



---

---

## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **98. Sitzung (öffentlich)**

24. Februar 2010

Düsseldorf – Haus des Landtags

14:00 Uhr bis 14:30 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Franz-Josef Eilting; Simona Roeßgen (Federführung)

### **Verhandlungspunkt:**

#### **Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen**

**3**

Gesetzentwurf  
der Landesregierung  
Drucksache 14/10405

#### **– Zuziehung von Sachverständigen**

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.	Dr. Hans Rossels	14/3216	3, 7, 9
Ärztekammer Nordrhein	Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu	gemeinsame Stellungnahme 14/3213	4
Ärztekammer Westfalen-Lippe	Bertram Koch		5



**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Meine Damen und Herren! Ich begrüße die Mitglieder des Ausschusses, die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung, die Medienvertreter und Gäste und insbesondere die Sachverständigen, die wir für heute eingeladen haben.

Der einzige Tagesordnungspunkt lautet:

**Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen**

Gesetzentwurf  
der Landesregierung  
Drucksache 14/10405

**– Zuziehung von Sachverständigen**

Der Ausschuss hat beschlossen, zu seinen Beratungen – die abschließende Beratung dieses Gesetzentwurfs wird im nächsten Plenum sein – Sachverständige hinzuzuziehen. Ich begrüße Sie noch einmal ganz herzlich und danke Ihnen im Namen des Ausschusses für die Bereitschaft, uns heute für die Klärung von Fragen zur Verfügung zu stehen. Ich danke Ihnen auch für die vorab übersandten Stellungnahmen.

Nachdem ich die Stellungnahmen gelesen habe, glaube ich, dass sich der ursprünglich angedachte Zeitrahmen einer Anhörung von zwei Stunden deutlich reduzieren lässt. Aber wir nehmen entsprechend alter Tradition neben Ihren schriftlichen Stellungnahmen natürlich auch Ihre mündlichen Einlassungen gerne zur Kenntnis.

Ich schlage vor, wir beginnen mit dem Präsidenten der Krankenhausgesellschaft. Herr Dr. Rossels, Sie haben das Wort.

**Dr. Hans Rossels (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Der Vorsitzende hat schon angesprochen, dass wir Ihnen eine schriftliche Stellungnahme zugeleitet haben. Insofern möchte ich mich auf einige Kernsätze bzw. die wesentlichen Gedanken, die unserer Stellungnahme zugrunde liegen, beschränken.

Wir hatten seitens der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen das Thema sehr frühzeitig aufgegriffen und in unserer Stellungnahme auch festgehalten, dass es für uns selbstverständlich ist, dass Patientenströme definitiv nicht durch monetäre Anreize gelenkt oder geleitet werden sollen. Wir haben in Abstimmung mit unseren Partnern in der Selbstverwaltung, mit Ärztekammern und KVen, Leitsätze entwickelt. Wir haben seitens der KGNW für unsere Mitgliedskrankenhäuser auch sogenannte Leitplanken, die helfen können, Kooperationsformen, die zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor bestehen, daraufhin zu überprüfen, ob sie mit den rechtlichen Bestimmungen im Einklang stehen. Dieses gemeinsame Vorgehen mit unseren Partnern, Ärztekammern und KVen, auch was die Weiterentwicklung der Leitsätze angeht, wollen wir in Zukunft fortsetzen, konkretisieren und auch anpassen.

Was mir ganz wichtig ist, in diesem Ausschuss zum Ausdruck zu bringen, ist zum einen – das haben wir in unserer Stellungnahme auch festgehalten –, dass die Problematik der Zuweisungsprämien und Fangprämien nicht Nordrhein-Westfalen-spezifisch ist, sondern dass, wenn ich das richtig überschauere, in Nordrhein-Westfalen die Problematik verglichen mit anderen Bundesländern vielleicht sogar unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Insofern würden wir uns seitens der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen natürlich wünschen, dass nach gleichen Denkansätzen und gleichen Leitlinien auch in den anderen Bundesländern gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht werden. Das ist für uns ein wichtiges Thema.

Zum anderen müssen wir alle zur Kenntnis nehmen, dass die Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Sektor und den Krankenhäusern gewollt und auch der richtige Weg ist. Es ist wie bei vielen Sachverhalten: Wenn Entwicklungen sich neu auftun, gibt es Grauzonen, und wenn sich Systemumbrüche darstellen, sind oftmals die Spielregeln nicht klar. Das betrifft hier im konkreten Fall die Frage, wie Zusammenarbeitsformen und vertragliche Regelungen aussehen. Dazu sollen jetzt unsere Leitlinien, die seitens der KGNW für unsere Mitgliedskrankenhäuser entwickelt worden sind, helfen.

Der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ist wichtig, dass keine Regelungen geschaffen werden, die über das Ziel hinausschießen. Man sollte das Kind nicht mit dem Bade ausschütten, sondern das, was wichtig ist und was wir auch brauchen, regeln. Wir haben knappe Ressourcen, und deshalb brauchen wir das Zusammenwirken zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor. Unser Plädoyer ist deshalb: keine Regelungen, die die gute Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor, die sich ja auch noch in der Entwicklung befindet, behindern. Uns ist jedoch klar, dass wir Spielregeln brauchen. Dazu meinen wir einen guten Beitrag geleistet zu haben. Wir bleiben auch in der Entwicklung dabei, dass diese Spielregeln konkretisiert werden. Aber wir plädieren eben auch dafür, dass Regelungen, die auf gesetzgeberischer Seite neu geschaffen werden, nicht die Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor behindern. Ansonsten wären, glaube ich, nicht nur die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser die Verlierer, sondern auch in der Patientenversorgung würde man Nachteile spüren.

**Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu (Ärzttekammer Nordrhein):** Es ist in der Tat so, wie Herr Dr. Rossels es angesprochen hat: Wir haben die Initiative der Bundesebene, sprich: der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, aufgegriffen und uns mit dem Gedanken vertraut gemacht, weitere Strukturen zu schaffen, die wir bislang noch nicht hatten. Das ist der Gedanke, der jetzt durch die Presse geistert und von dem viel erwartet wird, nämlich der Gedanke einer Clearingstelle.

Wir, die Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, haben uns mit der Krankenhausgesellschaft zusammengesetzt und überlegt, was wir machen können. Denn wir haben ge-

sagt: Einfach eine Clearingstelle zu schaffen, nur damit man eine Clearingstelle hat, damit ist uns auch nicht gedient. Wir haben hier Körperschaften des öffentlichen Rechts, wir haben die Krankenhausgesellschaft. Jeder hat seine eigene Zuständigkeit, und die können und wollen wir nicht verlieren. Jeder hat seine Aufgabe und guckt anders auf einen Fall. Wir gucken berufsrechtlich darauf, die Kassenärztlichen Vereinigungen gucken sozialrechtlich darauf, Sie gucken wettbewerbsrechtlich darauf. In diesem Kontext haben wir uns überlegt, was wir eigentlich machen. Wir sind uns einig in dem Bemühen, zu verhindern, dass wettbewerbswidriges, berufsrechtswidriges oder sozialrechtswidriges Verhalten entsteht; und wenn so etwas entstanden ist, wollen wir, dass es sanktioniert wird. Im Rahmen dieser Erörterungen sind wir schon mehrfach zusammengekommen und sind überhaupt nicht auseinander. Die Leitplanken, die die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen aufgestellt hat, sind sehr gut. Damit können sich auch die Ärzteschaft und die Kassenärztlichen Vereinigungen anfreunden.

Wir als Ärztekammer Nordrhein haben natürlich mit der Problematik zu tun. Wir haben ca. 30 bis 40 laufende Fälle, die zu bearbeiten sind. Ärztekammern haben allerdings nicht die Vorgehensmöglichkeiten, die die Staatsanwaltschaft im strafrechtlichen Verfahren hat. Wir haben andere gesetzliche Grundlagen zum Handeln. Weil die im Bereich der Sanktionen eben nicht so stark ausgeprägt sind, haben wir uns darauf verständigt, den Versuch zu unternehmen, im Bereich der Beratung, also der Prävention, tätig zu werden.

Ich denke, das klappt auch ganz gut. Die Anfragen, die an die Kammern gerichtet werden, und die Vorlage von Verträgen führen zu einer Beratung. Wenn Verträge vorgelegt werden, die nicht in Ordnung sind, dann sagen wir auch, dass sie nicht in Ordnung sind und geändert werden müssen bzw. dass das so nicht stattfinden kann. Das ist unsere Vorgehensweise.

Ob wir das nun Clearingstelle oder Clearingverfahren nennen, ist unseres Erachtens relativ unwichtig. Wichtig ist, dass wir hier einer Meinung sind und dass jeder aus seiner Sicht den gleichen Sachverhalt vom Ergebnis her eindeutig und übereinstimmend bearbeitet. Daran arbeiten wir. Wir haben uns vorgenommen, dass wir dann, wenn es Probleme gibt oder Fragen auftauchen, wirklich auch zum Telefonhörer greifen und die ein oder andere Körperschaft unmittelbar befragen, hinzuziehen und den Fall auch dementsprechend bearbeiten. Der Prozess bei uns ist nicht abgeschlossen. Wir arbeiten daran.

**Bertram Koch (Ärztekammer Westfalen-Lippe):** Wir reden hier ganz konkret über einen Änderungsvorschlag für das Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen. Ich lege Wert auf die Bemerkung, dass das, was dort vorgesehen ist, eigentlich nur eine konsequente Fortentwicklung dessen ist, was man im ärztlichen Berufsrecht schon kennt. Es gibt im ärztlichen Berufsrecht seit Jahrzehnten die Norm, die überschrieben ist mit „Verbot der Zuweisung gegen Entgelt“. Nichts anderes als das, was sich in der Ärzteschaft bewährt hat, wird jetzt im Krankenhausgestaltungsgesetz umgesetzt. Aus unserer Sicht ist das eine konsequente Fortentwicklung einer guten Sache.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Wir kommen jetzt zur Runde der Fragen der Abgeordneten. Frau Gebhard hat sich als Erste gemeldet.

**Heike Gebhard (SPD):** Herzlichen Dank an Sie für die Ausführungen. Ich glaube, wir brauchen hier nicht zu wiederholen, warum das alles richtig und notwendig ist; wir haben das plenar schon gesagