wo es eine teilstationäre Versorgung gibt. Das kann, was die Investitionen angeht, sehr aufwendig sein. Es gibt also keinen Anlaß für diese Reduzierung, aber es läßt sich sehr leicht belegen, daß die Kosten nahezu so hoch sind, wie es bei vollstationären Einrichtungen der Fall ist. Das läßt sich sicher im Detail auch nachrechnen.

Im Rahmen meiner Ausführungen habe ich sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, daß wir nicht nur einfach sagen: Jetzt, wo es ernst wird, ist das Alte rosarot und schön, und deswegen hätten wir es gerne wieder. Vielmehr habe ich festgestellt: Wenn etwas Neues kommt, sind wir dafür, wenn es besser ist als das alte Verfahren. Es ist nicht so, daß das alte Verfahren in den letzten Jahren nicht anwendbar gewesen wäre. Wir hatten ein Gesetz, das einen ordnungsgemäß zustande gekommenen Krankenhausplan zugelassen hat. Und es hat - besser gesagt: hätte - zugelassen, diesen Krankenhausplan den laufenden Bedingungen anzupassen. 1992 haben wir in bezug auf die Situation mit dem GSG zunächst alle gemeinsam gesagt: Jetzt tut sich etwas Neues, warten wir noch ein bißchen. Nun warten wir schon sechs oder acht Jahre. Das ist nicht mehr vertretbar. Hätte man damals – wie in vielen anderen Bundesländern - das Verfahren weitergeführt, auf bestehender Rechtsgrundlage einen Plan nach dem Stand von 1994 oder 1996 erstellt, wären wir dabei, etwas Vernünftiges zu tun. Was wir jetzt gemacht haben, ist ja eine Einzelfortschreibung. Das wurde addiert, und die Addition von Einzelmaßnahmen führt zwar zur Summe des Ganzen, stellt aber nicht die Gesamtheit dar. Von daher

ist das, was das alte Gesetz zuließ, wenn es richtig angewandt wurde, besser als das, was jetzt in völliger Verwirrung auf uns zukommt.

Helmut Vreden: Auch ich möchte etwas zu dem alten Planungsverfahren sagen. Das war besser als sein Ruf. In den Jahren 1991/92 ist ja – ich habe das selber miterlebt – eine Fortschreibung des Krankenhausplans versucht worden. Die Ergebnisse konnten sich zum Teil auch sehen lassen. Soweit sie mangelhaft waren, lag das nicht an den gesetzlichen Vorgaben, sondern an den Rahmenvorgaben, die seitens des Landesministeriums vorgegeben wurden. Es wurden zum Teil Bettenvorgaben gemacht, die nicht den Realitäten entsprachen. Insoweit konnten natürlich auch die Ergebnisse auf der Bezirksebene nicht so sein, wie sie sein sollten. Das rechtliche Verfahren aber war durchaus praktikabel. Man kann dieses Verfahren natürlich verbessern. Wir sehen ein entscheidendes Kriterium in der Unterscheidung zwischen wesentlichen und unwesentlichen Änderungen. Die unwesentlichen Änderungen können im Rahmen eines kleinen Verfahrens abgewickelt werden. Da bräuchte eine Beteiligung an der Erarbeitung gar nicht stattzufinden, sondern es genügte eine bloße Anhörung. Wenn es aber um wesentliche Dinge geht, sind automatisch die Interessen anderer betroffen, und das muß abgeglichen werden. Man kann das nur auf der regionalen Ebene machen. Das ist in der Vergangenheit versäumt worden. Diese entscheidende Forderung erheben wir.

Gerd F. Wengeler: Ich kann dem, was Herr Stadali gesagt hat, nichts Wesentliches hinzufügen. Das, was Herr Vreden aus der Praxis dargelegt hat, ist auch meine Meinung zu dem Thema. Ich denke, daß das bisher eine Basis war, mit der wir leben konnten. Wenn das richtig angewendet wurde, gab das auch allen Handlungsspielraum.

Sigurd Rüsken: Frau Dedanwala, ich danke Ihnen sehr, daß Sie mir so aufmerksam zugehört haben. Auch Herr Henke war ja so nett, mich auf den Widerspruch in meinen Ausführungen hinzuweisen. Meine anerkennenden Worte beziehen sich nicht auf das Planverfahren. In bezug darauf möchte ich mich der Kritik der Krankenhausgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände anschließen.

(Vera Dedanwala [SPD]: Ich kann Sie zitieren!)

- Ich bitte noch einmal um Nachsicht, daß insofern - wie Herr Henke auch schon richtig anmerkte - meine Ausführungen nicht ganz widerspruchsfrei waren.

Marianne Hürten (GRÜNE): Ich möchte zunächst einmal Herrn Vreden in bezug auf die Regelungen beim Schwangerschaftsabbruch etwas fragen. Ihre geharnischte Kritik in bezug auf die Möglichkeiten hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs kann ich nicht nachvollziehen, da ja gerade die konfessionellen Krankenhäuser in § 38 ausdrücklich ausgenommen worden sind. Sie nehmen also zu etwas Stellung, von dem Sie überhaupt nicht betroffen sind. Wenn nach dem Schwangeren-Familienhilfegesetz des Bundes die Länder dazu verpflichtet

sind, ein wohnortnahes Netz an Abbruchmöglichkeiten sicherzustellen: Enthält das Gesetz nicht eine sehr "weiche" Möglichkeit hierzu, von der Sie gar nicht betroffen sind?

Ich war bisher immer der Auffassung, daß die Würde und die Belange der Patientinnen und Patienten eigentlich im Mittelpunkt des Krankenhausesgeschehens stehen sollten. Es sind hier in einer ganzen Reihe von Stellungnahmen patientenfreundliche Regelungen als überflüssige Bürokratie gebrandmarkt worden. Das hat mich sehr irritiert. Ich möchte insbesondere Herrn Vreden - aber auch andere, wenn sie möchten - um eine Stellungnahme dazu bitten: Soll ich das so verstehen, daß es zwar nicht überflüssig ist, die Belange des Patienten und seine Würde zu erwähnen, daß dies aber im Krankenhausesgeschehen als ein auf ein absolutes Minimum zu reduzierendes Übel anzusehen ist? Oder soll ich es so verstehen, daß die im Gesetz angesprochenen Regelungen von Ihnen als Selbstverständlichkeit angesehen werden; dann dürfte es sie aber nicht stören, daß das in den Gesetzentwurf der Landesregierung aufgenommen worden ist.

Herr Rüsken hat vorgetragen, daß er von den Kassen und den anderen Krankenhäusern in Neuss als Vermittler bei der Schließung eines Krankenhauses vorgeschlagen worden sei. Das hat mich sehr überrascht, da eine ganze Reihe von Stellungnahmen vorliegen, in denen die herausgehobene Rolle der Kommunen und Kreise im Planungsgeschehen in starkem Maße kritisiert wurde. Es wurde festgestellt, diese seien parteiisch. Sie aber sind ausdrücklich als parteiischer Vertreter eines städtischen Krankenhauses um Vermittlung gebeten worden. Wurde in Neuss vor Ort diese Problematik nicht gesehen?

Helmut Vreden: Ich möchte zunächst zu § 2 Abs. 4 bzw. § 38 Abs. 1 Satz 3 Stellung nehmen. Es ist richtig, daß nach § 38 Abs. 1 Satz 1 die kirchlichen Krankenhäuser von der Vorschrift des § 2 Abs. 4 ausgenommen sind. Sie sind also nicht unmittelbar betroffen. Mittelbar betroffen sind sie aber dadurch, daß in Satz 3 des Absatz 1 davon die Rede ist, daß die Religionsgemeinschaften in eigener Zuständigkeit Regelungen treffen sollen, die den Zielen der Vorschrift des § 2 Abs. 4 entsprechen. Das heißt mit anderen Worten: Unsere Kirchen - also die Bischöfe im katholischen Bereich - sollen jetzt Vorschriften erlassen, nach denen die Krankenhausträger auf entsprechende Einrichtungen hinwirken. Formal wird zwar das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen anerkannt, aber inhaltlich wird eine Festlegung getroffen. Das ist verfassungsrechtlich nicht in Ordnung; auch von evangelischer Seite ist das ausdrücklich betont worden. Das können wir so nicht hinnehmen.

Was die Belange der Patienten anlangt, so sehen wir sie bei uns sehr gut aufgehoben. Wir meinen, daß es nicht erforderlich ist, das durch gesetzliche Vorschriften in breitem Umfang zu untermauern. Die Vorschrift, daß die Behandlung patientenfreundlich sein soll, ist wenig aussagekräftig. Ich meine, man sollte das Gesetz mit solchen Vorschriften nicht einengen. Das gilt auch für eine ganze Reihe anderer Vorschriften. Es ist ja so, daß ein Gesetz kein Kommentar ist. Der Gesetzgeber sollte sich da eine gewisse Zurückhaltung auferlegen, damit man das Gesetz auch gut lesen kann. Das sind Anliegen, die wir als Praktiker, die mit dem Gesetz umgehen müssen, haben.

Sigurd Rüsken: Ihre Frage ist natürlich berechtigt. Aber so bunt und vielfältig wie Deutschland ist, so ist es auch die Krankenhauslandschaft. Die Krankenkassen haben sich zu Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen, die gemeinsam verhandeln; das gleiche gibt es auf der Seite der Krankenhäuser. Ich kenne in Nordrhein-Westfalen kein Gebiet, wo sich nicht mehrere Krankenhäuser zusammengeschlossen haben. Sie versuchen ein Informationsmanagement zu betreiben und sich auszutauschen. Es ist vielleicht ein Neusser Spezifikum, daß hier auf der Krankenhauseseite das Klima besonders gut ist. Das ist in erster Linie das Verdienst des ersten Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft, Herrn Weyers. In Neuss war es so, daß sowohl die Paracelsus-Gruppe als auch die Krankenkassen an die Arbeitsgemeinschaft herangetreten sind, und beide haben mich als Vermittler akzeptiert. Das hat auch ganz gut funktioniert.

Ich habe feststellen müssen, daß es in großem Maße eines guten Willens im Gesundheitsministerium und bei den Krankenkassen bedurfte, um das sozialverträglich über die Bühne zu bekommen. Es hat in Neuss keine Demonstrationen gegeben, sondern das in Frage stehende Krankenhaus ist, wenn ich das so formulieren darf, völlig geräuschlos geschlossen worden. Das aber geht, mit Verlaub gesagt, nur mit Geld. Im Einzelfall geht es auch um viel Geld. Insofern meine Bitte: Erlauben Sie den Beteiligten, daß sie wenigstens die Möglichkeit haben, von einem solchen Instrument Gebrauch zu machen. Ob sie es dann im Einzelfall tun, ist ja eine zweite Frage.

Reinhard Stadali: Ich komme auf die Frage von Frau Hürten bezüglich des § 1, wo es um die Qualität der Pflege geht. Da scheint ein Mißverständnis vorzuliegen. Es wurde schon deutlich gemacht, daß das eine gewisse Selbstverständlichkeit ist. Über diese Formulierung habe ich sowohl mit dem Pflegepersonal als auch mit dem ärztlichen Personal in Krankenhäusern gesprochen. Da war man zum Teil sehr irritiert und sagte: Dafür sind wir doch angetreten, das ist doch der Grund, weshalb wir im Krankenhaus Dienst tun. Wenn man das ins Gesetz schreibt, sieht es so aus, als sei das erforderlich, weil es für uns nicht selbstverständlich ist. - Es gibt also den Vorbehalt, daß man diese Selbstverständlichkeit nicht formulieren muß. Das ist so ähnlich, als wenn man in ein Gesetz schreiben würde, daß der Mitarbeiter einer Sparkasse, der an der Kasse sitzt, mit dem Geld anderer Leute sorgfältig umzugehen hat. Das hat er eh zu tun, wenn er diesen Beruf ausübt. Vor diesem Hintergrund war das nur ein Petitum. Es ist nicht schädlich, das ist völlig klar. Wir haben aber über Bereiche gesprochen, die vielleicht nicht kodifiziert werden müssen, weil das in Frage stehende als selbstverständlich angesehen wird. Beim Pflegebereich haben wir ein wenig Zurückhaltung verspürt; er fühlt sich ein wenig getroffen, wenn man ihm das so ins Stammbuch schreibt, als sei es zwingend, das im Gesetz zu erwähnen.

Wenn eine Krankenschwester oder ein Arzt diese Essentials der Behandlung von Menschen aufgrund des eigenen charakterlichen Verhaltens nicht wahrnimmt, dann nutzt eine solche Formulierung im Gesetz auch nichts.

Wilhelm Krömer (CDU): Herr Wengeler, Sie hatten bezüglich der Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte bei Planungsfragen Kritik geäußert. Herr Stadali hat im Rahmen seiner

Ausführungen an das letztjährige Konzept – es war ja, wenn ich mich richtig erinnere, weitgehend mit Ihnen abgestimmt – daran erinnert, daß auf regionaler Ebene ein Konsens gesucht werden sollte. Wenn aber auf regionaler Ebene der Konsens gesucht wird, muß man sehen, daß im Bezirksplanungsrat – wenn wir das denn ernsthaft so wollen – Krankenhäuser, Krankenhausträger, Krankenkassenverbände, die kreisfreien Städte und auch die Kreise beteiligt sind. Wie sollte denn sonst auch eine Abstimmung in dem Umfang erfolgen? Wenn Sie dieses Modell insgesamt so favorisieren, wie beurteilen Sie dann die Frage, inwieweit die Entscheidungen später justitiabel sind? Und wie beurteilen Sie die Frage der Landesverantwortung, wenn dies als Zielvorgabe wirklich dazu beitragen soll, Probleme leichter zu lösen? In der Vergangenheit sind ja Bettenbeschränkungen und -rückführungen in einigen Regionen teilweise recht gut gelaufen; in anderen war das ein wenig komplizierter. Es geht ja auch um die Zukunft der Krankenhäuser in der abschließenden Abstimmung.

Gerd F. Wengeler: Ich denke, es liegt ein Mißverständnis vor. Sie haben natürlich völlig recht, daß die Kreise und kreisfreien Städte dann einbezogen werden müssen, wenn sie kein eigenes Krankenhaus haben. Sobald sie ein solches haben, sieht die Problematik etwas anders aus. Da liegt das Eigeninteresse. Ich wollte darauf abstellen, daß dann auch mit Waffengleichheit gefochten werden sollte. Wenn es anders angekommen sein sollte, bitte ich um Entschuldigung; aber ich denke, ich habe es jetzt richtiggestellt.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Ich möchte gerne einige Fragen an Herrn Stadali und eine Frage an Herrn Vreden richten. - In § 16 Abs. 3 dieses Gesetzentwurfs heißt es:

Soweit kein Verband bestimmt wird, führt die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen die Anhörung durch.

Sie haben sich, wenn ich es richtig verstanden habe, gegen die Übernahme dieser Aufgabe ausgesprochen. Ist das mit Ihnen von seiten der Landesregierung denn nicht besprochen worden, bevor es in den Entwurf geschrieben wurde? Das kann man sich ja kaum vorstellen; aber vielleicht können Sie uns dazu etwas sagen.

Sie haben in Ihrer Stellungnahme an verschiedenen Stellen darauf aufmerksam gemacht, daß Sie sehr gerne bereit wären, neue Aufgaben zu übernehmen, wenn sich entsprechende Finanzierungsregelungen im Gesetzentwurf finden würden. Haben Sie einmal überschlägig zusammengezählt, an wie vielen Punkten das der Fall ist und wieviel es ungefähr kosten würde, wenn man all das, was an neuen Vorschlägen bzw. Aufgaben im Gesetzentwurf formuliert ist, in die Wirklichkeit umsetzen würde? Sie haben das ja zum Beispiel im Bereich des § 10 anhand der Frage des notärztlichen Personals für den Rettungsdienst exemplifiziert. Ich weiß aber nicht, ob es da noch um weitere Aufgaben geht.

In bezug auf § 16 Abs. 5 haben Sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme erhebliche Zweifel geäußert, ob die gesetzlich festgelegte Nichtbeklagbarkeit von Entscheidungen Rechtens sei. Sind Sie, was die Prüfung dieses Sachverhalts anbelangt, in der KGNW inzwischen ein Stück weiter gekommen? Wissen Sie jetzt, ob es nun wirklich nicht Rechtens ist oder ob es, wie

auch immer, doch möglich ist, eine solche Formulierung ins Gesetz hineinzuschreiben? Ich glaube, es ist für uns schon wichtig, das zu wissen.

Hinsichtlich § 19 Abs. 5 sprechen Sie davon, daß vor dem Hintergrund des in Nordrhein-Westfalen anwachsenden investiven Nachholbedarfs im Krankenhausbereich alternative Finanzierungsmodelle möglich sein müßten. Gibt es bei der KGNW zumindest eine Schätzzahl, eine Vorstellung darüber, wie hoch der investive Nachholbedarf im Krankenhausbereich des Landes Nordrhein-Westfalen heute ist?

Ich würde dann gerne noch wissen, ob Sie bei dem vorgesehenen Ansatz von 50 Prozent bei teilstationären Einrichtungen die Sorge haben, daß ambulante Operationen und andere teilstationär zu erbringende Leistungen in einem geringeren Umfang, als es bei einer vernünftigen finanziellen Förderung eigentlich möglich wäre, im Land Nordrhein-Westfalen erbracht werden, wodurch im Grunde im stationären Bereich in Zukunft höhere Kosten anfallen würden.

Herr Vreden, Sie haben in Ihrer Stellungnahme zu § 20 – wie ich finde, völlig zu Recht – darauf hingewiesen, daß die Investitionsmittel und die Pauschalmittel des Landes im Grunde aus der dualen Finanzierung heraus vom Charakter her eigentlich etwas sind, was Ihnen rechtlich zusteht. Und Sie haben geschrieben:

Aus diesem Grunde ist, wie in der Vergangenheit durch Gutachten belegt, der Haushaltsvorbehalt in § 20 verfassungswidrig und daher nicht akzeptabel.

Ist diese Passage bei Ihnen so ernst gemeint und so weit geprüft, daß Sie sich da möglicherweise auch auf den Klageweg begeben, wenn das so Gesetz wird? Denn wenn Sie sagen, das sei verfassungswidrig, muß man ja davon ausgehen, daß entsprechende Konsequenzen gezogen werden.

Reinhard Stadali: Zunächst zu § 16 Abs. 3 der Hinweis, daß diese Anhörungen, die eigentlich staatlicherseits durchzuführen sind, von uns wahrzunehmen wären. Also dieses ist so nicht mit uns abgesprochen worden. Wir sind nicht gefragt worden. Als das zum ersten Mal in einem Entwurf auftauchte, haben wir selbstverständlich mündlich und schriftlich dokumentiert, daß wir das nicht für vertretbar halten. Ich habe unsere entsprechende Formulierung noch im Kopf: Der für diese Maßnahme verantwortliche Bereich ist eben auch für Regie, Durchführung und Auswertung – darauf kommt es ja an – solcher Anhörungen zuständig. Das ist doch der Träger des Planverfahrens. Hier gibt es keinen Konsens mit uns, auch nicht andeutungsweise.

Zu der nicht gedeckten Finanzierung für bestimmte Aufgabenstellungen möchte ich – fast dialektisch – folgendes sagen: Es ist besser, man rechnet das alles nicht, denn sonst würde man erschrecken. Natürlich kann ich jetzt nicht in Millionen und Milliarden ausrechnen, was das ausmacht. Ich weiß nur, daß beispielsweise an der Stelle, wo die Ausbildung erwähnt wird – das stand ja bisher nicht als Verpflichtung im Gesetz –, steht, daß die Durchführung der Ausbildung Pflicht der Krankenhäuser ist. Jeder sorgfältig wirtschaftende Hausvater muß, wenn er eine Verpflichtung übernimmt, sehen, woher das Geld kommt. Ausbildung kostet viel Geld. In dem Augenblick, wo es um eine Verpflichtung gesetzlicher Art geht, muß ich

diese erfüllen können. Wenn ich andere Aufgaben nicht zurückstellen will, muß ich dafür das Geld bekommen. Wir haben empfohlen, es lieber bei dem Bestehenden zu belassen, denn Sie wissen ja, daß der Kern der medizinischen und gesundheitsberuflichen Ausbildung im Krankenhaus liegt. Das tun die Krankenhäuser ja in Riesengrößenordnungen, und sie werden damit auch einigermaßen fertig. Wir hoffen, daß sie dieses noch lange tun können. Aber dieses Gesetz zu implementieren, würde Geld kosten. Es gab einmal für Hamburg eine entsprechende Rechnung. Ich glaube, man hat dort die Kosten für 2000 Ausbildungsplätze – vom kaufmännischen Lehrling bis zum angehenden Arzt – hochgerechnet. Sie können sich vorstellen, welche Größenordnung das ist. Ähnliches gilt für den von Ihnen genannten Bereich des notärztlichen Dienstes und ähnliches.

Auf einen Punkt möchte ich aber hinweisen, der schlecht greifbar ist, aber unwahrscheinlich viel Geld kostet: Das ist der zunehmende Wust an Bürokratismus. Sie selbst können das nachvollziehen. Die Ärzte und das Pflegepersonal fragen uns: Was sollen wir machen? Sollen wir den Kranken in einer Stunde behandeln? Oder sollen wir von der einen Stunde 40 Minuten in Dokumentation, Berechnungen und Sonstiges investieren? Dazu kann ich, weil das Geld knapp ist, sagen: Ich habe nicht mehr Personal. Aber dann muß ich abrechnen, was an Leistungen nicht erbracht wird, und diese Beträge müssen – entweder betriebswirtschaftlich oder zumindest volkswirtschaftlich – mitgerechnet werden.

Ich komme zu Ihrer Frage zu § 16 Abs. 5: Die Konzepte, die genehmigt werden, sind gerichtlich nicht anfechtbar. Es geht Ihnen dabei darum, ob wir geprüft haben, ob das, was wir ablehnen, nicht doch rechtlich zu erreichen sei. Sie wissen, daß wir in Verbindung mit Professor Redeker seinerzeit durchgeprüft haben, ob die ursprüngliche Konstruktion der Planverträge rechtswidrig ist. Die Formulierungen zu den jetzigen Plankonstruktionen sind sicher abgeschwächt zu sehen. Es ist aber nach wie vor generell – auch vom Grundgesetz her – nicht Rechtsens, daß ein Entscheid – sprich: ein Verwaltungsakt oder die Genehmigung durch eine Behörde, und ich weiß auch als Nichtjurist, daß das ein Verwaltungsakt ist – in der Verfolgung der Rechte dem Richter entzogen wird. Das heißt, der Rechtsweg muß eröffnet werden.

Es kommt hinzu – das ist das besondere Problem; hierbei handelt es sich ja nicht um ein rechtstheoretisches Problem –, daß das zu genehmigende Konzept anschließend die Basis für den Feststellungsbescheid – in dem steht, was man tun oder nicht tun darf – ist, der dem Krankenhaus zugestellt wird. Das ist auch ein eindeutiger Verwaltungsakt. Gegen den darf auf dem üblichen Rechtsweg vorgegangen werden. Es ist nur so: Wenn dieser Feststellungsbescheid auf dem rechtswirksam gewordenen Konzept – sprich: Teil des Planes – basiert, dann ist er natürlich de facto nachher nicht mehr reversibel, und jedes Verwaltungsgericht würde deutlich machen, daß das, was dort festgestellt wurde, rechtmäßig ist. Also das Verfolgen der Rechte aufgrund des Feststellungsbescheides wäre wegen der Rechtswirksamkeit des Konzeptes, das wiederum nicht anfechtbar ist, nicht möglich. Das heißt, die entsprechenden Rechte könnten nicht wahrgenommen werden.

Sie fragten dann nach dem Nachholbedarf in bezug auf die Investitionsmittel. Wir weisen seit Jahren – gemeinsam übrigens mit den Kostenträgern – darauf hin, daß die nicht ausreichende Finanzierung der Investitionserfordernisse für die Krankenhäuser inzwischen allmählich zu einem Substanzverfall führt, der letztendlich von uns allen gemeinsam später teuer bezahlt

werden muß. Im Augenblick kann ich – obwohl wir das schon einmal gerechnet haben; aktuell liegen aber keine Zahlen vor – den bestehenden Betrag nicht nennen. Ich weiß nur, daß wir kürzlich ausgerechnet haben, daß die jetzt für das kommende Jahr im Haushaltsplan des Landes vorgesehenen Mittel gerade einmal fünf Prozent des bestehenden Bedarfs an Investitionsmitteln ausmachen. Wir könnten also gemeinsam hochrechnen, was herauskommen würde, wenn wir machen würden, was sein müßte. Mehr kann ich dazu rechnerisch jetzt nicht beitragen.

Sie fragten dann nach dem Satz von 50 Prozent für die Investitionsunterstützung der teilstationären Einrichtungen. Auf diesem Gebiet ist ein ganz maßgeblicher Faktor – den deuteten Sie an, indem Sie das von der anderen Seite beleuchtet haben – nicht nur die Frage: Wie bezahlen wir das, was dort nötig ist? Im Gesetz steht vielmehr auch irgendwo: Es ist ein wesentlicher Anspruch, die Leistungen teilstationärer Behandlung – im Interesse der Patienten und der Kostenersparnisse im stationären Bereich – zu fördern. Wenn man das aber will, dann darf man doch nicht kontraproduktiv die Finanzierungsmöglichkeiten für teilstationäre Basisinvestitionen reduzieren; denn dann schafft man den Sprung nicht.

Helmut Vreden: Zur Frage des Haushaltsvorbehalts darf ich folgendes sagen: Damit haben sich schon namhafte Rechtslehrer befaßt. Es gibt dazu ausführliche Gutachten. Der Ausgangspunkt der Überlegungen ist § 17 Abs. 4 KHG, wonach die Investitionskosten der Krankenhäuser nicht zu den Kosten gehören, die sie in den Pflegesatz einrechnen dürfen. Diese Tatsache ist ja an sich für einen Wirtschaftsbetrieb ungewöhnlich. Weil der Staat diese Vorschrift erlassen hat, ist er auf der anderen Seite gezwungen, in die Bresche zu springen und die Investitionen der Krankenhäuser zu fördern. Wir sehen diese Vorschrift des § 17 Abs. 4 als eine Art enteignungsgleichen Eingriff an. Dagegen sehen wir die Investitionen, die das Land leistet, als eine Enteignungsentschädigung an. Wenn man sich dieser Rechtsauffassung anschließt, dann hat jedes Krankenhaus einen Rechtsanspruch auf die notwendigen Investitionen nach § 9 KHG. Insoweit sind die Rechtsvorschrift des § 20 und die sich daran anschließende Praxis nicht rechtmäßig. Das geht ja dahin, daß das Krankenhaus nach den Formulierungen des Bewilligungsbescheides erst dann einen Rechtsanspruch erlangt, wenn es den Bewilligungsbescheid bekommt. Da das auch in diesem Entwurf enthalten ist, haben wir dagegen Stellung bezogen.

Ihre Frage, ob jemand bereit sei, dagegen gerichtlich anzugehen, kann ich nicht beantworten. Wir als Verbände sind nicht klageberechtigt. Der einzelne Krankenhausträger, der bei der Investitionsförderung nicht berücksichtigt wird, ist klageberechtigt. Das hat bisher aber noch kein Krankenhaus gemacht – in der Hoffnung, daß es doch irgendwie irgendwann vom Land gefördert wird.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Ich habe eine Nachfrage an Herrn Stadali zu den Regelungen in bezug auf Patientenbelange. Die übrigen Vertreter der Träger bitte ich aber für den Fall, daß sie abweichend zu Herrn Stadali antworten möchten, darum, das zu ergänzen. – Herr Stadali, es könnte ja folgende Einschätzung geben: Unter dem wachsenden Kostendruck, unter dem das einzelne Krankenhaus heute steht, könnten Dinge im Interesse von Patientinnen und

Patienten, die bisher als selbstverständlich gelten konnten, ebenfalls unter Druck geraten. Und ist es nicht – wenn man eine solche Einschätzung nicht für abwegig hält – in gewisser Weise plausibel, gerade in der heutigen Zeit auf die notwendige rechtliche Absicherung von elementaren Patientenbelangen größeren Wert als in der Vergangenheit zu legen?

Reinhard Stadali: Herr Kreutz, ich kann Ihre Frage eigentlich voll bejahen. Ich bin überzeugt davon, daß durch den Kostendruck Dinge, die im Interesse von Patienten liegen, zwangsläufig eingeschränkt werden müssen. 70 Prozent der Kosten im Krankenhaus sind – das wissen wir – Personalkosten. Und wenn der Kostendruck wächst, kann man nur im Personalkostenbereich sparen. Ich mache kein Geheimnis daraus: Es gibt Krankenhäuser, in denen heute im Nachtdienst für zwei oder drei Stationen nur eine Schwester zur Verfügung steht, während es früher für jede Station eine Schwester gab. Und das setzt sich fort. Ich bin also überzeugt davon, daß dieser Kostendruck den Krankenhäusern, die ja insgesamt irgendwie existieren müssen, keine andere Möglichkeit läßt, gegebenenfalls Einschränkungen zu Lasten der Patienten vorzunehmen. Das ist zweifellos so; wir haben das schon mehrfach gesagt. Insofern, Herr Kreutz, ist natürlich eine Verpflichtung der Häuser, dieses nicht entstehen zu lassen, gegeben. Aber derjenige, der diese Vorschriften erläßt, muß dann auch dafür Sorge tragen, daß sie umsetzbar sind. Wenn ich die Schulpflicht für jedes Kind verordne, dann muß ich Schulen und genug Lehrer für alle haben. Wir kennen das Problem unter anderem aus dem Kindergartenbereich. Hier ist die Situation ähnlich. Auch Herr Vreden, Herr Wengeler und Herr Rüsken haben deutlich gemacht, daß wir gegen die Formulierung so nichts haben. Wenn man sie so verstanden wissen will, ist sie nicht schädlich. Dann muß das aber konkret umgesetzt werden, es darf dann nicht nur die Verpflichtung in die Krankenhäuser hineingegeben werden. Vielmehr muß den Krankenhäusern, die das gerne umsetzen wollen, die entsprechende Möglichkeit gegeben werden.

Rudolf Henke (CDU): Wir haben eine Reihe von Zuschriften aus dem Bereich der Kinderkrankenhäuser bzw. von Krankenhäusern mit pädiatrischen Abteilungen vorliegen. Darin wird – bezogen auf den § 4 des Gesetzentwurfs – die Forderung erhoben, man möge in verstärktem Maße festlegen, daß Kinder in pädiatrischen Abteilungen zu behandeln sind. Es gibt auch einen entsprechenden Beschluß der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, in dem diese Soll-Vorschrift betont wird. Darin heißt es: Die Länder geben der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in pädiatrischen Fachabteilungen im Rahmen der Krankenhausplanung Vorrang.

Ich habe das in der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft nicht wiedergefunden und möchte Sie fragen, ob es dazu bei Ihnen eine Meinungsbildung gibt. In Ihrer Kommentierung zu § 4 ist, glaube ich, nur zum Thema "Schulbesuch" Stellung genommen worden.

Verschiedene Redner haben schon folgendes angesprochen: In bezug auf die Frage der pauschalen Investitionsfinanzierung sowie hinsichtlich anderer aktualisierungsbedürftiger Bereiche solle gehandelt werden, im Planungsbereich könne man es aber so belassen, wie es ist. Das heißt, daß die jetzige Rechtslage so lange beibehalten wird, bis einem etwas Besseres einfällt.

Bei der Einbringung in den Landtag kündigte der Kollege Kuschke an, daß es im Falle einer Veränderung der Mehrheitsverhältnisse auf der Bundesebene eine bundesgesetzliche Veränderung des Planungsverfahrens geben würde. Er hat zwar nicht gesagt, wie das dann konkret aussehen würde. Es gibt aber sehr wohl Vorstellungen dazu. Ich denke dabei an die Krankenkassen, die vor wenigen Tagen ein Konzept vorgelegt haben, in dessen Rahmen sie festgestellt haben, man solle die Arbeit des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen auf den Bereich der Kliniken und den stationären Sektor ausdehnen. Dazu gibt es also die unterschiedlichsten Vorstellungen. Welche Auswirkungen hätte es für Sie, wenn im nächsten Jahr ein neues Krankenhausplanungsverfahren in Kraft gesetzt werden würde? Dann würde sich die Rechtsgrundlage ja erneut ändern.

Reinhard Stadali: Bezüglich der Kinderkrankenhäuser sind wir – wir haben uns nicht besonders auf dieses Thema konzentriert – der Meinung, daß die Formulierung so, wie sie im Gesetz steht, eigentlich den Belangen durchaus Rechnung trägt. Denn es heißt ja, daß die besonderen Belange kranker Kinder zu berücksichtigen sind. Es ist die Frage, ob man im Rahmen des Gesetzes so weit gehen müßte festzulegen, daß das in besonderen Fachabteilungen geschehen muß. Ich glaube, daß der Hinweis auf die besonderen Belange der Kinder und die Feststellung, daß ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten Rechnung zu tragen ist, durchaus umfassend formuliert sind. Das ist auch der Grund, warum wir uns nicht spezifisch dazu geäußert haben. Daß die Belange des Kindes sehr hoch anzusetzen sind, wird nicht nur als selbstverständlich angenommen, sondern ist unseres Erachtens hier ausreichend dokumentiert. In bezug auf den kleinen organisatorischen Hinweis, den wir gegeben haben, läßt sich sicher eine Bereinigung vornehmen. Das liegt vielleicht daran, daß man im Fachministerium das Schulrecht nicht so dezidiert einbezogen hat.

Dr. Michael Conrads (Krankenhausgesellschaft NRW): Es ist natürlich schwierig für uns, wenn Sie uns als Parlamentarier nach dem Kostendruck und danach fragen, wie es in bezug auf Patienten im allgemeinen und Kinder im besonderen aussieht. Sie haben auch gefragt, ob es nicht im Zweifel sehr hilfreich sein kann, wenn im Gesetz bestimmte Regelungen enthalten sind. Die Antwort lautet schlicht und ergreifend: Natürlich kann es nicht schaden. Ob es hilfreich ist, wenn konkrete Umsetzungen zwar anstehen, aber nicht geregelt sind, wage ich ganz einfach zu bezweifeln.

Ihre zweite Frage war, wie der Zeitwert dieses Gesetzentwurfs vor dem Hintergrund möglicher anderer Regelungen auf bundesrechtlichem Gebiet – Einbeziehung weiterer Gremien – zu beurteilen ist. Die Antwort auf diese Frage fällt mir insofern leicht, als wir den Standpunkt vertreten, daß man nur das ändern sollte, von dem man nach sehr sorgfältiger Diagnose der Meinung ist, daß es verändert werden muß. Herr Stadali hat ja für die Krankenhäuser – er ist dabei von den anderen Rednern unterstützt worden – deutlich erklärt, daß nach unserer Diagnose alles dafür spricht, den Abschnitt II des jetzt gültigen Krankenhausgesetzes unverändert zu lassen und damit weiterzuarbeiten. Herr Henke, wenn sich Entwicklungen anbahnen, die man zur Zeit schlecht einschätzen kann, wäre das ein weiterer Grund, jetzt nicht

vorschnell Änderungen herbeizuführen, die möglicherweise nicht sehr lange Bestand haben werden.

Vorsitzender Bodo Champignon: Es gibt kein Fragebegehren mehr; wir fahren dann mit der **Anhörung** fort. Für die Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen – deren Stellungnahme auch den Städte- und Gemeindebund NRW, den Städtetag Nordrhein-Westfalen und den Landkreistag NRW mit abdeckt – wird Herr Verwaltungsdirektor Horst Gausmann das Wort nehmen.

Horst Gausmann (Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände): Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen benötigen nach der Flut schlecht formulierter Krankenhausgesetze der letzten Jahre – das geht nicht an Ihre Adresse –, die wiederum eine Flut von Schiedsstellen- und Gerichtsverfahren auslösten, nunmehr Rechtssicherheit, Planungssicherheit und Finanzierungssicherheit bei gleichzeitigem Abbau von bürokratischen Hürden. Dies sind in bezug auf ein neues Krankenhausgesetz, das eine bedarfsgerechte Zukunftsgestaltung sichern soll, Prämissen, welche Frau Ministerin Fischer auf dem Krankenhausforum in Duisburg avisierte.

Der vorliegende Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen ist gegenüber dem Referentenentwurf deutlich verbessert worden. Das haben Sie wahrscheinlich gelesen und Herrn Rüsken zugeordnet; es stammt aber nicht vom Krankenhaus Neuss, sondern vom Städtetag und von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände.

Unsere Einwände gegen das Vorhaben des Landes, sich aus der Krankenhausplanung immer mehr zurückzuziehen, sind mit den vorgelegten Änderungen aufgegriffen worden, indem das Land für die Aufstellung des Krankenhausplans verantwortlich bleibt. Wir begrüßen insbesondere, daß von dem Instrument der Planverträge Abstand genommen wurde. Diese von der zuständigen Behörde unter bestimmten Bedingungen zu genehmigenden gemeinsamen und einheitlichen Festlegungen der Krankenhausträger und der Verbände der Krankenkassen hätten eine weitgehende Verlagerung der Planungskompetenz für die Partner der Selbstverwaltung – bei einseitiger Machtverschiebung zugunsten der Krankenkassen – bedeutet. Die Beibehaltung der ungeteilten Verantwortung des Landes für die Krankenhausplanung sehen wir als unabdingbare Voraussetzung für eine patienten- und bedarfsgerechte wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung an. Dies erfordert auch die Verpflichtung des Landes zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung, an der die Gemeinden und Gemeindeverbände weiterhin mitwirken sollen. Wir erkennen an, daß dementsprechend unserem Anliegen Rechnung getragen worden ist, die Gemeinden und Gemeindeverbände künftig stärker in den Planungsprozeß einzubeziehen. Hier unterscheiden wir uns im Detail von Bemerkungen, die vorhin gefallen sind.

Dennoch sehen wir die Ziele des Landes, wirtschaftliche und unternehmensbezogene Handlungsweisen der Krankenhäuser anzubieten und zu fördern, Kooperationen und Verzahnungen zu erleichtern und überflüssige Regelungen zu unterlassen – sprich: Entbürokratisierung vorzunehmen –, noch nicht als erreicht an. Mit einer Vielzahl von Überregulierungen sowie

Behördenvorbehalten ist der Regierungsentwurf umfangreicher als das geltende Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen, obwohl er nach heutiger Philosophie doch eigentlich schlanker werden sollte. Zudem fehlt es in einer Reihe von Vorschriften an der notwendigen Bestimmtheit und Klarheit, so daß sich insbesondere beim Planungsverfahren Fragen des Rechtsschutzes stellen; die für die wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser notwendige Planungs- und Finanzierungssicherheit ist damit nicht gegeben. Sie sind der elementare Rahmen, der es ermöglicht, weiter wirtschaften zu können, das heißt unsere wirtschaftliche Grundlage. Das ist der Grund, warum wir so hartnäckig mit an den Formulierungen des Gesetzes mit feilen.

Wir halten daher weitere Änderungen für notwendig. Dies betrifft insbesondere den Abschnitt II – Planung –, der in seiner konkreten Ausgestaltung bei der Umsetzung in die Praxis erhebliche Probleme aufwerfen wird. Dieser Abschnitt muß daher eingehend überarbeitet werden. Hierzu ist eine umfangreiche Erörterung notwendig, damit ein von allen Beteiligten akzeptiertes und für die Zukunft tragfähiges Konzept verabschiedet werden kann. Da diese Voraussetzung voraussichtlich kurzfristig nicht gegeben sein wird, schlagen wir vor, bei der Novellierung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen für eine Übergangszeit zunächst die geltenden Vorschriften zur Krankenhausplanung zu übernehmen und diese zu einem späteren Zeitpunkt zu ersetzen. Vor dem Hintergrund der laufenden Fortschreibung der Krankenhausplanung und dem damit verbundenen Bettenabbau sind vor allem Änderungen der Vorschriften zur Krankenhausfinanzierung des geltenden Rechtes dringlich. Da das bisherige System der pauschalen Förderung die Krankenhäuser bestraft, die ihre Bettenzahl reduzieren, ist hierzu eine Neuregelung längst überfällig. Der Regierungsentwurf sieht daher vor, daß die Regelungen zur Anpassung der pauschalen Fördermittel, die Einführung der vierten Anforderungsstufe und des Vorhaltmodells rückwirkend zum 1. Januar 1998 in Kraft treten. Dieser Termin darf nicht durch ein sich gegebenenfalls hinauszögerndes Gesetzgebungsverfahren gefährdet werden.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat am 17. Juli eine detaillierte Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf abgegeben und hierzu auch heute noch einmal vorgetragen. Diese wird von uns mitgetragen. Wir beschränken uns daher auf die aus kommunaler Sicht bedeutsamen Regelungen.

Die Beibehaltung der Sicherstellung der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe des Landes ist ein wesentliches Anliegen der kommunalen Gebietskörperschaften. Wir begrüßen daher, daß entgegen dem Referentenentwurf § 1 Abs. 2 des geltenden Rechts beibehalten worden ist. Die an dieser Stelle neu hinzugefügte Zusammenarbeit des Landes mit den Krankenhausträgern und Verbänden der Krankenkassen entspricht der gewollten Stärkung der Selbstverwaltung und wird von uns befürwortet. Wir sehen es als eine ständige Aufgabe an, gesetzliche Vorschriften auf Zurücknahme der Regelungstiefe zu überprüfen. Dies gilt auch für das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen.

Die Krankenhäuser haben zum Beispiel auch in der Vergangenheit ohne gesetzliche Regelung bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe mitgewirkt. Desgleichen beinhaltet § 3 – Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten – Selbstverständlichkeiten. Auch in bezug auf die Möglichkeiten der Zusammenarbeit der Krankenhäuser bedarf es keiner Auflistung, zumal diese ohnehin unvollständig bleiben muß.

Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, was an Überregulierungen gestrichen werden kann.

Nach § 15 Abs. 4 Satz 2 ist lediglich bei Aufgaben der Ausbildung vorgesehen, daß die Finanzierung gewährleistet sein muß. Hinsichtlich der übrigen besonderen Aufgaben, die den Krankenhäusern zugeordnet werden, stellt § 15 Abs. 4 Satz 1 klar, daß es sich hierbei um allgemeine Krankenhausleistungen dieser Krankenhäuser handelt. Ein Verweis auf das Budget allein wird jedoch nicht zur Finanzierung ausreichen. Der Anspruch gegenüber den Krankenkassen kann in der Regel angesichts deren verständlicher restriktiver Verhandlungstaktik und wegen der zu berücksichtigenden Beitragsstabilität in den Budgets überhaupt nicht durchgesetzt werden.

Unsere Bedenken bezüglich der vorgesehenen Planungsverfahren beziehen sich insbesondere auf § 16 - Sonstige Festlegungen. Diese Vorschrift ist sowohl hinsichtlich des Zeitablaufs als auch des Verfahrens und des Rechtswegs zu wenig bestimmt. Auch ist dieser Teil des Krankenhausplans von der Beteiligung des Landesausschusses abgetrennt worden. Wir plädieren dafür, daß auch der Landesausschuß mit den "Sonstigen Festlegungen" zu befassen ist, damit eine Gesamtschau ermöglicht wird. Die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen müssen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vorlegen.

Die Einbindung der Kreise und kreisfreien Städte sehen wir als sinnvolle und notwendige Konsequenz aus dem Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung nach § 1 Abs. 2 an. Dementsprechend müssen sie aber auch bei der Anhörung nach § 6 Abs. 3 unabhängig davon beteiligt werden, ob sie an der Konzepterstellung mitgewirkt haben. Wir bitten daher, in § 16 Abs. 3 Satz 1 den zweiten Halbsatz zu streichen.

Weiterhin muß die Anhörung auch zukünftig nicht von den Verbänden bzw. der KGNW, sondern vom Land durchgeführt werden. Wir sehen es insbesondere als problematisch an, daß die Genehmigung mit Nebenbestimmungen verbunden und das Konzept in veränderter Form genehmigt werden kann, zumal den Verhandlungspartnern nur eine Anfechtungsmöglichkeit bei der zuständigen Behörde eingeräumt werden und eine gerichtliche Anfechtung nicht möglich sein soll. Für die Beurteilung dieser Vorschrift ist ferner wichtig zu erfahren, ob sich die Konzepte nur auf ein Krankenhaus oder auf mehrere Krankenhäuser eines Einzugsgebietes erstrecken. Wir teilen die Auffassung der Krankenhausgesellschaft, daß es unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten mehr als fragwürdig erscheint, eine gerichtliche Anfechtung der Genehmigung durch die zuständige Behörde auszuschließen, da die Entscheidungen damit zwangsläufig bestandskräftig und somit vorentscheidend für die gerichtliche Prüfung von Bescheiden nach § 18 werden. Die gegebenenfalls nach § 16 Abs. 7 Satz 2 ergehende gerichtliche Entscheidung dürfte unseres Erachtens eine bestandskräftige Entscheidung nach § 16 Abs. 5 der zuständigen Behörde nicht ändern, so daß de facto diesbezüglich der Rechtsweg abgeschnitten wäre. Hinzu kommt, daß nach § 18 Abs. 2 Festlegungen nach § 16, die über die Angaben nach § 18 Abs. 2 hinausgehen, in der Regel nicht Bestandteil des Krankenhausplans werden und somit ohnehin nicht beklagbar wären. Im Interesse der Planungssicherheit der Krankenhausträger sehen wir im Zusammenhang mit dieser Bestimmung und den weiteren vorgenannten Verfahrensregeln den dringenden Änderungsbedarf.

Nach § 17 - Beteiligte an der Krankenhausversorgung - Abs. 1 ist die paritätische Besetzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung nicht mehr gegeben, da die Zahl der Vertreter der Verbände der Krankenkassen von sechs auf acht erhöht worden ist. Wir bitten dringend, es bei der bisher geltenden Regelung zu belassen. Die für die kommunalen Spitzenverbände benannten Mitglieder können nicht dem Krankenhausbereich zugerechnet werden, da sie aus ihrer Verpflichtung zur Wahrnehmung von Aufgaben der allgemeinen Daseinsvorsorge sowie zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung beteiligt sind. Sie vertreten damit übergeordnete Interessen. Ein Übergewicht der Kassenvertreter kann daher nicht akzeptiert werden.

Wegen der Dringlichkeit, die Finanzierungsfragen unverzüglich neu zu regeln, beziehen wir uns auf unseren einleitenden Antrag, die Novelle des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen zunächst mit den geltenden Vorschriften zur Krankenhausplanung zu verabschieden und, wie vorgesehen, die Regelungen zur Anpassung der pauschalen Fördermittel, die Einführung der vierten Änderungsstufe und des Vorhaltemodells rückwirkend zum 1. Januar 1998 in Kraft zu setzen.

Wir begrüßen ausdrücklich, daß künftig die Bemessung der pauschalen Fördermittel leistungsbezogen neu geregelt werden soll. Damit werden die bisher ausschließlich starre Bindung der Pauschalmittel an die Zahl der Krankenhausbetten aufgegeben und künftig die Vorhaltekosten des Krankenhauses berücksichtigt.

Vor allem die Wiedereinführung einer vierten Anforderungsstufe in § 25 - Pauschale Förderung - entspricht einer langjährigen Forderung des Landkreistages Nordrhein-Westfalen und des Städtetages. Nach dem Wegfall der vierten Anforderungsstufe mit der letzten Änderung des Krankenhausgesetzes am 3. November 1987 haben die Krankenhäuser der Maximalversorgung aufgrund der völlig unzureichenden Förderung in diesem Bereich schwere Einbußen erlitten und die notwendigen Finanzierungen nicht vornehmen können. Die Wiederherstellung des Zustandes vor dem 3.11.87 würde die sehr angespannte Situation in diesen Häusern im kurzfristigen Investitionsbereich verbessern. Wir bitten daher dringend, daran festzuhalten, zumal die Beträge der übrigen Versorgungsstufen dadurch nicht berührt werden.

Ich will jetzt keinen weiteren Kommentar zu Finanzierungsfragen abgeben, da dazu bereits alles gesagt worden ist. Schließen möchte ich mit einem Wunsch, der uns sehr am Herzen liegt: Wir würden uns wünschen, daß bei dringenden und für die Krankenhausentwicklung wichtigen Vorhaben, für die aufgrund der Finanzknappheit des Landes eine kurzfristige Finanzierung nicht möglich ist, flexiblere Formen für eine schnellere Realisierung gefunden werden. Die bisherige Formulierung, wonach mit der Maßnahme nicht begonnen werden darf, bevor die Bewilligung vorliegt, ist für einen dynamischen Wirtschaftsbetrieb mit rasantem Strukturwechsel sicherlich hinderlich.

Ich darf schließlich noch ein Zitat anbringen. Frau Ministerin Fischer hat auf dem Krankenhausforum in Duisburg gesagt:

Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung müssen so justiert werden, daß sie den weiteren Strukturwandel der Krankenhauslandschaft unterstützen und nicht behindern.

Dabei finden Sie uns an Ihrer Seite.

Vorsitzender Bodo Champignon: Für die AOK Westfalen-Lippe, die auch die Stellungnahme der AOK Rheinland mit abdeckt, bitte ich Herrn Dr. Dieter Paffrath um seine Ausführungen.

Dr. Dieter Paffrath (AOK Westfalen-Lippe): Im Namen der Verbände der Kostenträger in Nordrhein-Westfalen – einschließlich der privaten Krankenversicherung – möchte ich unsere schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf zusammenfassend darstellen und ergänzen, und zwar in zwei Teilen. Ich werde zunächst versuchen, unsere Vorstellungen in ein allgemeines Bild der Situation einzubetten; anschließend möchte ich auf die einzelnen Vorschriften eingehen.

Der Krankenhausbereich stellt mit bis zu 40 Prozent Anteil an den Gesamtausgaben den größten und wichtigsten Leistungs- und Kostenbereich der Krankenkassen dar. Ein Auseinanderdriften der verfügbaren finanziellen Mittel und der Ausgaben hat damit nirgendwo so dramatische Folgen für die Krankenkassen wie in der stationären Versorgung. Wir begrüßen daher die Intention des Gesetzentwurfs, die Verbände der Krankenkassen stärker in die Krankenhausplanung einzubinden.

Die vorliegenden Daten zur Krankenhausversorgung weisen eine enge Verbindung der Ausgaben im Krankenhausbereich zur Versorgungsstruktur – insbesondere der Bettendichte – auf. Nordrhein-Westfalen hat mit 81,3 Betten auf 10 000 Einwohner im stationären Bereich die höchste Bettendichte aller vergleichbaren Flächenbundesländer. Nur in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen wird diese Bettendichte noch übertroffen; sie ist dort auch durch besondere Situationen zu erklären. In Bremen zum Beispiel beträgt der Anteil der niedersächsischen Patienten 30 Prozent.

Die Korrelation zwischen Bettendichte und Krankenhausfällen bezogen auf die Einwohnerzahl beträgt in den westlichen Flächenländern 0,87 auf einer Skala zwischen 0 und 1. Das ist eine sehr hohe Korrelation. Das beschreibt einen sehr engen Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen. Damit kann unseres Erachtens von einer angebotsinduzierten Nachfrage im Krankenhausbereich gesprochen werden. Sie führt zu einer überdurchschnittlich hohen Kostenbelastung für Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern, denn hierdurch steigen die durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber zu finanzierenden Ausgaben der Krankenkassen.

Die im Vergleich zu anderen Bundesländern überproportional hohe Krankenhaushäufigkeit und die hohen Ausgaben für Krankenhausbehandlung schwächen im Augenblick die Wettbewerbssituation Nordrhein-Westfalens insgesamt. Es gilt, mit einem neuen KHG NW Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Ziel einer bedarfsgerechten Anpassung des Krankenhausangebots zeitnah und wirkungsvoll unterstützen.

Hinsichtlich der Stellen im KHG NW, bei denen unseres Erachtens eine Änderung weiterführend wäre, möchte ich jetzt insbesondere folgende Punkte herausheben:

In § 1 des Gesetzes wird die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung genannt. Hierbei sollte wie übrigens auch in § 13 Abs. 4 zur Klarstellung von einer abgestuften wohnortnahen

Versorgung gesprochen werden. Im übrigen kann der unklare Rechtsbegriff "wohnnah" zu Mißverständnissen und Komplikationen führen.

Gemäß § 16 Abs. 1 ist vorgesehen, daß Krankenhausträger, Verbände der Krankenkassen sowie die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte ein gemeinsam und gleichberechtigt erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vorlegen. In der Gesetzesbegründung wird dazu ausgeführt, daß die kommunale Selbstverwaltung hierdurch gestärkt werde. Da aber die Kreise und kreisfreien Städte allerdings zum Teil selbst Träger von Krankenhäusern sind, erhielten sie damit, wie schon ausgeführt wurde, aus unserer Sicht zu starke Einflußmöglichkeiten auf die Angebote anderer Krankenhäuser, zu denen die eigene Einrichtung in Konkurrenz steht. Der notwendige Abstimmungsprozeß würde hierdurch erheblich erschwert. Wir schlagen daher vor, die Konzepterstellung den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen allein anzuvertrauen.

§ 16 Abs. 2 ermöglicht grundsätzlich jedem einzelnen Krankenhausträger, selbst zu Verhandlungen eines Konzepts aufzufordern. Dies bedeutet eine Planung auf Basis von Einzelfallbetrachtungen. Eine zielgerichtete Umsetzung von Rahmendaten für eine Planungsregion wird hierdurch erheblich beeinträchtigt. Wegen der vorgesehenen Dreimonatsfrist, innerhalb derer die Verhandlungen eingeleitet werden müssen, besteht zudem dann unmittelbarer Handlungszwang. Auch hierdurch wird eine sachgerechte Krankenhausplanung erschwert. Besser wäre es aus unserer Sicht, einen Planungsrahmen vorzusehen, nach dem eine Planung auf Landesebene nach abgestimmten Kriterien und einem abgestimmten Zeitplan auf die Planungsregion heruntergebrochen wird. Dabei sollten dann zunächst die Planungsregionen fortgeschrieben werden, in denen nach objektivierbaren Kriterien vorrangiger Handlungsbedarf besteht.

In § 16 Abs. 3 ist vorgesehen, daß die Krankenhaugesellschaft die Anhörung durchführt. Auch hier meinen wir – wie alle anderen auch, insbesondere natürlich auch die Krankenhaugesellschaft selbst –, daß das nicht zielführend wäre. Die Anhörung sollte unserer Ansicht nach durch die zuständige Behörde durchgeführt werden.

In den Absätzen 4 bis 7 des § 16 wird das Verfahren zur Genehmigung der Konzepte dargestellt sowie das alternative Verfahren beschrieben, wenn ein Konzept nicht entwickelt werden kann. Die Verbände der Kostenträger stimmen dabei ausdrücklich der Letztentscheidung durch das Land zu.

Die letzte Neuaufstellung des Krankenhausplans wurde mit Zielplanhorizont 1985 vorgenommen. Mindestens in den letzten 13 Jahren wurden Änderungen des Krankenhausplans nur im Wege von Einzelfortschreibungen umgesetzt. Die für den Zielplanhorizont 1996 vorgesehene Neuaufstellung ist seinerzeit wegen der nicht einschätzbaren Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes zurückgestellt worden. Mit der Neufassung des KHG NW böte sich nunmehr die Chance, die Neuaufstellung des Krankenhausplans endlich durchzuführen.

Ich komme nun zu der für uns sehr zentralen Frage der Beteiligten an der Krankenhausversorgung. Dem Landesausschuß für Krankenhausplanung sollen nach dem Gesetzesentwurf zukünftig acht Vertreter und damit zwei zusätzliche Vertreter der Verbände der Krankenkassen angehören. Um Stimmenparität im Landesausschuß zu erreichen, ist es aus unserer Sicht jedoch erforderlich, daß neun Vertreter der Verbände der Krankenkassen als unmittelbar Beteiligte dem Landesausschuß angehören.

Ich sehe, daß es auf der linken Seite ein wenig Heiterkeit gibt. Vielleicht darf ich in Erinnerung rufen, wie die Zahlen aussehen. Die KGNW – das ist die Krankenhausseite – stellt fünf Vertreter. Die kommunalen Spitzenverbände – auch das ist die Krankenhausseite – stellen drei Vertreter. Die Kirchen stellen zwei Beteiligte. Das sind zusammen zehn. Dem stehen auf der anderen Seite, der Seite der Krankenkassen, neun Beteiligte gegenüber, und zwar acht von den gesetzlichen Krankenversicherungen und einer von der PKV. Ich würde mich wundern, wenn jetzt jemand sagen würde, daß das eine Übermacht der Krankenkassen sei. Wenn ich richtig zählen kann, gibt es hier ein Untergewicht, und das hätten wir ganz gerne ausgeglichen.

Auch der Bereich der privaten Krankenanstalten fehlt. Wir wissen, daß es da ein Konfliktfeld gibt. Es könnte ja sein, daß im Laufe des weiteren Verfahrens noch ein Vertreter auch dieser Gruppe, einer interessanten Rechtsform, aufgerufen würde, dort teilzunehmen. In diesem Fall würden wir darum bitten, auch bei uns noch eine weitere Person nachlegen zu dürfen.

Wir unterstützen das Ziel, mit der Neugestaltung der pauschalen Förderung die Kapazitätsanpassungen zu erleichtern. Bei Änderungen der Plandaten um mehr als 25 Prozent ist eine Neubewertung der Leistungspauschalen vorgesehen. Hier gilt es aus unserer Sicht, Regelungen zu finden, die die Motivation für die Schließung von Abteilungen erhöhen. Unser Vorschlag, den in Absatz 8 Satz 4 genannten Wert auf 30 Prozent zu erhöhen, wäre eine denkbare Erleichterung bei deutlichen Kapazitätsanpassungen. Wir können uns aber auch vorstellen, bei Abteilungsschließungen zum Beispiel für einen Zeitraum von drei Jahren eine Anpassung der Leistungspauschale und der bettenabhängigen Pauschale auszusetzen.

Die Übergangsvorschrift des KHG NW bedingt, daß bis zur Abstimmung der Rahmenvorgaben eine Fortschreibung des Krankenhausplans nicht möglich ist. Dadurch ergibt sich ein Handlungsdruck. Wir meinen, daß die Rahmenvorgaben noch im Jahre 1999 verabschiedet werden müssen; das sollte auch in das Gesetz geschrieben werden.

Vorsitzender Bodo Champignon: Danke schön, Herr Dr. Paffrath! – Herr Niggemann vom VdAK ist nicht erschienen, das gleiche gilt für Herrn Schröter vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Ich bitte deshalb Frau Krauß vom Landesverband der Betriebskrankenkassen um ihre Ausführungen.

Frau Krauß (Landesverband der Betriebskrankenkassen): Ich bitte um Nachsicht, daß wir die Einladung so wenig geschickt ausgefüllt haben, daß es zu einem Mißverständnis kommen konnte. Herr Dr. Paffrath hat im Namen der Kostenträger Nordrhein-Westfalens Stellung bezogen, so daß wir keine gesonderte Stellungnahme abgeben.

Vorsitzender Bodo Champignon: Wenn Sie sich darauf geeinigt haben, ist das in Ordnung. – Ich schlage vor, daß wir jetzt in eine Pause eintreten, und unterbreche die Sitzung.

(Unterbrechung von 14.50 bis 15.15 Uhr)

Meine Damen und Herren, die Sitzung ist wieder eröffnet. - Wir fahren mit der zweiten **Frage** fort. Das Wort hat Herr Kollege Kreutz.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Ich möchte zwei Fragen an Herrn Paffrath stellen. - Meine erste Frage: Herr Paffrath, Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme dargelegt, daß Nordrhein-Westfalen derzeit die höchste Bettendichte unter den Flächenbundesländern hat und dabei nur von den Stadtstaaten übertroffen wird. Nun sind ja Stadtstaaten Gebiete mit einem hohen Verdichtungsgrad der Bevölkerung. Das mag ein Grund dafür sein, daß die Bettendichte der Stadtstaaten so hoch ist. Könnte die Situation in Nordrhein-Westfalen, die Sie beklagen, etwas damit zu tun haben, daß Nordrhein-Westfalen in Gestalt des Rhein-Ruhr-Gebiets den größten hochverdichteten Ballungsraum Deutschlands aufweist?

Meine zweite Frage: Ich hatte vor einiger Zeit Gelegenheit, ein Aktionsprogramm der Spitzenverbände der GKV der Bundesebene durchzulesen, in dem ich den Hinweis fand, daß man sich im Bereich der Krankenhauspolitik an dem zusammenfassenden Stichwort "Konzentration auf leistungsfähige Standorte" orientiert. Leider habe ich in diesem Text nähere Erläuterungen, die einem eine Vorstellung vermitteln, was damit gemeint ist, nicht gefunden. Vielleicht könnten Sie einmal darstellen, welche Botschaften aus Sicht der Spitzenverbände der Grundsatz "Konzentration auf leistungsfähige Standorte" im Hinblick auf das gestufte Krankenhausversorgungssystem Nordrhein-Westfalens beinhaltet.

Dr. Dieter Paffrath: Herr Kreutz, ich möchte zunächst auf Ihre erste Frage hinsichtlich der Höhe der Bettendichte in den Stadtstaaten und der in Nordrhein-Westfalen, insbesondere im Ruhrgebiet, eingehen. Ein Stadtstaat ist zum einen Berlin, wo aus historischen Gründen eine Sondersituation besteht. Vor der Wiedervereinigung gab es einerseits im Ostteil der Stadt eine Konzentration des Angebots, weil dort für die DDR insgesamt praktische Medizin angeboten wurde, andererseits mußte im Westteil der Stadt, bedingt durch die Isolation, eine höhere Bettenanzahl vorgehalten werden, als man normalerweise bei Nichtabgegrenztheit hätte vorhalten müssen. Dadurch entstand in Berlin ein Überangebot an Betten.

Ein weiterer Stadtstaat ist Hamburg. Hierbei sollte man sich die Bettendichte von Schleswig-Holstein vor Augen führen. Schleswig-Holstein hat die geringste Bettendichte Deutschlands, hervorgerufen dadurch, daß sich diese beiden Länder, also der Stadtstaat Hamburg und das Umland, die medizinische Versorgung dieser Region teilen. Dadurch erklärt sich die besondere Konzentration an Betten in Hamburg.

Im Stadtstaat Bremen ist es so, daß 30 % der Krankenhausfälle Patienten aus Niedersachsen betreffen. Auch Bremen und Niedersachsen können also als eine Region betrachtet werden, wobei die Bettendichte dieser Region dem Durchschnitt entspricht.

Im Ruhrgebiet haben wir sogar eine etwas höhere Bettendichte als in Berlin. Das heißt also, Ihr Anliegen, im Ruhrbezirk eine Versorgung wie für eine Großstadt sicherzustellen, ist in jedem Fall gegeben. Denn wir haben dort eine - in Anführungsstrichen - "bessere" Versorgungssituation - sprich: eine dichtere Versorgung - als sogar in Berlin.

Ich komme nun zu Ihrer zweiten Frage. Sie haben die Spitzenverbände bzw. deren Grundsatz "Konzentration auf leistungsfähige Standorte" zitiert. Die Spitzenverbände sind der Auffassung - ich muß sie jetzt interpretieren, ohne die genaue Stelle des Zitats zu kennen -, daß man sich, wenn es darum geht, das Bettenangebot in Deutschland zu reduzieren, natürlich fragen muß, wo die Reduktion stattfindet. Mit diesem Grundsatz wird darauf Bezug genommen, daß im Krankenhausbereich vermehrt Wettbewerbselemente vorzufinden sind und es verstärkt Möglichkeiten gibt, die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zu vergleichen. Es liegt doch nahe, daß die Spitzenverbände sagen: Wenn in absehbarer Zeit bestimmte Angebote gestrichen werden müssen, dann sollten es diejenigen sein, die am wenigsten leistungsfähig sind. Das ist der generische Kern, der in dieser Aussage steckt.

Rudolf Henke (CDU): Herr Dr. Paffrath, wir haben vor einiger Zeit in einer ähnlichen Anhörung über einen Entwurf der CDU-Fraktion hinsichtlich eines Vorschaltgesetzes diskutiert - er ist inzwischen vom Parlament abgelehnt worden -, bei dem es um eine Änderung des pauschalen Investitionsförderverfahrens ging. In der damaligen Anhörung hatten Herr Niggemann und Herr Dr. Geck als Vertreter der Krankenkassen auf die zwingende Notwendigkeit hingewiesen, das pauschale Investitionsförderverfahren nicht vorab zu ändern, sondern es mit der Reform des Planungsinstrumentariums zu verbinden, da man diese beiden Dinge nicht trennen könne.

Nun lese ich in einer Stellungnahme mit der Überschrift "Gemeinsame Positionierung der Spitzenverbände der sozialen Krankenversicherung im Vorfeld der Bundestagswahl" die Forderung - ich zitiere -:

Die Krankenkassen, denen heute die Folgekosten der Kapazitätsplanung aufgebürdet werden, müssen hierbei echte Mitbestimmungsmöglichkeiten erhalten. Darüber hinaus sollte die Arbeit des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unter Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften mit einer nicht interessengebundenen Geschäftsführung auf den stationären Sektor erstreckt werden.

Wenn man sich so positioniert, dann folgt daraus gewissermaßen der politische Druck, nach der Bundestagswahl - unabhängig von Mehrheitsverhältnissen - auf der Bundesebene das Verfahren zur Krankenhausplanung noch einmal vollständig zu revidieren.

Nun zu meiner Frage: Würden Sie jetzt für den Fall, daß solche Änderungsbewegungen in Gang kämen, sagen: "Man muß die Reform der pauschalen Investitionsförderung so lange hinauszuziehen, bis es zu einer Änderung des Planungsverfahren kommt", oder würden Sie sagen: "Man kann an das Thema pauschale Investitionsförderung auch vorab herangehen"?

Dr. Dieter Paffrath: Ihre Frage enthält hypothetische Elemente. Einstweilen gehe ich davon aus, daß wir beide Elemente, nämlich die Planung und die Investitionsförderung, in einem Gesetzesvorhaben regeln. Das war ja das Anliegen, weswegen speziell Sie unsere Kollegen hier in diesem Hause ein bißchen "gegrillt" haben. Das Anliegen einer gemeinsamen Regelung wird jetzt in dem vorliegenden Gesetzesvorhaben durchgezogen. Das entspricht, so finde ich, genau dem, was wir damals hier vorgetragen haben.

Wenn Sie nun fragen, ob wir angesichts einer möglichen Veränderung auf Bundesebene das Verfahren hinhalten wollen, dann ist unsere Antwort: Dieses Anliegen haben wir um Gottes willen nicht. Denn wir arbeiten in diesem Land schon viel zu lange mittels Einzelfortschreibungen. Unser massives Anliegen ist es, nun nicht mehr, wie Sie damals sagten, auf Godot zu warten, sondern endlich eine Planung zustande zu bringen. Immer dann, wenn Gesetzesänderungen drohen, fällt man ja leicht in eine Art Todesstarre und sagt: Jetzt warten wir erst einmal, bis etwas passiert ist. Unsere Antwort ist: Bitte nicht mehr warten; wir müssen jetzt endlich zu einem Gesamtplan kommen.

Vera Dedanwala (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Gausmann und bezieht sich ebenso auf das Planungsverfahren. Ich glaube schon, daß wir neben der Neuordnung der pauschalen Förderungen auch dringlich eine Änderung des Planungsverfahrens brauchen. Wie beurteilen Sie die Machtgleichheit zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen in bezug auf die jährlichen Budgetverhandlungen, die ja zur Zeit auch Planungsänderungen beinhalten, und wie beurteilen Sie die Machtgleichheit zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen im Planungsverfahren, so wie es der Gesetzentwurf vorsieht?

Horst Gausmann: Es ist ja schon darauf hingewiesen worden, daß man mit möglichst gleich langen Spießen arbeiten sollte. Bei Verhandlungen auf Ortsebene, bei denen die Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassenverbänden, die ein Datengerüst haben, von dem ich nur träumen kann, allein agieren, ist eine Waffengleichheit sicherlich nicht gegeben. Außerdem kommt es zu erheblichen Interessengegensätzen, nämlich auf der einen Seite in bezug auf die Beitragssatzstabilität, die die Krankenkassen natürlich vorwiegend im Auge haben, und auf der anderen Seite in bezug auf das Erfordernis, eine Planung durchzuführen, die patientennah ist bzw. den Bedürfnissen der Patienten entspricht. Da gibt es Widersprüche. Man kann sich ausrechnen, welcher Gesichtspunkt sich bei den Krankenkassen durchsetzt.

Wir sind bei den Budgetverhandlungen - ich möchte das Wort jetzt einmal gebrauchen, auch wenn es sehr hart ist - erpreßbar. Wir müssen, wenn ein Gesamtangebot vorgelegt wird, in bestimmten Punkten nachgeben, bevor wir den langen Weg über Schiedsstellenverfahren und ähnliches gehen. Daher einigt man sich. Solche Einigungen bestimmen dann auch den Planungsprozeß, obwohl wir uns eigentlich nicht geeinigt hätten, wenn wir gleich lange Spieße gehabt hätten. Leider haben wir die aber nicht.

Vera Dedanwala (SPD): Würden Sie von daher der Forderung zustimmen, daß wir neben der Änderung der Vergabe der pauschalen Fördermittel auch ganz schnell eine Änderung des Planungsverfahrens brauchen, um die jetzt laufenden Verfahren abzulösen?

Horst Gausmann: Wenn wir ein Verfahren hätten, das zu unserer vollsten Zufriedenheit wäre, dann ja. Sie haben aber soeben gehört, daß ich zu einem anderen Ergebnis gekommen bin, nämlich zu dem Ergebnis, daß man das jetzige Planungsverfahren zunächst einmal beibehält und

Änderungen ausdiskutiert, um zu einer Regelung, die Akzeptanz auf allen Seiten findet, zu kommen, und daß man dann eine entsprechende Änderung vornimmt. Die Bewältigung des Finanzierungsproblem es aber ist zur Zeit so drängend, daß man dessen Lösung für den Fall vorziehen sollte, daß man beide Gesichtspunkte nicht gleichzeitig ändern kann. Eine gleichzeitige Änderung scheint aus unserer Sicht im Augenblick nicht möglich zu sein.

Marianne Hürten (GRÜNE): Auch ich möchte mich mit einer Frage hinsichtlich des Planungsverfahrens an Herrn Gausmann wenden: Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme - das haben Sie hier noch einmal vorgetragen -, daß Sie, also der Städte- und Gemeindebund, die Einbindung der Kreise und kreisfreien Städte in die Krankenhausplanung als sinnvolle und notwendige Konsequenz des Sicherstellungsauftrages der Krankenhausversorgung ansehen. Nun war aber von den verschiedenen Vertretern der Krankenhäuser zu hören, daß sie die Beteiligung von Kreisen und kreisfreien Städten als sogenannte Veranstaltung der Konkurrenz betrachten, da aus ihrer Sicht die Rolle von Städten und Kreisen eher die eines Trägers ist. Welche Möglichkeit sehen Sie - denn wir wollen ja irgendwann einmal einen geeigneten Kompromiß im Hinblick auf das Planungsverfahren erreichen -, die Kreise und kreisfreien Städte in ihrer Rolle als Gewährleister des Sicherstellungsauftrages einzubinden, ohne auf der anderen Seite durch eine doppelte Beteiligung der Krankenhausträger die Konkurrenzsituation zu stärken?

Horst Gausmann: Diese Konkurrenzsituation ist bei den Kommunen sicherlich nicht in dem Maße gegeben, wie das vorhin von Herrn Wengeler dargelegt worden ist. Die Kommunen sind zuständig für die allgemeine Daseinsvorsorge. Deswegen können sie nicht abseits stehen, wenn in ihren Gemeinden derartige Planungsverfahren durchgeführt werden, wobei auch zu erwähnen ist, daß es in einer Vielzahl von Kommunen gar keine Krankenhäuser gibt. Aber auch dann, wenn sie Krankenhäuser haben, werden sie nicht einseitig Partei ergreifen. Die Kommunen sind im übrigen im Gegensatz zu den Krankenkassen parlamentarisch kontrolliert. Da ist Willkür, wie befürchtet, gar nicht möglich.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Herr Paffrath, herzlichen Dank für Ihre informativen Antworten auf meine Fragen vorhin. - Ich möchte aber noch einmal nachfragen, ob Sie als Kostenträger Zahlen auf den Tisch legen können, die nach der Bettendichte einerseits im Gebiet des KVR und andererseits des sonstigen Nordrhein-Westfalens differenzieren, damit man die Relationen etwas besser vergleichen kann?

In bezug auf den Slogan "Konzentration auf leistungsfähige Standorte" interessiert mich, woran Leistungsfähigkeit gemessen wird. Ich frage das vor dem Hintergrund meiner Beobachtung, daß manche Vertragskündigungen seitens der Kassen Häuser betrafen, die schwarze Zahlen schrieben und die im Vergleich zu benachbarten Häusern hinsichtlich Verweildauer sowie weiterer Indikatoren relativ günstig dastanden. Deshalb stellt sich die Frage, wie Leistungsfähigkeit zu messen ist.

Da Sie in Ihrem mündlichen Statement noch einmal auf die Notwendigkeit abgehoben haben, nach objektiven Kriterien zu verfahren, würde ich von Ihnen gerne noch erfahren, wie aus Ihrer

Sicht die objektiv richtige Bettendichte zu bestimmen ist. Ich habe diese Frage schon einmal mit einem Ihrer Kollegen erörtert, der mich immer wieder auf die Zahlen von Baden-Württemberg hinwies, dazu aber, warum die Zahlen von Baden-Württemberg objektiv richtig sind, keine vertiefenden Ausführungen machen konnte.

Ich habe noch eine Frage an Herrn Gausmann: Die beabsichtigte Regelung, die Kreise und kreisfreien Städte in die Planung einzubeziehen, wird zum Teil deswegen kritisiert, weil zweifelhaft erscheint, ob dieses Beteiligungsangebot - es gibt ja keine Rechtsverpflichtung der kommunalen Ebene, das zu tun - in der Fläche im Regelfall auch tatsächlich wahrgenommen wird. Können oder wollen Sie als Vertreter der kommunalen Spitzenverbände eine Prognose abgeben, in welchem Umfang von diesem freiwilligen Beteiligungsangebot tatsächlich Gebrauch gemacht wird?

Dr. Dieter Paffrath: Die von Ihnen gewünschten Daten kann ich hier in diesem Rahmen natürlich nicht vortragen. Denn wir haben, wie Sie soeben hörten, eine sehr große Fülle von Daten hinsichtlich der Versorgung in diesem Land. Man müßte also darüber sprechen, wie wir die Informationen austauschen. Ich würde sie dem Parlament natürlich gerne zur Verfügung stellen, zumal sich auch aus diesen Zahlen ergibt, daß eine hohe Korrelation zwischen der Versorgungsdichte und unseren Ausgaben besteht.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich darf Sie bitten, mir diese Daten zuzuschicken. Ich werde sie dann dem Parlament bzw. dem Ausschuß zur Verfügung stellen.

Dr. Dieter Paffrath: Sie fragten dann danach, wie die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gemessen wird. Sie können sich vorstellen, daß das ein multidimensionales Problem ist. Sie dürfen davon ausgehen, daß wir die Leistungsfähigkeit auf keinen Fall nur nach Maßgabe der Kosten beurteilen. An erster Stelle steht bei uns die Qualität der Versorgung, die ein Haus gewährleisten kann, dann aber auch der Nutzungsgrad. Unter Beachtung der ICD-Struktur, also der Diagnosestruktur des Hauses, werden, wie Sie wissen, Krankenhausvergleiche angestellt. Wir arbeiten teilweise mit Krankenhäusern in sogenannten Benchmarking-Gruppen zusammen, weil wir der Ansicht sind, daß es eine objektive Formel für die Messung der Qualität nicht gibt. Man muß vielmehr unter Beteiligung des gesamten Know-how, das es in der Bundesrepublik gibt, am besten in Gruppen betrachten, wer der Beste im Lande ist, und analysieren, was er besser macht als andere, um von daher eine Vorstellung zu erhalten, wie gut ein Krankenhaus, das in allen Bereichen das Beste gewährleistet, sein kann. Diesen Benchmarking-Gedanken bringt auch das Land Baden-Württemberg immer wieder in die Diskussion ein.

Damit komme ich zu Ihrer dritten Frage: Wie mißt man den objektiv richtigen Bettenbedarf? Ich glaube, daß man das unter objektiven Gesichtspunkten nicht tun kann. Es gibt keinen objektiven Bedarf. Es gibt nur ein Verfahren, das uns dazu führt, zu hinterfragen, wie es in Nordrhein-Westfalen aussehen könnte. Wir sollten uns betrachten, welches Land in Deutschland das Land mit der kürzesten Verweildauer, dem besten Nutzungsgrad und der besten Qualität der Krankenhäuser ist. Wenn wir all diese Größen heranziehen, dann erhalten wir den

Bestwert, den wir erwarten können. Natürlich können wir jetzt nicht von allen verlangen, in allen Aspekten die Besten zu sein. Daher werden wir in einen Diskurs eintreten, um festzustellen, wie viele Abstriche wir im Hinblick auf den besten Bettenbedarf machen müssen.

Wir können hier keine objektive Wahrheit vortragen. Eine Lösung ist dem Diskussionsprozeß vorbehalten, für den durch dieses Gesetzesvorhaben die Grundlagen gelegt werden.

Horst Gausmann: Ich denke, daß jede Gebietskörperschaft, die die Aufgabe der Daseinsvorsorge, aber auch die der Wirtschaftsförderung wahrnimmt und die erkannt hat, daß Krankenhäuser arbeitsintensive Wirtschaftsbetriebe mit hohem Wachstumspotential sind, ein solches Beteiligungsangebot, wie Sie es genannt haben, ernst nimmt und davon Gebrauch machen wird. Insofern gehe ich von einer hundertprozentigen Beteiligung aus.

Rudolf Henke (CDU): Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Gausmann. Wenn ich mich richtig erinnere, dann hat Herr Rüsken in der ersten Expertenrunde den Satz formuliert, wonach alle Krankenhausträger Investitionen aus Eigenmitteln tätigen. Mich würde interessieren, ob Sie das für den kommunalen Bereich, den Sie hier vertreten, bestätigen können, ob es also tatsächlich so ist, daß Eigenmittel der Krankenhausträger in praktisch allen Häusern an der Stelle herangezogen werden, wo Landesmittel angezeigt wären.

Praktisch die gleiche Frage möchte ich Herrn Dr. Paffrath stellen: Wenn wir von den Eigenmitteln der Krankenhausträger sprechen, müssen wir auch von den Eigenmitteln der Krankenkassen im investiven Bereich sprechen. Mich würde interessieren, in welchem Umfang Sie von der Möglichkeit von Rationalisierungsinvestitionen Gebrauch machen und wie hoch die Lasten sind, die die Kassen in diesem Bereich tragen, damit man einmal ein Gespür dafür bekommt, wie sich die verschiedenen Lasten verteilen.

Herr Dr. Paffrath, ich glaube nicht, daß wir hier irgend jemanden "grillen" oder jemals "gegrillt" haben. Trotzdem möchte ich noch einmal in bezug auf das Thema Krankenhausplanung nachfragen. Ich kann gut verstehen, daß Sie sagen: Es ist eigentlich längst überfällig, wieder eine Krankenhausplanung durchzuführen. Nun wurde ja 1979 ein Plan erstellt, der von 1980 bis 1985 wirksam war. Wir hatten im Jahre 1992 das Verfahren nahezu so weit abgeschlossen, daß ein Plan hätte aufgestellt werden können, wenn nicht durch den Lahnsteiner Kompromiß und das Gesundheitsstrukturgesetz im Jahre 1993 die Voraussetzungen so geändert worden wären, daß man davon Abstand genommen hat, diesen Plan zu publizieren.

Wo im geltenden Recht sehen Sie ein Hindernis dafür, einen Krankenhausplan aufzustellen? Wir haben ja ein geltendes Recht, das die Aufstellung eines Krankenhausplanes vorsieht. Wenn Sie jetzt sagen, daß wir nur weiterkommen, wenn wir uns für ein neues Verfahren hinsichtlich der Aufstellung eines Krankenhausplanes entscheiden, dann stellt sich die Frage, warum das nicht mit Hilfe des geltenden Rechts erreicht werden kann. Was hält aus Ihrer Sicht davon ab, unter dem geltenden Recht einen Krankenhausplan aufzustellen?

Eine letzte Frage an Herrn Gausmann und Herrn Dr. Paffrath zu den Themen Bedarf und Qualität: Woher nehmen Sie die Kriterien hinsichtlich der Bestimmung des Bedarfs und der Quali-

tät? Sie haben ja soeben zu Recht darauf hingewiesen, daß schon ein Begriff wie die wohnortnahe Versorgung ein rechtlich unbestimmter Begriff ist, und haben ihn durch den Hinweis auf die abgestufte wohnortnahe Versorgung schärfen wollen. Dabei ist dann die Wohnortnähe ein Qualitätskriterium. Woher nehmen Sie, Herr Dr. Paffrath, Ihre Einschätzung, was Qualität ist, und wie kommen Sie, Herr Gausmann, als Vertreter der Kommunen zur Bestimmung des Bettenbedarfs einer Region? Denn dies müßten Sie ja in Ihrer Rolle als Vertreter der Kreise oder kreisfreien Städte tun.

Horst Gausmann: Zunächst einmal zu der Frage nach dem Eigenkapital. Wir müssen hier differenzieren, was unter Eigenkapital zu verstehen ist, also danach, ob es Geld des Trägers ist oder Geld, das die Krankenhäuser selber verdienen. Der erste Punkt ist illusorisch: Vom Träger gibt es kein Eigenkapital; die Haushaltssituation der Kommunen verbietet das. Die Krankenhäuser, die schwarze Zahlen schreiben, haben natürlich die Möglichkeit, Eigenfinanzierungen durchzuführen. Wie viele das können, weiß ich nicht. Das hängt davon ab, wie viele in einer wirtschaftlich guten und geordneten Situation sind. Ich weiß aber, daß es häufig notwendig ist, aus Eigenkapital zu finanzieren. Wenn eilige Investitionen anstehen und die betreffenden Häuser im Investitionsplan des Landes an einer unteren Stelle stehen, dann muß man sich überlegen, ob man wartet oder ob die Dringlichkeit der anstehenden Investition für die Entwicklung des Betriebes so wichtig ist, daß man sie aus Eigenmitteln finanziert. Manchmal bleibt nichts anderes übrig.

Deshalb hatte ich ja auch den Wunsch geäußert, die Finanzierung bestimmter dringender Projekte anders behandeln zu können, als das bisher der Fall war. Ich kann dafür keine Patentlösung anbieten. Aber ich denke, man müßte darüber einmal sprechen, damit die Krankenhäuser schneller und flexibler handeln und sich besser an die rasante Strukturentwicklung anpassen können.

Die Beantwortung der Frage, woran der Bettenbedarf gemessen wird, ist sehr schwierig. Wenn ich einmal von meiner Kommune, von Köln, ausgehe, dann können wir nur anhand der Nachfrage und der Belegung der einzelnen Häuser abschätzen, wie hoch der Bedarf ist. Die Wohnortnähe spielt für uns natürlich eine geringere Rolle. Ob bei einer solchen Entscheidung das Kriterium der Wohnortnähe Bedeutung hat, hängt davon ab, ob diese Entscheidung zum Beispiel im Paderborner Land oder in einer Großstadt zu treffen ist. In einer Großstadt würde sich ein Konzentrationsprozeß zu Lasten bestimmter Häuser kaum auswirken, dem ich allerdings nicht das Wort rede. Aber die Nachfrage spielt im Hinblick auf den Bettenbedarf natürlich eine entscheidende Rolle.

Dr. Dieter Paffrath: Sie fragten zunächst nach den Rationalisierungsinvestitionen, finanziert durch die Krankenkassen. Ich muß in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, daß wir im Rahmen der laufenden Kosten ohnehin die gesamten Instandhaltungskosten finanzieren. Soweit ich weiß, ist es nur in Ausnahmefällen zu Verträgen hinsichtlich der Gewährung von Rationalisierungsinvestitionen gekommen. Ich erinnere mich an Fälle, in denen wir Vereinbarungen über Blockheizkraftwerke und ähnliche Dinge getroffen haben. Aber das sind eher seltene Ereignisse.

Sie haben dann nach Hindernissen im geltenden Recht bezüglich der Aufstellung eines Krankenhausplanes gefragt. Ich glaube, daß wir auch mit dem geltenden Recht zu einer Planung gekommen wären. Das Problem ist nur: Wann immer eine Änderung des Rechts im Raume steht, entwickelt sich bei den Beteiligten eine Aktionsstarre. Wenn man sich einmal entschlossen hat, etwas Neues auf den Weg zu bringen, dann muß man, so denken wir, das auch durchziehen, um wieder handlungsfähig zu sein und nicht in einer Warteposition zu verharren. Dies ist auch der Grund dafür, daß Sie auf länger zurückliegende Zeiträume zurückgreifen mußten, um die entsprechenden Stichtage bezüglich der Aufstellung eines Krankenhausplanes zu nennen.

Zu Ihrer Frage nach Bedarf und Qualität: Die Frage des Bedarfs ist formal sehr einfach zu beantworten. Wie ermittelt man in einem Land den Krankenhausbettenbedarf? Dafür gibt es eine analytische Bettenbedarfsformel. Manch einer wird sie kennen. Sie beinhaltet die Einwohnerzahl, die Krankenhaushäufigkeit, die Verweildauer, den Nutzungsgrad usw. Nun könnte man sich fragen, woher diese Werte kommen. Man könnte sagen: Wir nehmen aus allen Bundesländern die Bestwerte. Dann hätten wir den besten Bettenbedarf für Nordrhein-Westfalen in die analytische Bettenbedarfsformel eingebaut. Das wäre zwar eine Zielvorstellung. Die haben wir aber nicht; dafür sind wir zu realistisch. Was wir allerdings auch nicht wollen, ist, daß man in dieser Formel die Ist-Verweildauer und den Ist-Nutzungsgrad erfaßt und dann mit anderen Worten nur sagen würde: Der Bedarf in Nordrhein-Westfalen entspricht dem tatsächlich bestehenden Angebot. Formal ist die Beantwortung dieser Frage also einfach, inhaltlich aber ist sie schwieriger zu klären. Darüber sollte gesprochen werden.

Der Aspekt der Qualität ist noch schwieriger zu klären, weil dies ein multidimensionales Problem ist. Was wir bei der Betrachtung von Krankenhäusern immer in Erwägung ziehen, um die Qualität zu beurteilen, ist zum Beispiel, ob gewisse Mindesthäufigkeiten bei bestimmten Operationen vorliegen. Es geht eben nicht an, daß eine komplexe Operation in einem Haus nur dreimal, während sie in anderen Einrichtungen zwanzig-, fünfzig- oder hundertmal im Jahr durchgeführt wird. Sie können davon ausgehen, daß eine solche Operation in der zweitgenannten Einrichtung besser erfolgt. Dies ist ein typisches Qualitätskriterium von vielen, die wir berücksichtigen.

Wir sehen uns aber auch an, inwieweit das spezifische Angebot von ergänzenden Angeboten umgeben ist, die notwendig sind, um dem Patienten ein qualitätsgesichertes Gesamtangebot zu bieten. Dann beachten wir den Disziplinenmix eines Krankenhauses. Häufig existiert ein Grundversorgungsmix und ein solitärer Schwerpunkt, der sich aber mit dem anderen Mix nicht vernünftig ergänzen kann. Dies sind drei typische Kriterien von bestimmt 20, die wir bei Qualitätsprüfungen in Betracht ziehen.

Marianne Hürten (GRÜNE): Herr Dr. Paffrath, Sie sprachen soeben von einem Benchmarking-Prozeß, in dessen Verlauf sich anhand objektiver Bewertungskriterien das beste Krankenhaus herauskristallisieren soll. Ich habe den Indikatoren, die Sie soeben beispielhaft genannt haben, überwiegend wirtschaftliche Gesichtspunkte entnommen. Sie haben in der ersten Expertenrunde dieser Anhörung feststellen können, daß für uns auch die Belange der Pa-

tienten, also die Würde und die Individualität der Patienten, eine Rolle spielen. Können Sie sich vorstellen, daß in dem von Ihnen angesprochenen Benchmarking-Prozeß auch diese Punkte und nicht nur die kürzeste Verweildauer und die höchste Belegungsdichte Berücksichtigung finden?

Dr. Dieter Paffrath: Ich habe vergessen zu erwähnen, daß in solche Benchmarking-Prozesse regelmäßig auch Auswertungen von Patientenbefragungen einfließen und auch einfließen müssen. Man könnte natürlich sagen, daß diese Befragungen sehr oberflächlich sind und eher nach dem Komfort oder der essensmäßigen Versorgung fragen. In aller Regel aber enthalten solche Befragungen eine Menge von Indikatoren, die zunächst zwar oberflächlich erscheinen, die aber stellvertretend sind für die Gesamtqualität des Krankenhauses. Inzwischen gibt es einige Abhandlungen, die diese Gesichtspunkte zumindest internen Kreisen darlegen. Patientenbefragungen sind also ein ganz wichtiges Element.

Das zweite Element: Wir als Krankenkassen bezahlen ja die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Dazu werden Experten eingeschaltet.

(Zuruf)

- Natürlich, wir bezahlen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wir zahlen regelmäßig je Fallpauschale konstante Beträge für die Qualitätssicherung. Das ist offensichtlich noch nicht durchgedrungen.

(Marianne Hürten (GRÜNE): Vielleicht ist das Geld bei den Leistungserbringern noch nicht angekommen!)

Wir haben entsprechende Vereinbarungen mit medizinischen Fachgesellschaften, die sich darum kümmern, wie aus den erhobenen Daten Qualitätskriterien, die brauchbar sind, entwickelt werden können.

Rudolf Henke (CDU): Ich würde von Ihnen, Herr Dr. Paffrath, gerne wissen, wie Sie das Thema "Kind im Krankenhaus" bewerten und ob Sie die Forderung teilen, Kinder und Jugendliche nur in pädiatrischen Abteilungen zu behandeln. Das ist eine Position, die zwar nicht aus den Zuschriften der an dieser Anhörung Beteiligten stammt, aber aus weiteren Zuschriften, die auch Gegenstand unserer Meinungsbildung sind.

Dr. Dieter Paffrath: Ich neige hier nicht zu einer dogmatischen Antwort, was bedeuten würde zu sagen, Kinder und Jugendliche nur in pädiatrischen Einrichtungen bzw. auf keinen Fall in pädiatrischen Einrichtungen zu behandeln. Das muß man sehr stark vom Einzelfall abhängig machen und allein aufgrund von Qualitätskriterien entscheiden.

Vorsitzender Bodo Champignon: Damit sind wir am Ende dieses Expertenblocks. - Ich möchte jetzt Herrn Dr. Conrads Gelegenheit zu einer **persönlichen Äußerung** geben. Er hatte mich darum gebeten.

Dr. Michael Conrads (Präsidiumsmitglied der Krankenhausgesellschaft NRW): Ich möchte auf Ihre Frage, Herr Arentz, ob über das in § 16 Abs. 3 Sätze 2 und 3 des Gesetzentwurfes vorgesehene Anhörungsverfahren und dessen mögliche Durchführung durch die KGNW nicht im Vorfeld gesprochen worden ist, zurückkommen. Ich möchte nicht, daß hier der Eindruck entsteht, daß darüber gar nicht gesprochen worden ist. Es hat in der Tat darüber Gespräche gegeben, zwar nicht offiziell mit der KGNW, aber mit Vertretern der freien Seite. Aus verfahrensrechtlichen Bedenken heraus haben wir sehr kurzfristig rückgemeldet, daß dieses Verfahren für uns nicht in Frage kommt.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich rufe den nächsten Expertenblock auf, die Vertreter der Ärztekammern und des Marburger Bundes. - Bitte, Herr Prof. Dr. Hoppe.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Präsident der Ärztekammer Nordrhein): Ich möchte mich aus der Sicht der Ärztekammer zu drei Punkten äußern.

Der erste Punkt betrifft das Beteiligungsverfahren im Rahmen der Krankenhausversorgung. Hier sind zum einen der Landesausschuß, der die Strukturfragen behandelt, und zum anderen die mittelbar Beteiligten vorgesehen, die, wie es in der Begründung des Gesetzentwurfes steht, die Umsetzung planerischer Vorgaben vor Ort durchzuführen haben.

Die Ärztekammern als Landeseinrichtungen - entsprechend den Landesteilen in Nordrhein-Westfalen gibt es zwei - sind dem zweiten Block, den mittelbar Beteiligten, zugeordnet. Das, so glauben wir, ist nicht richtig, und zwar deswegen, weil die Ärztekammern Aufgaben haben, die es notwendig machen, sie auch in diesem Zusammenhang mit Strukturverantwortung zu betrauen. Das würde die Größe des Landesausschusses verändern und wiederum Zahlenspiele ins Gespräch bringen. Wir möchten keine neuen Vertreter. Es würde hierbei - das sage ich schon im Vorhinein; da stimmt mein Amtsbruder aus Westfalen-Lippe sicher mit mir überein - ein Vertreter aus jeder der beiden Landesärztekammern ausreichen.

Ich möchte noch einmal an folgendes erinnern: Ärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Sie basieren auf einem Landesgesetz, das vom Landtag verabschiedet worden ist. Sie können sich nicht wie ein eingetragener Verein oder ein nicht eingetragener Verein auflösen. Sie müssen existieren und haben ganz bestimmte Aufgaben. Diese Aufgaben sind nicht mit der Vertretung von Arbeitnehmerinteressen zu verwechseln. Wir haben zum Beispiel die enorm wichtige Aufgabe der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, die in diesem Gesetzentwurf besonders betont wird. Weil aufgrund der gesetzlichen Regelungen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Krankenhausärztinnen und -ärzte und alle anderen Ärztinnen und Ärzte Mitglied der Ärztekammer sein müssen, sind wir in der Lage, die Kenntnisse, Erfahrungen und Anforderungen, die sich aus den unterschiedlichen Bereichen ergeben, gleichzeitig einzubringen, zu vertreten und dafür die entsprechende Verantwortung zu übernehmen.

Unsere zweite Aufgabe besteht in einer Clearingfunktion zwischen Wissenschaft und angewandter Medizin in Praxis und Krankenhaus. In der Begründung des Gesetzentwurfes werden den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften Funktionen übertragen. Das ist richtig. Aber es ist immer wieder zu erleben, daß sich wissenschaftliche medizinische Fachgesell-

schaften nur in dem Spitzengebiet ihrer Wissenschaft und vielleicht noch in dem Bereich, der mit der Zukunft zu tun hat, bewegen, während wir als Kammern eine Filterfunktion zwischen dem, was die Wissenschaft entwickelt, und dem, was für die breite Anwendung nützlich und erforderlich ist, einnehmen und damit zu einer Weiterentwicklung zu vernünftigen Strukturen beitragen.

Schließlich sind wir verantwortlich dafür, die Bildung der Ärztinnen und Ärzte nach ihrem Studium an der Universität sowohl von der Ordnung her zu gestalten als auch von der Durchführung her zu vollziehen. Alles, was mit Spezialisierung zu tun hat, die ja heute unumgänglich ist - Ärztinnen und Ärzte ohne Spezialisierung können im Bereich unserer sozialen Sicherungssysteme aufgrund der Vorschriften des Bundesgesetzgebers nicht mehr tätig werden -, liegt in unserer Verantwortung. Die Ordnung, die sich damit beschäftigt, heißt Weiterbildungsordnung. Man könnte sie aber auch Facharztordnung, Spezialisierungsordnung oder wie auch immer nennen.

Diese Ordnung hat mehrere Funktionen: Sie hat nicht nur eine Bildungsfunktion gegenüber dem Nachwuchs, sondern auch Funktionen hinsichtlich der Schlichtung von Streitigkeiten vor Gerichten und strukturell in bezug auf die Gestaltung von Krankenhäusern. Es ist zum Beispiel seit vielen Jahren so, daß unser Aufsichtsministerium, also das frühere MAGS bzw. das jetzige Ministerium, Abteilungen in Krankenhäusern nur einrichtet, wenn die Weiterbildungsordnung eine entsprechende Struktur vorgibt, wenn also Ärztinnen und Ärzte vorhanden sind, die in der Lage sind, eine entsprechende Qualifikation in die Waagschale zu werfen und damit sicherzustellen, daß kein Luftschloß gebaut wird, sondern daß das Angebot einer qualitativ hochwertigen Medizin gesichert werden kann.

Dafür, daß wir diese Aufgabe wahrnehmen, haben wir vor kurzem ein praktisches Beispiel geliefert. Vielleicht weiß der eine oder andere von Ihnen davon. Es gab im Köln-Bonner Raum eine Auseinandersetzung zum Thema Weiterentwicklung der Herzchirurgie, wobei es darum ging, neue herzchirurgische Einrichtungen zu installieren. Hier haben wir unsere Filterfunktion anerkanntermaßen erfüllt, indem wir klargestellt haben, was wünschenswert und vernünftig ist und was sich in Zukunft weiterentwickeln kann.

Wir möchten Sie deswegen bitten, noch einmal die Diskussion darüber aufzunehmen, ob die ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehene Einbeziehung der Ärztekammern in den Landesausschuß nicht gesetzlich festgeschrieben werden sollte.

Der zweite Punkt betrifft § 7 des Gesetzentwurfes, das heißt das Thema Qualitätssicherung. Gemeint ist die interne und externe Qualitätssicherung. Wenn von Bezahlung gesprochen wird, dann sollten wir uns darüber einig sein, daß Qualitätssicherung in allen Bereichen unserer Gesellschaft, also überall dort, wo Dienstleistungen erbracht oder Produkte hergestellt werden, auf die Dauer über den Preis bezahlt wird. Das ist im Medizinbetrieb noch nicht üblich, weil man Qualitätssicherung dort als etwas Besonderes empfindet. Es ist ein Fehler, daß man das tut. In der Übergangsphase mag das zwar so sein. Auf die Dauer aber sollte man auch hier ganz klar feststellen: Eine Dienstleistung, die in diesem Bereich erbracht wird, ist von der Struktur, der Idee her das gleiche wie Dienstleistungen in anderen Bereichen und ist über den Preis zu finanzieren.

Wir Ärztekammern sind, was die ärztliche Arbeit angeht, Motoren in der Frage der Entwicklung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Die beiden Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen sind im Vergleich zu anderen Ärztekammern sogar Rennmotoren. Es gibt Regionen, in denen die Qualitätssicherung noch relativ brachliegt. In den letzten Jahren wurde auf dem Boden des existierenden Gesetzes und der mittlerweile bundesgesetzlich festgeschriebenen Ordnung durch die drei beteiligten Partner, nämlich die Krankenhausgesellschaft, die Krankenkassenversicherungen und die Ärztekammern, eine mustergültige und für andere vorbildliche Struktur entwickelt, die sehr erfolgreich und sehr konstruktiv ist.

Durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung, den Kammern, mit denen eigentlich Einvernehmen erzielt werden sollte, im Hinblick auf die Qualitätssicherung keinen klaren Auftrag zuzuweisen, entsteht die Gefahr, daß etwas zerstört wird, was sich positiv entwickelt hat. Wir hatten in der letzten Zeit einige Irritationen im praktischen Erleben des Qualitätssicherungsgeschäftes - ob dies durch den vorliegenden Gesetzentwurf bereits induziert wurde, weiß ich nicht -, was völlig überflüssig war. Dies wäre vielleicht nicht zustande gekommen, wenn man über den Gesetzentwurf erst gar nicht diskutiert hätte.

Wir möchten Sie also herzlich bitten, die in § 7 des Gesetzentwurfes vorgesehene Formulierung um den Teil des § 7 des jetzt gültigen KHG NW, der die Einbeziehung der Ärztekammern betrifft, zu ergänzen. Der Text würde dann so lauten - Sie können das in unserer Stellungnahme nachlesen -:

Die Krankenhäuser gewährleisten die interne Qualitätssicherung, insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergebnisse und Versorgungsabläufe. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen und nach Maßgabe der Festlegung der aufgrund von Bundesrecht an der Qualitätssicherung Beteiligten externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen.

Dieser Grundsatz muß so lange im Gesetz stehen, bis er für jeden ein Selbstgänger ist. Dann wird sich daraus vielleicht eine ganz neue Philosophie entwickeln.

Der dritte Punkt betrifft den Ärztlichen Dienst, der im bisherigen Gesetz in § 34, jetzt in § 36 geregelt wird. Der im Jahre 1987 beschlossene § 34 war zumindest aus unserer Sicht - ich glaube, auch aus der Sicht vieler Krankenhäuser - im Vergleich zu dem Gesetz von 1975 ein Rückschritt. Sie sollten sich noch einmal das diesbezügliche Gesetz von Rheinland-Pfalz betrachten. Die Rheinland-Pfälzer haben eine Regelung getroffen, die es den Krankenhäusern möglich macht, Strukturen des ärztlichen Dienstes, ärztliche Vorstände und dergleichen mehr zu installieren, die sich in der Vergangenheit bewährt haben und nur aufgrund eines Gerichtsurteils gescheitert sind - denn sie dürfen nicht aufgezwungen werden -, die aber im Rahmen unserer Verfassung nicht unmöglich sind. Wäre es also nicht sinnvoll, die Möglichkeit zur Bildung solcher ärztlichen Strukturen wieder zu eröffnen und insofern § 36 des jetzigen Gesetzentwurfes dahin gehend zu erweitern?

Ich bin immer stolz gewesen, daß wir hier in Nordrhein-Westfalen in einem Land leben, das im gesundheitspolitischen Bereich im Vergleich zu anderen Bundesländern eine Führungsfunktion innehat. Wir haben uns gerne daran beteiligt, diese Funktion zu verteidigen und auszubauen. Wenn wir das Niveau zum Beispiel der Qualitätssicherung oder anderer Bereiche in unserem Land reduzieren und Potentiale verschenken, dann könnten wir diese Führungsfunktion gefähr-

den. Ich möchte für unsere Kammer erklären, daß wir bereit sind, das zu verteidigen, was wir errichtet haben. Deshalb bitte ich, unseren Voten besonderes Gehör zu schenken.

Dr. Ingo Flenker (Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe): Eine Landtagsanhörung zu einem so wichtigen Thema wie die Novellierung des Krankenhausgesetzes, das viele Gruppierungen, viele Menschen in diesem Land betrifft, bringt es natürlich zwangsläufig mit sich, daß es im Rahmen der Anhörung zu Wiederholungen der Argumente bzw. der positiven oder negativen Aspekte dieses Gesetzentwurfes kommt. Sie alle kennen das. Aus diesem Grunde möchte ich darauf verzichten, meine schriftlichen Ausführungen, die Sie gelesen haben, die Sie kennen, hier noch einmal mündlich vorzutragen. Ich möchte mich vielmehr bewußt auf drei Punkte beschränken.

Erster Punkt. Die Novellierung des Krankenhausgesetzes von Nordrhein-Westfalen ist überfällig. Nicht Fortschreibung, sondern Neubeginn ist das Gebot der Stunde. 13 Jahre Einzelfortschreibung des Krankenhausplans bzw. der einzelnen Häuser sind genug. Ich sage deshalb bewußt an erster Stelle: Die Ärztekammer Westfalen-Lippe begrüßt die Novellierung des Krankenhausgesetzes und auch die Intentionen des Gesetzentwurfes, nämlich zu mehr Kooperation und besserer Zusammenarbeit der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu kommen.

Zweiter Punkt. Der Entwurf sieht bekanntlich vor, daß der Krankenhausplan alle zwei Jahre neu veröffentlicht wird. Das ist ein wichtiger Beitrag für die dringend erforderliche Planungssicherheit der Kliniken in unserem Land. Ein Krankenhausplan, der kontinuierlich als Gesamtwerk aufgestellt wird, führt zu mehr Transparenz und damit zu mehr perspektivischen Ansätzen für die Leistungsplanung eines jeden einzelnen Krankenhauses. Mit der regelhaften Veröffentlichung des Krankenhausplans nach dem neuen Gesetz endet die unbefriedigende Phase der Einzelplanfortschreibung. Dieser Punkt ist aus unserer Sicht uneingeschränkt zu begrüßen.

Das neue Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen will Antworten geben auf die veränderten Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens. Stichworte dafür sind leistungsgerechte Vergütung und mehr Wettbewerb. Der Gesetzentwurf erhebt den Anspruch, diesen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Daher muß er sich an diesem Anspruch messen lassen. Die Steuerungselemente "leistungsgerechte Versorgungsstrukturen" und "Wettbewerb" stehen nicht allein für den Krankenhausbereich; sie sind Ausdruck eines ökonomisch-politischen Mainstreams mit großer Prägekraft. Die Kräfte, die hier wirken, heißen Subsidiarität, Dezentralisierung sowie Verschlinkung der Strukturen in Wirtschaft, Staat und Verwaltung. Das Krankenhausgesetz unseres Landes muß auch daran gemessen werden, wie paßgenau die Planungsgrundsätze und Verfahren des Gesetzes auf diese Rahmenbedingungen abstellen.

Mehr Wettbewerb der Leistungserbringer und die im Gesetzentwurf verankerte Letztverantwortlichkeit des Landes für die Krankenhausplanung stehen natürlich in einem gewissen Spannungsfeld. Der Gesetzentwurf sieht vor, den unmittelbar an der Versorgung Beteiligten ein größeres Mitgestaltungsrecht einzuräumen. Damit erschließen sich Möglichkeiten, die Versorgungsstrukturen viel zeitnäher als bisher an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. Die Intention, die unmittelbar an der Versorgung Beteiligten einzubinden, begrüße ich nachdrücklich. Die dezentral vorhandenen Wissensbestände werden so eingebaut. Dies ist gut und richtig.

Dieses Ziel sollte aber auch im gesamten Gesetzentwurf in voller Konsequenz verfolgt werden. Hiervon kann leider nicht die Rede sein. Ich komme gleich darauf zurück.

Ich sagte bereits: Das Wettbewerbsparadigma und die in der Krankenhausfinanzierung begründete Pflicht des Landes zur Sicherstellung der stationären Versorgung der Bürgerinnen und Bürger unseres Landes stehen in einem natürlichen Spannungsverhältnis. Es gibt im Gesundheitswesen Grenzen des Wettbewerbs. Auch eine unmittelbare planerische Einbindung der an der Versorgung Beteiligten entbindet die Landesregierung nicht von ihrer zugewiesenen Letztverantwortung. Ich bin der Auffassung, daß in dem vorliegenden Gesetzentwurf der Wunsch nach Letztverantwortung des Landes für die stationäre Krankenhausversorgung berücksichtigt worden ist. Ich möchte dies ausdrücklich begrüßen.

Letzter und dritter Punkt. Diesen von mir genannten positiven Aspekten des Gesetzentwurfes stehen leider auch gravierende Schwächen gegenüber. Die Hauptschwäche ist die unzureichende Einbindung der Strukturkompetenz der Ärztekammern in die Krankenhausplanung. Aufgrund ihrer besonderen Strukturkompetenz in Weiterbildungsfragen ist es unabdingbar, die Ärztekammern als unmittelbar Beteiligte in den Landesausschuß für Krankenhausplanung einzubeziehen.

Das Gesamtspektrum ärztlicher Tätigkeiten ist heute ein hochkomplexes Gebilde, das in der Weiterbildungsordnung der Kammern seine Abbildung findet. Die derzeit gültige Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe - ich gehe davon aus, daß die der Ärztekammer Nordrhein nicht wesentlich davon entfernt ist - ist in 41 Gebiete aufgegliedert. Dazu kommen 18 Schwerpunktweiterbildungen, 22 Zusatzbezeichnungen und 22 fakultative Weiterbildungen. Sie sehen an der Fülle der Weiterbildungsmöglichkeiten, welche enorme Fortentwicklung das medizinische Wissen in den letzten Jahren erfahren hat. Dies spiegelt sich in der Weiterbildungsordnung wider. Die Umsetzung und Aktualisierung des ärztlichen Weiterbildungsrechts ist eine originäre Aufgabe der Ärztekammern. Dieser Bereich ist einer der dynamischsten Bereiche der Kammertätigkeit.

Die Kernaufgabe der Krankenhausbedarfsplanung liegt bekanntlich in der Feststellung der Grundsätze und Leitlinien der Krankenhausversorgung und - darauf aufbauend - in der Gewährleistung eines abgestuften Systems einander ergänzender leistungsfähiger Kliniken. Als vor 23 Jahren das erste Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen verabschiedet wurde, waren das ärztliche Weiterbildungsrecht und damit die Struktur ärztlichen Handelns weit entfernt von der heutigen Differenzierung. Bis zum Jahre 1970 hatten wir lediglich 16 Facharztbezeichnungen ohne die von mir soeben aufgeführten weiteren Differenzierungen in Fachkunden, fakultative Weiterbildungen, Zusatzbezeichnungen und ähnliches. Zu der damaligen Zeit, vor 23 Jahren, mag es vertretbar gewesen sein, die Strukturkompetenz der Ärztekammern nur mittelbar in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Im Jahre 1998 kann dies aufgrund der hochkomplexen Struktur ärztlichen Handelns nicht mehr zeitgerecht sein.

Ich möchte einmal folgendes sehr deutlich zum Ausdruck bringen - Herr Prof. Hoppe hat das in seinem Statement schon angedeutet -: Es besteht eine eindeutige Beziehung zwischen Weiterbildungsrecht, Weiterbildungsordnung und Krankenhausplanung. Wenn bestimmte Weiterbildungsinhalte nicht durch Ärztekammern vermittelt worden wären, gäbe es bestimmte Strukturen bzw. bestimmte Abteilungen in Kliniken nicht. Wir hätten vielleicht nur chirurgische Abtei-

lungen. Aber es wäre nie dazu gekommen, diese Abteilungen weiter in orthopädische oder urologische Abteilungen zu differenzieren.

Stationäre Krankenhausplanung ist ja letztlich nichts anderes als die praktische Umsetzung des Weiterbildungsrechts in stationäre Versorgungsstrukturen. Dies darf bei der Gestaltung des neuen Rechts nicht unberücksichtigt bleiben. Ich halte es für geradezu unverzichtbar, daß die Ärztekammern als Sachwalter und Gestalter des ärztlichen Weiterbildungsrechts in die Pflicht genommen werden, den Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin zu beschreiben.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal versuchen - Herr Kollege Hoppe hat das bereits getan -, ein vielleicht vorhandenes Mißverständnis auszuräumen. Wie Sie wissen, war in § 17 Abs. 1 des Referentenentwurfes vom Juni 1997 vorgesehen, die Ärztekammern in den Kreis der unmittelbar Beteiligten aufzunehmen. Der heute hier vorliegende und zu diskutierende Gesetzentwurf schreibt in § 17 Abs. 2 den unzeitgemäßen Status von vor 23 Jahren fort, und zwar die Beteiligung der Kammern als mittelbar Beteiligte. Dieser Sinneswandel der Landesregierung gründet sich vielleicht auf dem Mißverständnis, daß Ärztekammern ausschließlich als Vertreter ärztlicher Interessen, als Vertreter bestimmter Partikularinteressen, gesehen werden.

Es ist sicherlich keine Frage, daß unser liberal-korporatistisches Gesundheitswesen interessengeleitet ist. Selbstverständlich vertrete ich hier als Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe ärztliche Interessen. Aber ich vertrete nicht die Interessen einer einzelnen Fachgruppe oder eines Teils der Ärzteschaft, sondern die Interessen der Gesamtärzteschaft. Ich glaube schon, daß sich eine Körperschaft öffentlichen Rechts, wie es die Ärztekammern sind, deutlich von Arbeitnehmervertretungen unterscheidet. Ich würde als Repräsentant des Marburger Bundes, als gewerkschaftlicher Vertreter der angestellten und beamteten Ärzte, nie fordern, in den Kreis der unmittelbar Beteiligten aufgenommen zu werden. Der entscheidende Unterschied, was die Ärztekammern betrifft, ist: Die Ärztekammern sind als Körperschaft nicht einzelnen Fachgruppen oder Gruppierungen, sondern der Gesamtärzteschaft und dem Gesamtwesen dieses Staates verpflichtet. Sie sind wie kein anderer in der Lage, ein medizinisch-fachlich begründetes Struktur-optimum zu beschreiben. Es wäre fatal, wenn wir auch in Zukunft diesen immensen Wissensfundus der Ärztekammern ungenutzt lassen würden und dieser Wissensfundus nicht systematisch für die Krankenhausplanung erschlossen würde.

Ich fordere mit Nachdruck für die Ärztekammern - das darf ich sicherlich auch im Namen von Herrn Prof. Hoppe tun - zweierlei:

Erstens. Die Ärztekammern müssen dem Landesausschuß als unmittelbar Beteiligte gemäß § 17 Abs. 1 des Gesetzentwurfes angehören und in diesem Gremium bei der Gestaltung der Rahmenvorgaben und Schwerpunktfestlegungen mitwirken. Eine Beteiligung der Kammern über Unterausschüsse, wie jetzt in § 17 Abs. 4 vorgesehen, ist nicht sachgerecht.

Zweitens. Die Ärztekammern müssen in das Genehmigungsverfahren bei den sonstigen Festlegungen nach § 16 Abs. 5 des Gesetzentwurfes in bezug auf die Beachtung des allgemeinen Standes von Wissenschaft und Technik in der Medizin einbezogen werden.

Ich hoffe sehr, meine Damen und Herren Abgeordnete, daß im Rahmen des jetzt stattfindenden parlamentarischen Verfahrens diese gravierende Schwäche des Gesetzentwurfes ausgeglichen

wird und in Zukunft nicht auf den Sachverstand der Ärztekammern bei der Krankenhausplanung verzichtet wird.

Rolf Lübke (Geschäftsführer des Marburger Bundes - Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz): Ich möchte Ihnen in Form einer Verkürzung meines Statements gewisse Synergieeffekte zu meinen beiden Vorrednern unmittelbar zugute kommen lassen. Ich beschränke mich daher auf wenige Punkte und verweise im übrigen angesichts einer ganzen Reihe von Änderungsvorschlägen, die der Marburger Bund zu unterbreiten hat, auf unsere schriftliche Stellungnahme.

Kernpunkt des Gesetzentwurfes - das hat heute die Anhörung gezeigt - ist die Neustrukturierung der Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen. Wir sehen zunächst einmal Handlungsbedarf in bezug auf die seit etwa 1992 praktizierte Einzelplanfortschreibung, die den Handlungsdruck massiv verstärkt hat, weil wir ohne immensen Aufwand kaum noch einen landesweiten Überblick über das erhalten, was Gegenstand des Planungsverfahrens ist, was im einzelnen - zum Teil nacheinander - in das Planungsverfahren einbezogen wird und von einander abhängig ist. Wenn wir uns einige Planungsverfahren der letzten Monate im Köln-Bonner Raum vor Augen führen, so ist zu erkennen, daß einzelne Stellungnahmen bereits fristgemäß abgegeben und daß zu ähnlichen Themen aufgrund von Anträgen anderer Krankenhäuser vergleichbare Verfahren eingeleitet worden sind, so daß dann das, was in früheren Verfahren bzw. Einzelplanfortschreibungen Gegenstand der Beratungen war, wieder offengehalten werden mußte. Insoweit bietet der Gesetzentwurf einen richtigen Ansatz.

Im Hinblick auf die Novellierung der Rahmenplanung aber sehen wir ähnlich wie die Krankenhausgesellschaft die Notwendigkeit einer weitergehenden Festlegung, wobei wir grundsätzlich begrüßen, daß das Land seine Letztverantwortung in bezug auf die Krankenhausplanung beibehält. Das war im Referentengesetz in dieser Form, jedenfalls aus unserer Sicht, nicht vorgesehen. Die Rahmenvorgaben sollten jedoch nach unserer Meinung - ich kann hier auf vorangegangene Statements verweisen - auch den Standort enthalten. Unseres Erachtens sollten dort auch Schwerpunktfestlegungen und gegebenenfalls Fachaufteilungen erfolgen.

Hinsichtlich der sonstigen Regelungen des Gesetzentwurfes in bezug auf die Planung sehen wir eine Schwäche darin, daß insbesondere die Konkretisierung, auf welcher Planungsebene und in welcher Planungsgröße eine Abstimmung vollzogen werden soll, also ob sie auf Kreisebene, auf der Ebene der bisherigen Versorgungsgebiete oder auf Regierungsbezirksebene durchzuführen ist, fehlt. Wir haben uns im Zusammenhang mit dem Referentenentwurf dagegen ausgesprochen, die Abstimmung auf zu kleine Operationsgebiete zu beschränken. In diesem Bereich sehen wir ähnlich wie die Vertreter der Krankenhausträger noch einigen Nacharbeitungsbedarf.

Dies wirft die Frage auf, ob man das bisherige Planungsverfahren zunächst einmal fortführen sollte. Ich meine dabei nicht das bisher praktizierte Einzelplanfortschreibungsverfahren, sondern das Planungsverfahren, wie es im bisherigen Gesetz als Regelplanungsverfahren festgeschrieben ist, gegebenenfalls kombiniert mit der Zeitbefristung, die mein Vorredner hervorgehoben hat und die seitens des Marburger Bundes volle Zustimmung findet. Denn man kann vieles nur erreichen - ich bin Jurist -, wenn man es an Fristen bindet. Insoweit wäre es für alle Beteiligten vielleicht schon in der Vergangenheit ein Vorteil gewesen, wenn die Novellierung bzw.

Wiederauflage eines Krankenhausplanes an regelmäßige Fristen und regelmäßige Veröffentlichungen gebunden gewesen wäre. Man hätte es dann nicht so lange mit dieser von allen Beteiligten als nicht optimal angesehenen Einzelplanfortschreibung bewenden lassen können.

Was aus unserer Sicht in jedem Fall einer unverzüglichen Umsetzung in Gesetzesnormen bedarf - wir haben das in unserer Stellungnahme zu dem CDU-Gesetzentwurf hinsichtlich einer pauschalen Förderung bereits angeführt -, ist die Loslösung der Vergabe der pauschalen Fördermittel von der Bettenzahl. Dabei scheint in den Auffassungen weitestgehend Übereinstimmung zu bestehen. Es ist aus unserer Sicht sehr bedauerlich, daß der Landtag diesem Gesetzentwurf nicht zugestimmt hat. Man hatte in diesem Zusammenhang manchmal den Eindruck, daß eine sinnvolle Regelung als Faustpfand für andere Dinge zurückgehalten worden ist. Das sollte, so meinen jedenfalls wir, nicht sein.

Im Hinblick auf die personelle Zusammensetzung der an der Krankenhausplanung Beteiligten, insbesondere im Hinblick auf die Stärkung der Position der Ärztekammern in diesem Zusammenhang, kann ich mich meinen beiden Vorrednern vollinhaltlich anschließen. Auch wir sehen die Notwendigkeit, die Kammern als Körperschaften öffentlichen Rechts und als Vertretung des gesamten Spektrums der Ärzteschaft insbesondere aufgrund ihrer Verantwortung und ihrer nicht nur Vordenker-, sondern auch Vorreiterrolle im Rahmen der Fachzuordnung bestimmter Leistungen, was letzten Endes eine Fachaufteilung in den einzelnen Krankenhausabteilungen induziert, in ihrer Position zu stärken. Auch der Marburger Bund spricht sich dafür aus, die Ärztekammern in den Kreis der unmittelbar an der Planung zu Beteiligten aufzunehmen.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung kann ich mich auf meinen Vorredner beziehen. Ich weiß, daß mein Vorredner die ähnliche Auffassung vertritt, nämlich daß in diesem Bereich die alte gesetzliche Regelung vorzuziehen ist. Insoweit verweisen wir auf den Formulierungsvorschlag in der Stellungnahme der Ärztekammer Nordrhein.

Schlußendlich noch zwei alte Hüte, wie die einen sagen mögen. Denn diese Punkte waren schon einmal gesetzlich geregelt, und zwar in dem Gesetz, das in Nordrhein-Westfalen bis Ende der 80er Jahre Geltung hatte. Es ist aber aus verfassungsformalen Gründen für den Anwendungsbereich der konfessionellen Krankenhäuser aufgehoben worden. Das betrifft zum einen die Regelung der inneren Struktur in den Krankenhäusern und zum anderen die Pflicht zur Beteiligung der Mitarbeiter an den Liquidationseinnahmen der Abteilungsleiter. In beiden Punkten favorisieren wir nachhaltig eine ausdrückliche gesetzliche Regelung unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes. Wir haben bereits im Gesetzgebungsverfahren von 1987 ausdrücklich hervorgehoben, daß man kirchenkompatible Lösungen treffen kann.

Manchmal kann man auch von kleinen Nachbarländern - hier ist es das südliche Bundesland Rheinland-Pfalz - lernen bzw. ein wenig abschauen. In dem betreffenden Gesetzestext von Rheinland-Pfalz sind Festlegungen enthalten, die zum einen die Aufgabenbereiche und Zuordnungen der inneren Struktur, also in bezug auf den ärztlichen Vorstand, den ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie dessen Kompetenzen im Rahmen der Betriebsleitung, regeln und zum anderen die Krankenhäuser verpflichten, die Beteiligung der Mitarbeiter an den Liquidationseinnahmen der Chefarzte vertraglich zu regeln, mit der Maßgabe bzw. dem Vorbehalt, daß die konfessionell getragenen Krankenhäuser entsprechend ihrer kirchlichen Zielsetzung andere Regelungen treffen können, wenn sie das denn wollen. Bisher gibt es in Rheinland-Pfalz - mit

zwei Ausnahmen - keine kirchenspezifischen Regelungen, sondern die 1:1-Übernahme der - bezogen auf die kirchlichen Träger - gesetzlichen Vorschläge.

Insoweit meinen wir, daß der Weg, den das Land Rheinland-Pfalz eingeschlagen hat, auch für Nordrhein-Westfalen sinnvoll wäre, das ansonsten in der Gesundheitspolitik - da schließe ich mich meinen Vorrednern an - meinungs- und federführend ist. In zwei Teilbereichen aber ist das südlich gelegene, von unserem Landesverband mitbetreute Bundesland Rheinland-Pfalz ein kleines Stück voraus. Als großer nördlicher Partner kann man es ja ruhig einmal hinnehmen, von einem kleinen Land abzuschauen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Meine Damen und Herren, wir kommen zu einer weiteren **Fragerunde**. Das Wort hat Herr Kollege Kreutz.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Ich habe Fragen an Herrn Dr. Hoppe und an Herrn Dr. Flenker.

Zur ersten Frage: Mir ist weder anhand Ihrer schriftlichen noch Ihrer mündlichen Ausführungen deutlich geworden, welche Meinung die beiden Ärztekammern zu dem hauptsächlich umstrittenen Thema der Planung haben. Vielleicht könnten Sie noch einmal in ein oder zwei Sätzen verdeutlichen, ob Sie in der Tendenz und unterm Strich die beabsichtigte Regelung eher begrüßen oder ob Sie sich eher der Seite anschließen, die Bedenken geltend gemacht hat. Das ist wohl nicht zuviel verlangt. Denn wenn man den Anspruch erhebt, im Kreis der unmittelbar an der Planung Beteiligten mitzuwirken, sollte man auch hinsichtlich der hochrangigen Streitpunkte Position beziehen.

Zur zweiten Frage: Ich habe die Wahrnehmung, daß das Begehren der Ärztekammern, in den Kreis der unmittelbar Beteiligten aufgenommen zu werden, auf ein Bedenken stößt, das sich darauf gründet, daß Teile der Fachöffentlichkeit und der Politik glauben, daß der Schwerpunkt der Mitgliedschaft der Ärztekammern bei den niedergelassenen Ärzten liegt. Möglicherweise wäre es der Aufgeschlossenheit gegenüber dem Anliegen der Ärztekammern förderlich, wenn Ihrerseits signalisiert würde, wie die Träger der stationären Versorgung in vergleichbarer Weise in Strukturentscheidungen des ambulanten Bereichs einbezogen werden könnten, um dann auf beiden Seiten im Interesse der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung zu einem Miteinander der bisher getrennten Zuständigkeiten zu kommen. Wenn man in diesem Zusammenhang ein Kompensationsgeschäft anbieten würde - denn alle Beteiligten haben heute unter den Bedingungen des sich verschärfenden Wettbewerbs aus berechtigten Gründen Sorgen -, würde das der Realisierung des Anliegens der Ärztekammern sicherlich Rückenwind geben. Haben Sie vielleicht ein Angebot in dieser Richtung?

Dr. Ingo Flenker: Herr Kreutz, ich glaube, ich habe meine Meinung zum Planungsverfahren relativ deutlich zum Ausdruck gebracht, möchte diese dann aber noch einmal bekräftigen. Ich bin der Auffassung, daß das Planungsverfahren, das jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen ist, begrüßenswert ist. Ich habe ausgeführt, daß ich die stärkere Mitsprache der Beteiligten vor Ort

bei gleichzeitiger Beibehaltung der Letztverantwortung des Landes - das ist für mich ein ganz wichtiger Punkt - ausgesprochen begrüße. Es tut mir leid, daß das nicht deutlich geworden ist.

(Daniel Kreutz (GRÜNE): Das kann auch an mir gelegen haben!)

- Vielleicht an uns beiden.

Noch einmal ein Wort zur Zusammensetzung der Ärztekammern. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe - hierzu kann ich konkrete Zahlen nennen - hat 33 000 Mitglieder. Von diesen 33 000 Ärzten sind lediglich knapp 10 000 niedergelassene Vertragsärzte. Sie erkennen hieran eine zahlenmäßige Dominanz der Krankenhausärzte in den Ärztekammern. Sie können das auch an meiner Person festmachen. Ich bin, wie Sie wissen, Krankenhausarzt. Gerade angesichts der Auseinandersetzungen zwischen den einzelnen Bereichen ist es schwer vorstellbar, daß ein Krankenhausarzt Präsident einer Ärztekammer wäre, wenn Krankenhausärzte hier keine entsprechende Bedeutung hätten.

Die Frage hinsichtlich der Problematik des Einflusses der Krankenhausträger auf die ambulante Versorgung wird, wie besprochen, Herr Kollege Hoppe beantworten.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe: Ich möchte noch kurz die Mitgliederstruktur der Ärztekammer Nordrhein angeben: 44 000 Ärztinnen und Ärzte sind Pflichtmitglieder der Kammer. Davon sind 13 000 niedergelassen. Die restlichen Mitglieder sind nicht nur Krankenhausärzte, sondern auch Ärzte im arbeitsmedizinischen Dienst, in der Bundeswehr und wo auch immer. Dies sind dann aber in der Regel angestellte Ärzte.

Ich glaube, daß noch eine Verwechslung vorliegt. Es gibt nämlich neben den Kammern noch Kassenärztliche Vereinigungen, in denen nur niedergelassene Ärzte Mitglieder sind. Über die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu sprechen wäre ein anderes Thema. Denn sie stellen die Interessenvertretungen der niedergelassenen Ärzte und die Vertragspartner der Kassen im Hinblick auf die ambulante Versorgung dar. Aber um die Kassenärztlichen Vereinigungen geht es ja hier nicht. Es geht um die Kammern und deren Gestaltungsverpflichtungen. Deren Arbeit ist übergreifender und nicht so polarisierend. Deswegen sehen die Begehren der Kammern anders aus als die der KVen.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Flenker. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme unter Punkt 2 "Verzahnung von staatlicher Planung und Regionalplanung" und unter Punkt 3 "Unzureichende Planungssicherheit für die Krankenhäuser" sehr drastisch deutlich gemacht, wo in dem vorliegenden Gesetzentwurf Defizite in bezug auf das Planungsverfahren bestehen, indem Sie schreiben:

Das notwendige Ineinandergreifen von staatlicher Planung und Regionalplanung ist zu unscharf und führt im Ergebnis zu einer Entscheidung der Genehmigungsbehörde "hinter verschlossenen Türen", die den Zielen Leistungswettbewerb, Transparenz und Planungssicherheit zuwiderläuft.

Zudem schließen Sie sich ja hinsichtlich der Planungssicherheit der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft an.

Wenn ich das hier im Kontext lese und mir das vor Augen führe, was Sie vorgetragen haben, dann stellt sich für mich die Frage, ob Sie der Meinung sind, daß wir all diese Probleme gelöst hätten, wenn wir die Ärztekammern systematisch in den Entscheidungsprozeß eingebunden hätten. Ist das also der einzige Punkt, der aus Ihrer Sicht reparaturbedürftig ist? Ich erkenne die Reparaturbedürftigkeit in diesem Punkt an. Ist mein Eindruck richtig, daß aus Ihrer Sicht eine Überarbeitung des gesamten Bereiches der Planung nötig ist, oder streben Sie eher eine Detailreparatur an?

Dr. Ingo Flenker: Herr Arentz, Sie haben mit Recht festgestellt, daß dieser Gesetzentwurf von mir natürlich nicht uneingeschränkt begrüßt wird, selbst wenn die Ärztekammern in den Kreis der unmittelbar Beteiligten aufgenommen würden. Ich habe auf die Frage von Herrn Kreuz geantwortet - das wiederhole ich -, daß ich im Prinzip mit dem jetzt im Gesetzentwurf festgeschriebenen Planungsverfahren einverstanden bin und dies begrüße. Sie haben selbstverständlich recht, wenn Sie aus meinen schriftlichen Ausführungen den Eindruck gewonnen haben, daß ich Detailkorrekturen für sinnvoll und erforderlich halte. Aber das Prinzip "Planung vor Ort unter Einbindung unmittelbar Beteiligter bei Letztverantwortung des Landes" wird von mir nachhaltig begrüßt.

Marianne Hürten (GRÜNE): Die Hauptbegründung der beiden Vertreter der Ärztekammern für die Einbeziehung der Ärztekammern in den Kreis der unmittelbar Beteiligten war, daß der immense Wissensfundus der Ärzteschaft zu berücksichtigen ist und daß die Planungsalternativen fachlich bzw. ärztlich untermauert werden müßten. Das habe ich sowohl den mündlichen als auch den schriftlichen Stellungnahmen entnommen. Jetzt liegt uns für die heutige Anhörung eine Zuschrift des Verbands der Krankenhausdirektoren vor, die sich ganz vehement dagegen aussprechen, die Zahl der unmittelbar Beteiligten noch zu erhöhen. Sie sprechen sich gegen eine weitere Beteiligung der Ärzteschaft aus. Unterstellen Sie den Krankenhausdirektoren, daß sie aufgrund ihrer fachlichen Voraussetzungen nicht geeignet sind festzustellen, ob mittels der vorgesehenen unmittelbar Beteiligten die Planung ausreichend gewährleistet ist?

Dr. Ingo Flenker: Ich unterstelle den Krankenhausdirektoren ohne weiteres, daß sie die Strukturkompetenz für die stationäre Krankenhausversorgung nicht besitzen. Ich habe ebenso wie Herr Kollege Hoppe versucht, zum Ausdruck zu bringen, daß auch aufgrund der gesetzlichen Grundlage die Struktur der medizinischen Versorgung ausschließlich durch Ärztekammern gewährleistet wird. Ich kenne keinen anderen, der in diesem Zusammenhang sach- und fachgerechter vorgehen könnte als derjenige, der die Struktur ärztlichen Handelns gewährleistet und diese dann quasi abbildhaft im Bereich der Krankenhausplanung umsetzen kann.

Vorsitzender Bodo Champignon: Damit kommen wir zum nächsten **Expertenblock**, und zwar zum Bereich der Arbeitnehmervertretungen. - Das Wort hat Herr Fiedler.

Manfred Fiedler (ÖTV, Bezirksverwaltungen NW I und NW II): Zunächst einige Bemerkungen zu einem Teil meiner Vorrednerinnen und -redner. Dabei möchte ich auf zwei Punkte eingehen. Der erste Punkt betrifft die "weichen" Formulierungen des Gesetzentwurfes, zum Beispiel die Forderung nach einer patientenfreundlichen Pflege. Ich finde, daß das durchaus wichtige gesetzliche Vorgaben sind. Jedes Krankenhaus sollte sich heute ein Leitbild geben. In diesen Leitbildern wird üblicherweise ähnliches niedergeschrieben. Warum sollte das nicht auch in einem Gesetz festgelegt werden?

Der zweite Punkt - er ist heute auch erörtert worden - betrifft die Statistik, die Zahl der Betten pro Einwohner eines Bundeslandes. Man kann in diesem Zusammenhang sehr viele Statistiken heranziehen. Es gibt beispielsweise die der Planbetten pro Einwohner. Dann gibt es die der belegten Betten, dann die der aufgestellten Betten usw. Die Wirklichkeit jedoch ist heute schon weiter. Das Beispiel Hamburg, das Herr Dr. Paffrath angeführt hat, beleuchtet das sehr gut. Dort kam es als eine Konsequenz der Neuordnung der Krankenhauslandschaft zur Schließung des Hafenkrankenhauses. Eine andere ist aber auch zu erwähnen: Der Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg hat rückwirkend ab 1996 mit den Krankenkassen vereinbart, einen Betrag von 300 Millionen DM aus dem Budget zu streichen.

Mit anderen Worten: Wir haben heute eine Krankenhauslandschaft, die von den Krankenkassen längst auf eine gewisse Art und Weise beeinflusst wird, nämlich strukturell in den Budgetverhandlungen und in den Leistungsstrukturverhandlungen.

Worum es hier heute geht, sind die Planungsgrundlagen, die ja letztlich die Grundlage für die Finanzierung der Investitionen von Krankenhäusern sind. Die Beeinflussung durch die Krankenkassen hat meines Erachtens nur mittelbar etwas mit dem zu tun, was hier heute erörtert worden ist, nämlich mit den Betriebskosten von Krankenhäusern. Es geht vielmehr darum, ob durch die Krankenkassen im Rahmen der vorgesehenen Planungsverfahren das Budget der Krankenhäuser praktisch auf null reduziert werden kann.

Die ÖTV hat sich dementsprechend gegen das vorgesehene Planungsverfahren ausgesprochen, unter anderem auch deswegen, weil es ein Gleichgewicht zwischen den im Gesundheitswesen Beteiligten, den Krankenkassen und den Krankenhäusern, gar nicht geben kann. Unter wettbewerbsspolitischen Gesichtspunkten betrachtet haben wir es inzwischen mit einigen großen Krankenkassenverbänden zu tun, während sich die einzelnen Krankenhausträger um die ausstehenden Versorgungskonzepte und Verträge bewerben müssen.

Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf ist meines Wissens einem Gesetzentwurf der SPD auf Bundesebene aus dem Jahre 1996 sehr ähnlich. Dort hatte die SPD allerdings ein breiteres Reformwerk vorgesehen, das unter anderem eine Integration der Krankenhauslandschaft in den ambulanten Bereich beinhaltete. Dies ist ein sehr isoliertes Werk und hat damit ganz andere Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser.

Ich möchte das kurz ausführen:

Erster Punkt. Die Rahmenvorgaben bzw. die Planungsgrundsätze, die in dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen sind, sind, wenn man sich die Begründung anschaut, sehr unklar formuliert. Sie sind aber die Grundlage für die Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen und für die entsprechende Entscheidung der zuständigen Behörde. Das heißt, die Behörde entscheidet auf einer Grundlage, die meines Erachtens sehr unpräzise formuliert ist. Gleichzeitig kann man aus diesem Gesetzesvorhaben schließen, daß die unmittelbar Beteiligten aus der Krankenhausplanung ausgegrenzt werden. Wenn sie im Grunde genommen nur bestimmte Rahmenvorgaben auswählen können, dann werden sie in Zukunft an den konkreten Planungen gar nicht mehr beteiligt. Man kann dies anhand der Begründung des Gesetzentwurfes gut nachvollziehen. Da werden Szenarien bzw. Trendentwicklungen genannt, die in die Rahmenvorgaben einbezogen werden sollen, wobei diese sicherlich sehr zukunftsorientiert sind und vor Ort als Bezugspunkte für die entsprechenden Festlegungen herangezogen werden können.

Zweiter Punkt. Die nach dem Gesetzentwurf zu treffenden Festlegungen werden eher durch die Krankenkassen als durch die Krankenhausträger vorgenommen. Eine Auswahlentscheidung des Landes findet nicht mehr statt. Ich hatte schon die wettbewerbspolitische Benachteiligung angesprochen. Meines Erachtens wird es zu einer unternehmenspolitischen Fixierung auf die derzeitige strategische Orientierung der Krankenkassen in bezug auf die Krankenhauslandschaft kommen. Dies wurde auch von Herrn Dr. Paffrath zum Ausdruck gebracht, als er die Zentralisierung bestimmter Leistungen bei bestimmten Krankenhäusern vorschlug. Die Krankenkassen werden also die Struktur und die räumliche Verteilung der Krankenhäuser festlegen. Ich bin der Meinung, daß das nicht unbedingt Aufgabe der Krankenkassen ist.

Die vorgesehene Beteiligung der Kommunen ist zwar relativ positiv zu bewerten. Ich sehe allerdings bei den Kommunen derzeit keine entsprechende Kompetenz, obwohl sie den Sicherstellungsauftrag für die regionale Versorgung mit Krankenhausleistungen haben. Wir haben deswegen ein anderes Verfahren vorgeschlagen.

Dritter Punkt. Eine rechtliche Einbindung in das Gesamtkonstrukt der Gesundheitsgesetzgebung ist meines Erachtens nicht gegeben. Das möchte ich an einem Punkt deutlich machen: So ist nach § 13 Abs. 5 des Gesetzentwurfes die Planung in bezug auf die Universitätskliniken mit in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Das heißt also, die Krankenkassen müßten - zumindest außerhalb der Schwerpunktplanung - mit den Universitätskliniken verhandeln. Dies entspricht meines Erachtens in keiner Weise den gesetzlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuchs V. Dort ist in den §§ 108 und 109 festgelegt, daß Universitätskliniken grundsätzlich zugelassen sind und ein Versorgungsvertrag unabhängig davon, was im Krankenhausplan geregelt werden soll, geschlossen ist. Eine Abstimmung zwischen der medizinischen Versorgung in den Universitätskliniken und dem, was im Rahmen des Krankenhausplanes notwendig ist, muß jederzeit erfolgen können. Dies gewährleistet der Gesetzentwurf meiner Meinung nach in keiner Weise. Dies ist ein Beispiel für dessen rechtliche Inkonsistenz.

Ich will nicht weiter auf die sonstigen Gesichtspunkte des Planungsverfahrens eingehen, die ja schon ausgiebig angesprochen worden sind. Wie gesagt, der Nachteil ist, daß es in diesem Bereich zu einem Übergewicht der Krankenkassen kommt. Dementsprechend wird es auch zu einer Konzentration von Standorten und Trägerstrukturen kommen. Daran, daß dies langfristig positiv für das Krankenhauswesen und das Gesundheitswesen insgesamt ist, habe ich große

Zweifel. Wir wissen, daß sich eine Konzentration von Krankenhausträgern auf die Dauer durchaus nicht positiv auf die Höhe der Betriebskosten auswirkt. Es ist zudem relativ klar, daß allein eine Reduzierung der Bettenzahl die Höhe der Betriebskosten nicht senkt. Das dürfte inzwischen jedem geläufig sein.

Ich möchte mich noch einmal zu dem Bereich der pauschalen Förderungen äußern, obwohl das für einen Gewerkschafter nicht sehr naheliegend ist. Ich weise dennoch darauf hin, daß die jetzt vorgesehene Neuorientierung im Bereich der pauschalen Förderung unzureichend ist. Das wurde heute bereits festgestellt. Insbesondere kleine und mittlere Krankenhäuser werden deutlich benachteiligt. Wir wissen, daß die Fallzahlen stetig höher werden. Wir wissen gleichzeitig, daß die Verweildauer stetig zurückgeht. Mit anderen Worten: Die Verweildauer korreliert nicht mehr unbedingt mit der Belegung und die Fallzahlentwicklung nicht mit der Verweildauer. Es kommt also zu einer durchschnittlich geringeren Belegung der Krankenhäuser, so daß in den einzelnen Häusern eigentlich weniger Betten gebraucht werden. Wenn dementsprechend kleinere Krankenhäuser entstehen, müßte man bei der pauschalen Förderung die entsprechenden Grenzen deutlich anders festlegen oder eine eher leistungsbezogene Pauschalförderung durchsetzen, wobei hierfür noch einiges zu entwickeln wäre.

Ein weiterer Punkt - dies sei noch einmal erwähnt - ist die Benachteiligung der eher kleinen, das heißt dezentralisierten psychiatrischen Einrichtungen. Die größeren werden nach dem jetzigen Gesetzentwurf ab einer bestimmten Größenordnung sogar mehr Mittel erhalten. Die kleinen im Zuge der Dezentralisierung wichtigen Krankenhäuser müßten daher anders bewertet werden. Die vorgesehene Form der Absenkung der Pauschalförderung für psychiatrische Krankenhäuser wird von uns abgelehnt.

Wir schlagen insgesamt folgendes Verfahren vor:

Erstens. Die Letztentscheidung muß ausdrücklich beim Land liegen. Ich möchte noch einmal folgendes betonen: Aus dem Text des Gesetzentwurfes ist zwar das Land als die aufsichtführende und entscheidende Behörde zu interpretieren. Genaueres steht aber nicht im Gesetzentwurf. Mit dem Begriff "Land" meinen wir das zuständige Ministerium. Dieses müßte klar festgelegt werden.

Zweitens. Die zuständige Behörde entscheidet auch weiterhin über die Aufnahme des einzelnen Krankenhauses in den Krankenhausplan. Das heißt, sie trifft auch weiterhin die Auswahlentscheidung.

Drittens. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Träger erarbeiten, so wie es im Gesetzentwurf vorgesehen ist, ein Konzept für die regionale Gesundheitsversorgung. Dieses wird dem zuständigen Ministerium zugeleitet.

Viertens. Die örtlichen bzw. regionalen Gesundheitskonferenzen bewerten diese Konzepte im regionalen Kontext. Es gibt bzw. sollte nach dem ÖGD-Gesetz regionale Gesundheitskonferenzen geben. Diese sollten unter dem Gesichtspunkt einer integrativen Gesundheitsversorgung eine Stellungnahme abgeben können.

Fünftens. Auf der Grundlage der Stellungnahme der jeweiligen Gesundheitskonferenz und der Konzepte der im Gesundheitswesen Beteiligten sollte das Land unter Abstimmung mit den un-

mittelbar Beteiligten eine Entscheidung treffen. - Auch das ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen. - Auf dieser Basis wird dann die Weiterentwicklung des Krankenhausplanes vollzogen.

Ich möchte zum Abschluß noch darauf hinweisen - auch andere haben das bereits angesprochen -, daß sich die ÖTV als Vertretung der Beschäftigten zum Kreis der unmittelbar Beteiligten zählt.

Martina Klein (DAG, Landesverband Nordrhein-Westfalen): Ich möchte zunächst einmal eine grundsätzliche Bemerkung machen. Wir begrüßen, daß mit diesem Gesetzentwurf ein erster Schritt zu einer stärkeren Vernetzung des Gesundheitswesens unternommen wird. Leider spiegelt der Gesetzentwurf aber auch den Rückzug des Staates aus der verfassungsrechtlichen Verantwortung für das Gesundheitswesen wider. Unseres Erachtens findet sich keine bündig einleuchtende Erklärung für einen wesentlichen Teil der im Novellierungsentwurf festgehaltenen Absichten. Ob das offenbare Hauptziel weiterer Kosteneinsparungen im Krankenhaus in ein angemessenes planerisches Verhältnis zur effektiven gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gesetzt wurde, muß ernsthaft bezweifelt werden.

Insbesondere die Neuordnung der Krankenhausplanung räumt den Verbänden der Krankenkassen in § 17 und in der Begründung des Gesetzentwurfes einen erheblichen Einfluß ein. Deutlich wird auch, daß Krankenhausträger und Krankenkassen ungleiche Verhandlungspartner sind. Darüber ist hier bereits kurz diskutiert worden. Dies wird grundsätzlich auch dadurch nicht geändert, daß man die Kommunen in die Verhandlungen einbezieht. Die Krankenkassen sind im Vorteil. Einzelne Krankenhäuser, vor allem auch kleinere Träger, können gegeneinander ausgespielt werden. Wir befürchten, daß somit dem Trend Vorschub geleistet wird, die finanzielle Konsolidierung der Krankenkassen verstärkt über die Zentralisierung von Krankenhauskapazitäten sowie über eine weitere Leistungsverdichtung pro Bett zu betreiben.

Der Gesetzentwurf gibt weiterhin erheblichen Anlaß zu der Sorge, daß inhaltlich gestaltende Elemente zurückgenommen und die Planungskompetenzen letztlich stillschweigend überwiegend wirtschaftlich kurzfristigen Interessen und Machtpositionen überlassen werden. Sorgen bereiten muß auch die arbeitsmarktpolitische Implikation einer überspitzten, vom allgemeinen Kostendruck gelenkten Rationalisierung des Krankenhausbereiches.

Die DAG fordert, auch die Vertretung der Beschäftigten in den Kreis der an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten aufzunehmen. Dies ist im Gesetzentwurf festzuschreiben. Denn "das Volumen und die Qualifikation des Personals bestimmen entscheidend die Güte und Leistungsfähigkeit der stationären Versorgung". Dies stellte bereits 1987 der Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen fest.

Mittelfristig fürchten wir, daß nicht nur Bettenabbau und Personalabbau zu erwarten sind, sondern daß angesichts von Kosteneinsparungstendenzen, wie uns dies die bisherige Vorgehensweise einiger Krankenhäuser vor Augen geführt hat, auch das Ausbildungsbudget gekürzt bzw. ganz gestrichen wird. Wir haben heute morgen bereits gehört, daß Ausbildung kostenintensiv ist und man andererseits danach sucht, in welchen Bereichen Kosten eingespart werden können. Gerade hier in Nordrhein-Westfalen, wo wir die Ausbildungsoffensive ausgerufen haben, müssen wir uns gegen Einsparungen in diesem Bereich wehren. Eine patienten- und personalge-

rechte Gestaltung von Arbeitszeit und Dienstplänen ist nur dann möglich, wenn die personelle Ausstattung in den Krankenhäusern sowohl in quantitativer als auch – und dies vor allen Dingen - in qualitativer Hinsicht dem Bedarf entspricht.

Es darf nicht vergessen werden, daß das Gesundheitswesen einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in der Volkswirtschaft darstellt. Es dient nicht nur der Erhaltung, der Förderung und der Herstellung von Gesundheit, sondern trägt mit seinen 4 Millionen direkt und indirekt sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bundesgebiet und den von ihnen erbrachten Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschätzung und vor allem zu wünschenswerten Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt bei. Arbeits- und Ausbildungsplätze müssen insbesondere aus Qualitätsgründen erhalten bleiben.

Es ist auch zu bezweifeln, ob ein Anbieter bedarfsgerecht und wirtschaftlich handelt, wenn neben einem Krankenhaus der Grund- oder Regelversorgung, also regional begrenzt, geriatrische Einrichtungen installiert werden oder mit solchen kooperiert wird. Ein dem Haus angeschlossener ambulanter Pflegedienst und allgemeine Alteneinrichtungen, Altenheime oder Tagesstätten, bieten als Gesamtkonzept eine weitaus effektivere und präventivere Gesamtversorgung der Patienten bzw. Klienten. In der Region Aachen/Düren haben einige kleine und mittlere Krankenhäuser bereits erste entsprechende Ansätze realisiert.

In dem Gesetzentwurf ist vorgesehen, daß sich das Land in Zukunft darauf beschränken will, im Hinblick auf die allgemeine Krankenhausversorgung bestimmte Rahmenvorgaben zu machen, die dann in Form von Konzepten zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern ausgehandelt werden und im weiteren zur Umsetzung gelangen sollen. Das Land beansprucht direkte Planungskompetenz nur noch für Krankenhäuser mit Aufgaben von überregionaler Bedeutung, sogenannten Schwerpunktaufgaben.

Wir meinen zwar, daß eine Neuorientierung des Planungsverfahrens notwendig ist. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene lehnen wir aber ab. Denn staatliche Verantwortung muß erhalten bleiben. Unseres Erachtens kann sich das Land nicht auf die Position zurückziehen, daß durch die Beteiligung der Kommunen genug staatliche Kompetenz einbezogen sei.

Außerdem wird im Gesetzentwurf die Genehmigungsbehörde nicht definiert. Dies wurde bereits von meinem Vorredner angesprochen. Wir meinen, daß dies ein bestimmtes Ministerium des Landes sein müßte.

Anstelle des im Gesetzentwurf angedachten Planungsverfahrens schlagen wir das bereits von meinem Vorredner angesprochene Verfahren - ich verweise hier auch auf unsere Stellungnahme - vor. Hierzu haben die ÖTV und die DAG gemeinsame Vorschläge gemacht.

Ebenso muß, wie bereits erwähnt, dem Trend der Bevorzugung größerer gegenüber kleineren Häusern Einhalt geboten werden. Die Bedeutung der Grund- und Regelversorgung, also die gestufte Krankenhausversorgung in der Region, muß im Gesetz eine stärkere Berücksichtigung finden. Deshalb sind unseres Erachtens die Punktwerte für die Eingruppierung in die Versorgungsstufen entsprechend abzusenken. Universitätskliniken sind Versorgungseinrichtungen mit überregionaler Bedeutung und damit in Gänze der Schwerpunktplanung zuzuordnen.

Wir lehnen ebenso die Benachteiligung kleinerer Krankenhäuser im Rahmen der Absenkung der pauschalen Förderung von psychiatrischen Krankenhäusern ab. Damit wird dem politisch ge-

wollten Konzept der Dezentralisierung psychiatrischer Einrichtungen, das wir unterstützen, entgegengewirkt. Diese Neuregelung darf nicht in das Gesetz übernommen werden.

Nun zu einigen Einzelbestimmungen des Gesetzentwurfes:

In § 1 sollte die Verpflichtung der Förderung der Zusammenarbeit von Krankenhausbereich und ambulantem Bereich stärker gefaßt werden. Wir begrüßen die Grundsätze der Vernetzung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, da hier qualitative Aspekte, zum Beispiel die Beachtung menschenwürdiger Behandlung und die Patientenorientierung, gleichrangig mit quantitativen Wirtschaftlichkeitsfragen hervorgehoben werden. Liest man aber weiter, ist zu befürchten, daß die jeweils ausführenden Passagen den qualitativen Aspekt zur bloßen Absichtserklärung dequalifizieren. Augenfällig wird dies an der durchgehenden Vernachlässigung der psychologischen Dimension von Erkrankung und Krankenhausaufenthalt, zum Beispiel der Dimension der Verarbeitung schwerer Erkrankungen, der professionellen Sterbebegleitung und der ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung. Die Einbeziehung von Diplompsychologen und -psychologinnen, wie sie auch durch das Psychotherapeutengesetz angezeigt ist, wird im Gesetzentwurf völlig ignoriert. Es scheint viel zu wenig bekannt zu sein, daß allein in den Krankenhäusern der beiden Landschaftsverbände zirka 500 Psychologinnen und Psychologen tätig sind.

Des weiteren fordern wir hinsichtlich § 1 Abs. 4, daß sich das Krankenhaus durch Aufnahme in den Krankenhausplan verpflichtet, eine Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen zu gewährleisten. Wir alle wissen, daß in der heutigen Zeit die Aus-, Fort- und Weiterbildung einen immer höheren Stellenwert für die Beschäftigten darstellt. Dies bezieht sich natürlich auch auf das Problem der Qualifizierung. Wir stellen aber fest, daß sich Krankenhäuser aus dieser Verpflichtung sehr oft dann zurückziehen, wenn es um Kürzungen von Etats geht. Dann wird oft auch im Weiterbildungsetat eingespart.

Zu § 7, zur Qualitätssicherung: Hier fordern wir den Zusatz, daß eine interne Qualitätssicherung gemäß § 137 Sozialgesetzbuch V zu gewährleisten ist. Denn die Qualifikation und der Umfang des Personals bestimmen, wie ich vorhin schon ausgeführt habe, entscheidend die Güte und Leistungsfähigkeit der stationären Versorgung. Deshalb sollte folgende Vorschrift aufgenommen werden:

Anzahl und Qualifikation des Personals müssen den jeweiligen Anforderungen der entsprechenden Abteilungen angepaßt sein. Die jeweils notwendige Versorgung der Patienten ist zu jeder Zeit sicherzustellen, insbesondere muß auf jeder Station mindestens eine dreijährig ausgebildete Pflegefachkraft ständig anwesend sein.

Sonst bleibt unseres Erachtens der Auftrag des Gesetzgebers, die Pflege, Betreuung und Behandlung patientenfreundlich zu gestalten und den Wünschen nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen, nur ein frommer Wunsch.

In § 13 - Krankenhausplan - bleibt, wie bereits erwähnt, unklar, wer die Genehmigungsbehörde sein soll. Wir fordern, daß § 13 in der alten Fassung unter Einarbeitung des aktuellen Standes in bezug auf die Großgeräteplanung, die Behandlung, die Plätze für eine teilstationäre Behandlung und die Schwerpunktplanung erhalten bleibt.

§ 14 legt die an der Krankenhausplanung Beteiligten fest. Dies sind die unmittelbaren Mitglieder des Landesausschusses und nach unserer Forderung auch die Vertretung der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Beteiligten auf der regionalen Ebene, die Verbände der Krankenkassen und die Krankenhausträger.

In § 15 Abs. 2 sollte § 14 KHG NW alter Fassung aufgenommen werden, das heißt die Beteiligung der Mitglieder des Landesausschusses. Sie sollten gehört werden, und es sollte eine Einigung erzielt werden.

In § 25 sollten unseres Erachtens keine Festbeträge für Krankenhäuser der jeweiligen Anforderungsstufen stehen, sondern der Hinweis: "anhand der aktuellen Fördersätze, die progressiv anzupassen sind". Es ist sonst zu befürchten, daß die im Gesetzentwurf vorgesehenen Festbeträge für das nächste Jahrzehnt Gültigkeit haben und nicht nach Lösungsmöglichkeiten politischer Art gesucht werden muß, eine bessere Finanzierung, wenn notwendig, sicherzustellen.

Weiterhin begrüßen wir die Einrichtung einer vierten Anforderungsstufe.

Fragwürdig erscheint uns aber die ansonsten vorgenommene unterschiedliche Mittelzuweisung nach Anforderungsstufen in bloßer Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung. Leistungsmaßstäbe - dies wurde bereits in vielen Statements erwähnt; denn sie haben eine besondere Bedeutung -, wie zum Beispiel Fallzahlen je Planbett, finden keine Berücksichtigung. Besonders große Krankenhäuser werden im Gesetzentwurf ohne weiteres als leistungsfähiger definiert. Langfristig würde somit besonders im somatischen Bereich die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft zum Eldorado weniger Großanbieter finanziell begünstigt. Eine Benachteiligung der kleinen und mittleren Krankenhäuser scheint vorprogrammiert. Die Leistungsverdichtung - Stichworte sind: geringe Verweildauer und gleichzeitige Zunahme von Fallzahlen - nimmt zu; geringere Belegkapazität und der medizinisch-technisch notwendige Investitionsbedarf pro Krankenhaus für kurzfristige Anlagegüter stehen dem aber entgegen.

Es muß über eine Absenkung der Punktwerte der Förderungsstufen, die stärker leistungsbezogene Kriterien beinhalten sollten, nachgedacht und dies dann im Gesetzentwurf umgesetzt werden. Denn schon die Gesetzgebung der letzten Jahre hat in den Krankenhäusern zu einem merklichen Rückgang des Personals geführt. Besonders betroffen sind der Pflegedienst und der medizinisch-technische Dienst. Zudem wurden arbeitsmarktpolitische Hoffnungen, wie zum Beispiel die Erhöhung der Beschäftigung im Zuge der Pflegeversicherung oder auch die Entwicklung im Kur- und Reha-Bereich, nicht erfüllt. Wir fürchten, daß eine Planung, die allein den fiskalischen Interessen der Krankenkassen folgt und eine Schließung ganzer Standorte vorsieht, innerhalb kurzer Zeit zu einem dramatischen Abbau von Arbeitsplätzen führen kann.

Ich hatte bereits die für psychiatrische Einrichtungen vorgesehene Reduzierung der pauschalen Fördermittel auf 80 Prozent der niedrigsten Anforderungsstufe erwähnt. Dadurch wird unserer Meinung nach eklatant gegen den Grundsatz der Gleichstellung von psychischen und körperlichen Kranken verstoßen. Dies lehnen wir ab.

Wir alle wissen, daß Krankenhäuser über Abteilungsbereiche verfügen. Wir empfinden das als richtig. Falsch jedoch ist, ein Krankenhaus ausschließlich nach Funktion oder Auslastung einer Abteilung zu bewerten. Krankenhäuser stellen in den Augen der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich eine Art homogene Größe dar. Daher stoßen solch unpopuläre Maßnahmen wie die

Schließung von Krankenhäusern auf das Unverständnis vieler Menschen der Einzugsregion. Wir plädieren nicht dafür, absolut kostengünstige Einrichtungen, die ihrem Versorgungsauftrag nicht mehr gerecht werden, in der Rahmenplanung zu belassen. Aber es sollte eine Gesamtwürdigung der Auslastungsmöglichkeiten dieser Einrichtungen stattfinden. Ob die Krankenkassen dies aufgrund ihrer unternehmerischen Ausrichtung gewährleisten können, ist für uns zweifelhaft.

Dr. Günter Clausen (Stellvertretender Vorsitzender der Dienstnehmervertretung der AK des Deutschen Caritasverbandes aus NW): Ich möchte im Rahmen der zehn Minuten, die uns allen als Sprechzeit vorgegeben wurde, eine kurze Schwerpunktstellungnahme abgeben.

Erstens, grundsätzliche Überlegungen: Die Dienstnehmervertretung der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes vertritt die Mehrheit der Beschäftigten der freien gemeinnützigen Träger in Nordrhein-Westfalen. 240 von 483 Krankenhäuser sind in katholischer Trägerschaft. Wir sind der Auffassung, daß die Arbeitnehmer und Dienstnehmervertreter in den Landesausschuß der unmittelbar Beteiligten einzubeziehen sind. Die Dienstnehmervertretung gibt zu bedenken, daß der vorliegende Gesetzentwurf teilweise von einer Überregulierung gekennzeichnet ist. Bürokratische Vorschriften stehen im Vordergrund. Eigenverantwortung des Trägers mit seiner Unternehmensphilosophie und seinen Leitbildern kommt zu kurz. Im Gesetzestext ist zuviel Kommentierung aufgenommen worden. Im Text müßte aus unserer Sicht durchgehend geklärt werden, ob vom Krankenhaus oder vom Krankenhausträger gesprochen wird.

Zweitens, Stellungnahme zu den einzelnen Paragraphen.

Zu § 1 – Grundsatz: Wir begrüßen die grundsätzliche Verpflichtung des Gesetzgebers, die Träger bzw. Krankenhäuser an der Ausbildung mitwirken zu lassen.

Zu § 2 – Krankenhausleistungen: Es muß sichergestellt werden, daß in katholischen Krankenhäusern Schwangerschaftsabbrüche nicht in Betracht kommen.

Zu § 3 – Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten: Dieser Paragraph ist aus unserer Sicht ein typisches Beispiel für Überregulierung.

Zu § 4 – Kind im Krankenhaus: Wir schlagen vor, daß die schulische Betreuung zu unterstützen ist.

Zu § 6 – Patientenberatung, Patientenseelsorge, Überleitungen aus dem Krankenhaus, Sozialer Dienst: Es ist aus unserer Sicht nicht Aufgabe des Gesetzgebers, Tätigkeitsmerkmale für den Sozialen Dienst festzulegen. Die Lösung dieser Aufgabe sollte der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes oder den Tarifpartnern überlassen bleiben.

Zu § 13 – Krankenhausplan: Durch die Fortschreibung und Nichtneuaufstellung des Krankenhausplanes wird den Krankenkassenverbänden eine zu hohe Planungsvollmacht zugeordnet. Die Entscheidungskompetenz sollte aus unserer Sicht beim Ministerium bleiben und somit der parlamentarischen Kontrolle unterliegen.

Zu § 17 – Beteiligte an der Krankenhausversorgung: Wir wiederholen an dieser Stelle, daß unseres Erachtens die Dienstnehmervvertreter in der arbeitsrechtlichen Kommission und die Arbeitnehmer insgesamt dem Landesauschuß als unmittelbar Beteiligte angehören sollten. Die Krankenkassenvertreter sind mit acht Verbänden überproportional beteiligt.

Zu § 30 – Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes: Die Regelung der Ausgleichszahlungen nach § 30 ist so zu verändern, daß nicht nur bei Entscheidungen einer Behörde, sondern auch in Ausgliederungsfällen Mittel bereitgestellt werden.

Vorsitzender Bodo Champignon: Es gibt kein Nachfragebegehren. Dann rufe ich den letzten Expertenblock der Landschaftsverbände und Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege auf. - Zunächst hat Frau Schuhmann-Wessollek das Wort.

Landesrätin Helga Schuhmann-Wessollek (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Ich werde Ihnen jetzt nicht unsere gesamte umfangreiche Stellungnahme zu Gehör bringen, sondern nur noch auf diejenigen Punkte Schlaglichter werfen, die speziell die psychiatrische Medizin betreffen und die für mich aufgrund ihrer Wichtigkeit unverzichtbar sind.

Es ist vorhin gefragt worden, warum die generelle Schlechterstellung der psychiatrischen Medizin im Rahmen der pauschalen Fördermittel, gegen die Protest geäußert wurde, nicht akzeptabel sein soll. Ich möchte diese Frage so beantworten: Akzeptabel könnte sie nur sein, wenn es tatsächlich so wäre, daß die psychiatrisch Kranken bzw. die Krankenhäuser, die sich dieser Patienten annehmen, einen anderen Bedarf an Einrichtung und Ausstattung hätten, als ihn Krankenhäuser für die Behandlung somatischer Erkrankungen haben. Ich möchte Ihnen ganz ausdrücklich sagen, daß dem nicht so ist. Die psychiatrischen Patienten benötigen nicht weniger Einrichtung oder Ausstattung, sondern eine andere Art der Einrichtung und Ausstattung, die aber nichtsdestotrotz kostenträchtig ist und auch finanziert werden muß, damit das bisherige Qualitätsniveau erhalten werden kann.

Warum ist das so? Ich möchte zum einen darauf eingehen, was in der vollstationären psychiatrischen Medizin benötigt wird. Man braucht ein ganz anderes Ausmaß an Räumlichkeiten als in der somatischen Medizin, wo viele Kranke wenig mobil sind und ihre Zeit im Krankenhaus mehr oder weniger im Bett verbringen. Das ist in der psychiatrischen Medizin anders. Wir brauchen Aufenthaltsräume, Räume für differenzierte Ergotherapien, Räume für Bewegungstherapie, Musiktherapie und Kunsttherapie sowie für eine Reihe weiterer Therapien, die ich hier nicht alle aufzählen will. Diese Räumlichkeiten müssen sowohl möbliert als auch mit den entsprechenden Geräten ausgestattet werden. Insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden oft spezielle Einrichtungsgegenstände sowie Spielgeräte usw. in Sonderanfertigung benötigt. In psychiatrischen Krankenhäusern, auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist der Verschleiß an Einrichtungsgegenständen ein anderer als in sonstigen Krankenhäusern, weil viele Patienten aufgrund ihrer Erkrankung anders mit diesen Gegenständen umgehen.

Noch ein paar Bemerkungen zu der Frage, welche Steuerungswirkung eine Reduzierung der pauschalen Fördermittel für die psychiatrische Medizin haben wird. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat zur Zeit 357 tagesklinische Plätze, davon 58 in der Kinder- und Jugend-

psychiatrie. Unsere Planungen sehen vor, daß in den kommenden Jahren weitere 256 Plätze hinzukommen, davon 68 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Summe möchten wir 613 tagesklinische Behandlungsplätze betreiben. Wenn die jetzt vorgesehene Regelung Realität würde, würde das für uns bedeuten, daß wir in jedem Jahr pauschale Fördermittel in einer Höhe von mehr als 2 Millionen DM einbüßten und uns dann in der Tat fragen müßten, wie wir die entsprechenden Einrichtungen so ausstatten können, daß wir die Medizin, die wir betreiben möchten, auch tatsächlich umsetzen können.

Eine derartige Verzögerung der Entwicklung von Dezentralisierung und der Umwandlung vollstationärer Betten in tagesklinische Betten steht in einem von mir als sehr kraß empfundenen Widerspruch zu den Grundsätzen der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, die Ende des Jahres 1996 vom damaligen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales festgelegt worden sind. Hauptpunkte der Weiterentwicklung waren nach diesen Grundsätzen eine Fortentwicklung der Dezentralisierung, eine Fortentwicklung von Tageskliniken und insbesondere ein weiterer Aufbau von tagesklinischen Plätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Über diese Grundsätze besteht allgemeiner Konsens. Es ist klar, daß man die Medizin zum Patienten bringen muß und daß es jedem Einwohner und jeder Einwohnerin in einem Pflichtversorgungsgebiet möglich sein muß, in vernünftiger Zeit ein tagesklinisches Behandlungsangebot zu erreichen.

Ich möchte Sie noch einmal bitten, bei Ihrer Entscheidung daran zu denken, daß dies alles nur auf der Basis einer hinreichenden finanziellen Ausstattung möglich ist.

Landesrat Rainer Kukla (Landschaftsverband Rheinland): Als Vertreter des Landschaftsverbandes Rheinland kann ich mich, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, zum einen der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft und der kommunalen Spitzenverbände anschließen. Ich möchte zum anderen noch einmal in aller Kürze die von Frau Schuhmann-Wessollek, aber auch von anderen hier vorgetragene Position hinsichtlich der Regelung der pauschalen Förderung in § 25 Abs. 6 des Gesetzentwurfes unterstreichen.

Die Regelung, teilstationären psychiatrischen Einrichtungen lediglich 50 Prozent der pauschalen Fördermittel der ersten Anforderungsstufe zuzugestehen, ist unseres Erachtens sachlich falsch. Sie stellt keinen Anreiz dar, die fachlich wünschenswerten Umstrukturierungen von stationären zu teilstationären Behandlungen vorzunehmen. Das ist bedauerlich. Bei teilstationären Behandlungen reduziert sich allenfalls die wenig geräteintensive Hotelleistung des Krankenhauses. Therapie und Diagnostik werden aber im üblichen Umfang - gelegentlich sogar intensiver - durchgeführt. Ruhebetten und Räume für die verschiedenen Therapiemöglichkeiten müssen zur Verfügung gestellt werden. Die vorzuhaltenden Räumlichkeiten hinsichtlich des Gesamtflächenbedarfs sind kaum geringer als im vollstationären Bereich.

Auch für die vollstationäre Behandlung kann die Absenkung der Förderquote von 100 auf 80 Prozent nicht akzeptiert werden. Für den Landschaftsverband Rheinland würde eine solche Reduzierung der Förderung besonders prekäre Folgen haben. Der gesundheitspolitisch gewollte Prozeß der Umstrukturierung der Rheinischen Kliniken hat in der Vergangenheit zu einer kontinuierlichen Verknappung der pauschalen Fördermittel geführt. Von den seit 1990 immerhin 2 000 abgebauten KHG-Betten in den Rheinischen Kliniken wurden zwar etwa 760 in die

sogenannte Auffangkonzeption aufgenommen und entsprechend den Vereinbarungen für eine Übergangszeit weiter gefördert. Die bei den Rheinischen Kliniken aufgrund des darüber hinausgehenden Bettenabbaus entstandenen Finanzierungseinbußen sind aber nicht aufgefangen. Die Absenkung der Förderquote bedeutet für jedes einzelne Planbett im vollstationären Bereich eine Verschlechterung um etwas über 16 Prozent. Wenn man beide Effekte zusammennimmt, also auch die Einbeziehung des Tagesklinikeffektes, kommt es bei einzelnen Häusern zu Kürzungen von über 20 Prozent. Sie können sich vorstellen, daß das nicht aufzufangen ist.

In den Begründungen zur Novellierung des Krankenhausgesetzes wird hinsichtlich der Reduzierung der pauschalen Fördermittel für den Bereich der Psychiatrie lediglich ausgeführt, daß es in dieser Disziplin weniger kurzfristige Anlagegüter als in anderen Bereichen bedürfe. Dem muß ich nachdrücklich widersprechen. Auch Frau Schuhmann-Wessollek hat hierzu einiges gesagt. Ich möchte dazu noch kurz vier Bemerkungen machen.

Erstens. Die Milieugestaltung im stationären Bereich ist gerade in der psychiatrischen Versorgung und Betreuung von außerordentlich hohem - sprich: therapeutischem - Wert.

Zweitens. Die spezielle Klientel der psychiatrischen Fachkrankenhäuser erfordert zum Teil besondere Investitionen. So müssen manche Stationen häufig neu möbliert werden, weil es das Krankheitsbild einiger Patienten, zum Beispiel Verhaltensgestörter, mit sich bringt, daß diese mit Einrichtungsgegenständen - etwa in kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen - nicht gerade pfleglich umgehen. Auch sind Spezialanfertigungen von Einrichtungsgegenständen und Spielgeräten erforderlich. Das verbesserte Angebot in der Therapie und neue Therapieformen bedingen den Kauf entsprechender Therapiematerialien und die Ausstattung der entsprechenden Räumlichkeiten.

Drittens. Wir haben es gerade in den älteren Einrichtungen mit einem oft sehr weitläufigen Pavillonsystem zu tun, was hohe Anforderungen an die Logistik stellt und dazu führt, daß Transportdienste usw. außerordentlich aufwendig sind.

Viertens. Wir haben in den psychiatrischen Einrichtungen genauso wie in den Häusern für die Behandlung von somatischen Erkrankungen den Zwang, uns mit moderner Datenverarbeitung auszurüsten, um den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen der Zukunft gerecht zu werden. Auch da unterscheidet sich die Psychiatrie überhaupt nicht von den somatischen Fächern.

Wenn es bei dieser vorgesehenen Kürzung bliebe, würde die Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken, die seit langem eines der wichtigsten Leitmotive der Psychiatriereform ist, mit einem völlig falschen Signal versehen.

Klaus Bremen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen): Ich darf mich auch im Namen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen für die Gelegenheit bedanken, zu dem Entwurf eines neuen Krankenhausgesetzes in Nordrhein-Westfalen Stellung zu nehmen. Ich möchte erwähnen, daß ich in Vertretung des Vorsitzenden des Arbeitsausschusses Krankenhauswesen der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen, Herrn Direktor Odenbach aus Paderborn, spreche. Herr Odenbach nimmt als Vizepräsident an der heutigen Präsidiumssitzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft teil. An dieser kleinen Personalie können Sie erkennen, daß es

zwischen der Bundesebene und unserem Bundesland Nordrhein-Westfalen aufgrund der entwickelten Krankenhauslandschaft vielfältige Verbindungslinien und Diskussionsdrähte gibt.

Wir sind der Auffassung - dies ist hier schon verschiedentlich angesprochen worden; die freie Wohlfahrtspflege teilt die hier vorgetragene Einschätzung -, daß die Novellierung des Krankenhausgesetzes von Nordrhein-Westfalen über die Krankenhauslandschaft unseres Bundeslandes hinaus, also für die der Bundesrepublik, einen exemplarischen, ja fast präjudizierenden Charakter haben wird.

Das Protokoll des Hohen Hauses hat vorgesehen, daß ich der abschließende Redner der heutigen Anhörung bin. Ich möchte die Gelegenheit des Schlußmannes dieser Anhörung nutzen und auf einige Aspekte der heutigen Diskussion eingehen. Zudem möchte ich den Blick nach vorne richten; denn diese Anhörung ist Teil eines Gesetzgebungsverfahrens. Als freie Wohlfahrtspflege sehen wir unsere Pflicht darin, dieses Verfahren durch unsere Kritik nicht zu behindern, sondern konstruktiv zu begleiten.

Im Rahmen der heutigen Diskussion ist deutlich geworden, daß sich die Kritik der Krankenhäuser und ihrer Trägerverbände auf den II. Abschnitt bzw. die §§ 13 ff. des Gesetzentwurfes richtet, in denen das Krankenhausplanungsverfahren neu geregelt werden soll. Die Zielsetzung der Neugestaltung wird in der Begründung des Gesetzentwurfes angesprochen, wenn von einer stärkeren Beteiligung der Kosten- und Leistungsträger die Rede ist. Nun wissen alle hieran Beteiligten, daß einige Kosten- und Leistungsträger in Nordrhein-Westfalen bereits seit Jahren eine solche stärkere Beteiligung fordern, unter anderem mit dem Argument, daß die Kassen schließlich das Ergebnis der Krankenhausplanung zahlen müßten. Eine stärkere Beteiligung der Kosten- und Leistungsträger an der Krankenhausplanung halten die Verbände der freien Wohlfahrtspflege für sinnvoll und notwendig. Ich habe heute nachmittag niemanden gehört, der diesem Anliegen widersprochen hätte. Zudem ist in der Praxis der Krankenhausplanung die Beteiligung von und die Rücksprache mit den Kosten- und Leistungsträgern vor Ort - auch das wurde verschiedentlich ausgeführt - für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen schon längst Realität.

Unsere Kritik richtet sich also nicht gegen eine stärkere Beteiligung der Kosten- und Leistungsträger. Unsere Kritik richtet sich vielmehr gegen das konkret im Gesetzentwurf vorgesehene Verfahren. Unserer Auffassung nach schlägt das Pendel jetzt in die verkehrte Richtung. Die stärkere Beteiligung am Planungsprozeß wird zu einer Art Waffenungleichheit - auch dieses Wort ist heute schon verschiedentlich benutzt worden - zuungunsten der Krankenhäuser. Eine vorsichtige Fortschreibung des bislang geltenden Krankenhausgesetzes hätte dem Anliegen einer stärkeren Beteiligung der Kosten- und Leistungsträger durchaus Rechnung tragen können, zum Beispiel durch das Einfügen einer Vorschrift, die die bisherige Praxis der Abstimmung der Planung zwischen Krankenhaus und Kosten- und Leistungsträger zur gesetzlichen Soll-Vorschrift und zur Formalanforderung an die Vorlage von Planungsvorschlägen an die zuständige Behörde macht.

Natürlich spekulieren wir von seiten der Krankenhäuser darüber, warum der Gesetzentwurf nicht die vorsichtige Fortschreibung unstrittiger Punkte des bisherigen Planungsrechts enthält und statt dessen die Krankenhausplanung insbesondere durch die Aufteilung des Krankenhausplans in drei Teile neu konzipiert. Diese Aufteilung verlagert das Verfahren der Krankenhaus-

planung in großen Teilen an unterschiedliche Verhandlungstische, an denen aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben und/oder der neu geregelten Zusammensetzung dieser Gremien die Kosten- und Leistungsträger auch aus Sicht der freien Wohlfahrtspflege einen deutlichen Verhandlungsvorteil haben. Die jetzt vorgesehenen sehr allgemeinen landesrechtlichen Vorgaben hinsichtlich der Aufgaben und Verfahren dieser Gremien führen für die Krankenhäuser nicht nur zu Rechtsunsicherheit in der Planung. Ich möchte an dieser Stelle ein wenig Prophet spielen: Ich sage Ihnen voraus, daß dieses Instrumentarium in der Praxis zu mehr Konflikten in der Krankenhausplanung führen wird, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

Nur ein Beispiel: Bereits in der heutigen Anhörung ist von einigen Trägerverbänden moniert worden, daß in den Rahmenvorgaben nach § 14 des Gesetzentwurfes die Standorte von Krankenhäusern nicht enthalten sind. Nun sind bei der Erarbeitung dieser Rahmenvorgaben mit den Beteiligten des Landesausschusses für Krankenhausplanung nach § 17 Abs. 3 des Gesetzentwurfes einvernehmliche Regelungen anzustreben. Wenn aber aufgrund der unbestimmten gesetzlichen Vorgaben schon bei der heutigen Anhörung ein wichtiger strittiger Punkt in den Rahmenvorgaben, nämlich die Frage der Krankenhausstandorte, angesprochen wird, dann ist zu fragen, wie die Diskussion im Krankenhausausschuß ablaufen wird.

Auch seitens der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen weiß man, daß in unserer Krankenhauslandschaft Angebotskorrekturen notwendig sind. Es ist uns bislang, soweit ich das übersehen kann, gemeinsam gelungen, diese Korrekturen behutsam und im Konsens umzusetzen, und zwar auf der Grundlage des derzeit geltenden Planungsrechts. Wir wissen, daß diese Korrekturen insbesondere aus Sicht der Kosten- und Leistungsträger absolut nicht ausreichen und in unserem Land Zahlen von bis zu 10 000 abzubauenen Krankenhausbetten gehandelt werden. Die Steuerung dieses Korrekturprozesses geschieht heute nicht durch die Kosten- und Leistungsträger. Für die Steuerung sind aufgrund der gesetzlichen Grundlagen vielmehr Politik und Verwaltung zuständig.

Grundlage des derzeit geltenden Verfahrens ist die Überlegung, daß ein Krankenhaus kein Wirtschaftsbetrieb ist wie jeder andere, der ausschließlich nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geplant werden kann, sondern daß Krankenhäuser eine Versorgungsaufgabe haben und Krankenhausangebote nicht nur da vorgehalten werden können, wo eine zahlungskräftige Nachfrage besteht. Vielleicht empfinden Sie als Abgeordnete diese Befürchtung als übertrieben. Aber die Freie Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen hat die Sorge, daß wir mit diesem Gesetzentwurf die Voraussetzungen schaffen, die gerade von mir geschilderte Philosophie zu verlassen. Wenn sich die Kosten- und Leistungsträger an Recht und Gesetz halten, dann spielen in ihren Überlegungen zur Krankenhausplanung Gesichtspunkte der Beitragsstabilität eine mindestens ebenso große Rolle wie die Aufgabe, für eine ausgeglichene Versorgung der Bevölkerung zu sorgen.

Der Gesetzentwurf übergibt das Planungsgeschäft mit unzureichenden gesetzlichen Planungsanforderungen vor allem an das Verhandlungsspiel zwischen den einzelnen Krankenhausträgern und den Landesverbänden der Krankenkassen. Auch aufgrund unserer Erfahrungen bei den Verhandlungen über das Budget der Krankenhäuser befürchten wir von der Freien Wohlfahrtspflege, daß in diesem Verhandlungsspiel Versorgungsgesichtspunkte eine immer geringere Rolle spielen werden. Wir sehen, daß sich in dem vorgeschlagenen Planungsverfahren die Rolle der zuständigen Behörde auf die Prüfung von Formalanforderungen beschränkt und sie Fehlent-

wicklungen in diesem Verhandlungsspiel prinzipiell nur unter großem Kraftaufwand und vermutlich verbunden mit Konflikten entgegensteuern kann.

Die Rede davon, daß in dem vorliegenden Entwurf die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung beim Land bleibt, ist leider nur die halbe Wahrheit. Der Gesetzentwurf stellt für uns eine deutliche Schwächung der Rolle des Landes in der Krankenhausplanung dar. Ich möchte es nicht zu dramatisch werden lassen; aber wir sind schon der Auffassung, daß wir in Nordrhein-Westfalen mit der Neugestaltung insbesondere des Krankenhausplanungsrechtes an einem Scheideweg auch der Politik stehen. Bislang war der Ausweis von Krankenhausstandorten und des konkreten Krankenhausangebotes vor Ort eine hoheitliche Entscheidung der zuständigen Planungsbehörde, letztlich unseres Landes Nordrhein-Westfalen. Auf dieser Grundlage fußten dann entsprechende Investitionsförderungen.

Auch mit dem neuen Recht bleibt es formal bei der Festsetzung des Krankenhausangebotes durch die zuständige Behörde. Etwas anderes ist aufgrund der bundesgesetzlichen Vorgaben nicht möglich. Allerdings meinen wir, daß durch das neue Recht die hoheitliche Festlegung von Krankenhausstandorten und des Krankenhausangebotes vor Ort in der Substanz ausgehöhlt wird. Diesen vorauseilenden Gehorsam des Gesetzentwurfes halten wir angesichts erfolgreich vorgenommener Angebotsanpassungen auf der Grundlage des bestehenden Planungsrechtes für unnötig.

Auch in Nordrhein-Westfalen gilt nach wie vor das Prinzip der dualistischen Krankenhausfinanzierung und damit verbunden das Prinzip der Krankenhausplanung in Landeshoheit. Aus der Sicht der Freien Wohlfahrtspflege ist es unnötig, das Krankenhausplanungsrecht in seiner Substanz bereits jetzt so auszurichten, als läge die Planungskompetenz vornehmlich bei den Kosten- und Leistungsträgern. Das halten wir zumindest für voreilig. Mit dieser Voreiligkeit aber verspielen wir alle Möglichkeiten zum Konsens im Rahmen der Planung, einem Konsens, den wir nach meiner Überzeugung nach wie vor dringend für die Bewältigung der vor uns stehenden Aufgaben brauchen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Wir treten in die letzte Fragerunde ein. - Das Wort hat Herr Henke.

Rudolf Henke (CDU): Eine Frage an Herrn Bremen - denn die Wohlfahrtsverbände sprechen nicht nur für die Krankenhäuser, sondern vertreten auch eine Vielzahl komplementärer Einrichtungen -: Wie wird aus Ihrer Sicht in dem jetzt angedachten Planungsverfahren die Vielzahl von Interaktionen der Krankenhäuser mit komplementären Einrichtungen - zum Beispiel mit Sozialstationen, mobilen Sozialen Diensten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die Sie natürlich nicht vertreten, usw. - berücksichtigt? Mit anderen Worten: Können Sie uns einen Hinweis dahin gehend geben, wie Sie sich unter Planungsaspekten die Weiterentwicklung des Elementes - ich nenne es einmal so, obwohl dieser Begriff manchmal sehr emotional belegt ist - "Gesundheitszentrum Krankenhaus" vorstellen?

Klaus Bremen: Sie wissen ja, daß in Nordrhein-Westfalen die Situation derzeit so ist, daß für den Bereich der Krankenhausplanung eine andere gesetzliche Grundlage gilt als für den Bereich der Pflege. Die Planung im Bereich der Pflege ist im Landespflegegesetz geregelt; heute sprechen wir aber über das Krankenhausgesetz in Nordrhein-Westfalen. Es gibt für den Bereich des Krankenhauswesens einerseits und für den Bereich der Pflege andererseits zwei verschiedene Kreise vor Ort, die sich mit diesen Themen beschäftigen. Das sind nach § 24 ÖGD-Gesetz zum einen die kommunalen Gesundheitskonferenzen und nach dem Landespflegegesetz zum anderen die kommunalen Pflegekonferenzen.

Da, wo heute eine Verschränkung stattfindet, geschieht dies deshalb, weil die Akteure aufgrund des Systems Eigeninteressen entwickeln, diese Verschränkung herzustellen, indem also Krankenhäuser mit Pflegediensten usw. zusammenarbeiten. Eine systematische Verschränkung dieser Planungen scheint uns derzeit noch nicht ausreichend gelungen. Das haben wir in unserer Stellungnahme zum Landespflegegesetz deutlich gemacht. Auch im alten Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen gab es bereits die Pflicht zur Zusammenarbeit mit anderen am Gesundheitswesen Beteiligten. Dadurch also, daß wir diese Pflicht in das neue Gesetz hineinschreiben, ändern wir am bisherigen Zustand aus meiner Sicht zunächst einmal nichts. Der Zwang, dies zu regeln, liegt auf einer anderen Ebene. Im Landespflegegesetz ebenso wie im ÖGD-Gesetz ist ja nach fünf Jahren eine Evaluation vorgesehen. Dann werden wir uns diesen Punkt noch einmal intensiv betrachten müssen.

Aus der Sicht der Krankenhausträger - wenn ich Ihnen das noch sagen darf - ist das Verständnis des Krankenhauses als Gesundheitszentrum durchaus nicht unumstritten, weil einige Krankenhausträger natürlich auch die Position vertreten, daß ihre Stellung im Wettbewerb vor allen Dingen durch ihre medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten geprägt ist und nicht so sehr durch ihre soziale Funktion und ihre Vernetzung mit anderen Bereichen in der Region. Dabei kommt es, so denke ich, auf die Größe, die Ausrichtung und dergleichen mehr des Hauses an. Hier gibt es keinen goldenen Weg, der für alle Krankenhäuser zutreffend wäre.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Ich möchte Frau Schuhmann-Wessollek und Herrn Kukla noch einmal folgendes fragen: Mir ist in der landespolitischen Diskussion über die Förderung der psychiatrischen Kliniken das Argument begegnet, daß es eine Reihe von Psychiatrien gebe, die ihre bisherigen Fördermittel gar nicht ausgeben könnten und nicht wüßten, was sie damit machen sollen, die also strukturell überfinanziert seien. Können Sie ausschließen, daß dies so ist? Können Sie, falls dies tatsächlich vorkommt, Angaben darüber machen, in welchem Umfang dies geschieht?

Rainer Kukla: Herr Kreutz, ich kann Ihnen dazu jetzt keine detaillierten Zahlen einzelner Häuser nennen. Ich habe nicht behauptet, daß die bisherigen Mittel nicht ausreichend gewesen wären bzw. daß wir besonders schlecht weggekommen seien. Das ist nicht der Fall. Es wäre unredlich, dies zu behaupten. Daß man aber teilweise über Jahre Mittel anspart, um sie angesichts einer mittelfristigen Nutzungsdauer irgendwann einmal auszugeben, ist ein völlig normales Geschäft. Deswegen kann man nicht sagen, daß eine Klinik, wenn sie einmal zwei oder drei

Jahre lang Mittel beiseite legt, um anschließend Investitionen finanzieren zu können, bereits überfinanziert sei.

Die Frage ist doch, inwieweit wir jetzt deutlich schlechter gestellt werden. Bei einem kleinen Haus - wir haben diesbezügliche Beispiele natürlich durchgerechnet - würden die beiden Tatsachen, daß die betreffenden Häuser für den vollstationären Bereich nur noch 80 Prozent und für den tagesklinischen Anteil nur noch 50 Prozent der Fördermittel erhalten, zu einer Verschlechterung von deutlich über 20 Prozent für ein konkretes Haus führen. Das geht weit unter das Niveau, das wir verkraften können. Da würde die Psychiatrie im Vergleich zu somatischen Bereichen in einer eklatanten Weise schlechtergestellt.

Helga Schuhmann-Wessollek: Herr Kreutz, ich kann das vom Tenor her nur unterstützen. Ich kann nicht ausschließen, daß es irgendwann einmal in der Vergangenheit in einer Sammelmaßnahme zu zeitlichen Verschiebungen zwischen Hereinfließen und Ausgabe der Mittel gekommen ist. Aber daß eine der Kliniken im Geld schwimmt und nicht weiß, wohin damit, das ist mir nicht bekannt.

Ferner kann ich nur bekräftigen, was Herr Kukla gesagt hat: Es ging ja in unserer Stellungnahme darum, eine für die Zukunft vorgesehene Verschlechterung abzuwenden, also nicht die Vergangenheit zu kritisieren, sondern darauf hinzuweisen, daß es für uns nicht verkraftbar sein wird, 20 Prozent der Mittel, zusammengesetzt aus Preis- und Mengenkomponten, einzubüßen.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Es geht mir um das gleiche Thema. Dazu möchte auch ich die beiden gerade angesprochenen Personen befragen. Der Landschaftsverband Rheinland hat in seiner schriftlichen Stellungnahme geschrieben:

Der Landschaftsverband Rheinland kann die eklatante Schlechterstellung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und teilstationären Einrichtungen im Hinblick auf die pauschalen Fördermittel nicht akzeptieren und lehnt die Regelung ... entschieden ab.

Zu welchen Konsequenzen würde es denn bei den beiden Landschaftsverbänden als relativ großen Trägern in diesem Bereich führen, wenn die vorgesehenen Regelungen hinsichtlich der pauschalen Förderung von psychiatrischen Abteilungen und auch der tagesklinischen Versorgung tatsächlich verabschiedet würden? Würden sich die Landschaftsverbände von ihren Aufgaben trennen, würden sie nur notwendige Erweiterungen ihrer Kapazitäten nicht mehr vornehmen, oder würden sie sich ärgern und es trotzdem tun?

Helga Schuhmann-Wessollek: Die Frage läßt sich nicht einheitlich beantworten. Wir müßten ja wissen, wie viele Mittel konkret zur Verfügung stehen, was eine einzelne Maßnahme kostet und was man mit den Mitteln tun kann. Wir würden uns sicherlich nicht vollständig aus den bisherigen Aufgaben zurückziehen. Wie sollen wir das? Wir können das Rad der Entwicklung nicht zurückdrehen. Ich hatte ja vorhin vorgetragen, daß wir bereits 357 Tagesklinikplätze haben. Wir könnten dann aber nicht gewährleisten, daß die so weiter funktionieren wie bisher. Ein

bestimmtes Qualitätsniveau erfordert auch eine adäquate Kostenausstattung. Mit einer geringeren Kostenausstattung wird man nicht die gleiche Leistung erbringen können.

Hinsichtlich der Planungen für die Zukunft wäre es dann entscheidend, wann wir mit welchen Mitteln welchen Schritt realisieren könnten. Ich kann Ihnen jetzt nicht sagen, wie sich die Planung modifizieren würde. Da wird es möglicherweise zu zeitlichen Aufschiebungen oder zur Aufgabe einzelner Projekte kommen, mit dem gleichzeitigen Versuch, die tagesklinische Versorgung insgesamt weiter voranzubringen.

Rainer Kukla: Herr Arentz, das ist sozusagen eine Kombination von Effekten. Ich weiß nicht, ob es bekannt ist, daß wir zur Zeit über 16 tagesklinische Projekte diskutieren und diese in der Landschaftsversammlung auf der politischen Ebene beschlossen haben. Bei der Finanzierung dieser Projekte gibt es jedoch außerordentliche Schwierigkeiten. Das hängt mit der Gesamtsituation der Krankenhausfinanzierung zusammen. Wir stehen also bei jedem einzelnen Projekt vor der Frage, wie man es durchführen kann.

Da die kommunalen Kassen leer sind und wir ein Umlageverband sind, verbietet es sich in der Regel, in die eigene Tasche zu greifen und zu sagen: Das, was wir alle gemeinsam unter psychiatriepolitischen und gesundheitspolitischen Aspekten wollen, können wir jetzt konkret realisieren. Bei der Bewilligung und Finanzierung solcher wünschenswerter Projekte kommt es zu Zeiträumen, die - ich drücke es noch sehr milde aus - sehr schmerzlich sind. Wenn nun noch hinzukommt, daß man sich im Rahmen der Ausweitung des tagesklinischen Angebots dadurch bestraft, daß die pauschalen Fördermittel hierfür auf 50 Prozent abgesenkt werden, die Finanzierung dieses Bereichs also noch schwieriger wird, dann wird der Anreiz, sich gesundheitspolitisch vernünftig zu verhalten, immer geringer. Ich kann schlecht voraussagen, welchen Schluß die politische Vertretung im Hinblick auf die Realisierung konkreter Projekte zieht. Aber ich muß deutlich darauf hinweisen, daß das Geschäft immer schwieriger wird.

Rudolf Henke (CDU): Ich möchte zunächst die Vertreter der Landschaftsverbände fragen: Es gibt ja im Grunde zwei getrennte Vorgänge. Der eine Vorgang ist der, daß die Höhe der pauschalen Fördermittel deswegen reduziert wird, weil sich die Bettenzahlen verringern. Hierbei wird im Gesetzentwurf durch das Vorsehen einer Leistungspauschale, die 75 Prozent der zu einem bestimmten Stichtag gewährten pauschalen Fördermittel umfaßt, wobei hier alternativ, wie vorgeschlagen wurde, 90 Prozent erwogen werden, der Einstieg in eine Loslösung der pauschalen Investitionsfinanzierung von der strengen Kopplung an die Zahl der Betten angeboten. Das aber hat bestimmte finanzielle Auswirkungen. Ein zweiter Vorgang ist die Absenkung der pauschalen Investitionsförderung in der Psychiatrie auf 80 Prozent der bisherigen Bezugsgröße. Das sind ja zwei getrennte Vorgänge, die, so glaube ich, unterschiedlich zu bewerten sind. Vielleicht könnten Sie uns die finanziellen Auswirkungen für die Landschaftsverbände vor allen Dingen mit Bezug auf die Absenkung auf 80 Prozent darlegen.

Ich habe eine zweite Frage an Herrn Bremen. Sie bezieht sich noch einmal auf die Tatsache, daß Sie unterschiedlichste Einrichtungen des komplementären Bereichs repräsentieren. Ich kann mir vorstellen, daß es Verbindungen von Krankenhäusern zu komplementären Einrichtun-

gen möglicherweise in der Form gibt, daß Mietzahlungen und ähnliches fließen. Ich beziehe mich auf eine Äußerung von Herrn Gausmann, der sagte: Wenn man § 21 Abs. 6 des Gesetzesentwurfes, in dem es um das Thema Einzelförderung gehe, auf die Goldwaage lege, dann müsse man die stundenweise Vermietung eines OP-Raums an einen niedergelassenen Arzt von der Genehmigung der Behörde auf dem Instanzenweg abhängig machen. Das sei überreguliert.

Mich würde interessieren, ob solche Beziehungen, also die Übertragung von durch das Krankenhaus zu erfüllenden Aufgaben auf komplementäre Einrichtungen, die im Bereich der Wohlfahrtspflege angesiedelt sind - Beispiele aus meiner Region sind ein Gärtnereibetrieb oder ein Küchenbetrieb -, Entwicklungspfade sind, die Sie in Ihrem Bereich wahrnehmen, die gefördert werden sollen und deren Realisierung schwieriger wird, wenn das unternehmerische Handeln davon geprägt ist, daß jede einzelne Entscheidung an eine behördliche Genehmigung geknüpft werden muß.

Helga Schuhmann-Wessollek: Ich hatte in meinem Statement gesagt, daß wir im Rahmen der künftig 613 tagesklinische Plätze Mittel in Höhe von etwa 2 Millionen DM einbüßen würden. Zur Zeit haben wir insgesamt 4 600 vollstationäre Plätze. Wenn man davon die 613 tagesklinischen Plätze abzieht, dann hätten wir für 4 000 Betten Einbußen aufgrund der Absenkung der pauschalen Fördermittel auf 80 Prozent hinzunehmen.

Ich hatte ja dann ebenfalls vorgetragen, daß wir noch bis zum Jahre 2003 800 Betten abbauen wollen. Dieser Effekt würde sich dadurch verringern, daß man die von Ihnen angesprochene Leistungspauschale erhalten kann. Was uns niemand ausgleichen wird, das ist die Bettenzahl, die wir seit Anfang der 90er Jahre bis zu dem für die Gewährung der Leistungspauschale im Gesetzesentwurf vorgesehenen Stichtag im Jahre 1996 abgebaut haben. Das sind gut 2 000 Betten. Mittel dafür haben wir ja schon eingebüßt.

Rainer Kukla: Ich kann das für den Landschaftsverband Rheinland im Prinzip so bestätigen, wobei wir zusätzlich den Effekt haben, daß wir seit Anfang der 90er Jahre - ich sagte das bereits - immerhin 2 000 Betten abgebaut haben, wobei wir natürlich nicht in der Lage waren, die Infrastruktur in dem gleichen Tempo zu verringern, so daß der Ausfall der entsprechenden Mittel betriebswirtschaftliche Probleme verursacht. Das führt jetzt insgesamt zu einer Situation, die, was die zukünftigen Strukturveränderungen angeht, sowieso schwer zu bewältigen ist. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Differenzierung zwischen KHG-Bereich, Pflegebereich und Rehabilitationsbereich sowie der notwendigen Spartenrechnungen werden wir im Hinblick auf die Abschmelzung der Infrastruktur Schwierigkeiten bekommen. Das Problem ist, daß angesichts dieser Bedingungen die Effekte kumulieren.

Klaus Bremen: Sie haben ja im Grunde genommen zwei Fallgruppen angesprochen. Von der ersten Fallgruppe sprachen Sie so: Was passiert denn eigentlich, wenn ein niedergelassener Arzt oder andere komplementäre Dienste Krankenhausräumlichkeiten nutzen? Das wird im Zuge des Gesetzesentwurfes dann zu einem Thema, wenn diese Räumlichkeiten mit Landesmitteln erstellt worden sind. Da ist zu fragen: Sind die Regelungen flexibel genug, um ent-

sprechend vorgehen zu können? Wir würden uns natürlich eine Entschlackung dieser Vorschriften wünschen, und zwar insbesondere in der Hinsicht, daß Entscheidungen nur anzeigepflichtig sind und keiner Genehmigung im Einzelfall bedürfen. - Das ist der eine Punkt.

Der andere Punkt betrifft die umgekehrte Richtung, nämlich die zweite Fallgruppe. Ich sehe einen interessanten Gedanken in der von Ihnen formulierten Frage. Sie haben gefragt: Können Sie sich vorstellen, daß bestimmte Arten der Zusammenarbeit, die auf regionaler Ebene oder auch in einem größeren Zusammenhang gewünscht werden, mit Landesförderungen bedacht werden? Ich kann mir dazu sofort einiges vorstellen. Ich stimme Ihnen natürlich mit vollem Herzen zu, daß dafür Landesmittel zur Verfügung gestellt werden sollten.

Allerdings muß man sagen: Für den Fall, daß eine wirtschaftliche Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und komplementären Einrichtungen erfolgt, haben wir folgende Prinzipien: Jeder der beiden Seiten muß für sich selber sorgen; die Zusammenarbeit muß zu Synergieeffekten führen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich erkenne keine Wortmeldungen mehr. - Meine sehr verehrten Damen und Herren, damit sind wir am Ende der heutigen Anhörung. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihr Erscheinen und Ihnen als Experten für Ihre sachkundigen Stellungnahmen, Ihre geduldige Beantwortung der Fragen und ganz besonders für Ihr langes Ausharren.

Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg und schließe die Sitzung.

gez. Bodo Champignon

Vorsitzender

15.10.1998

315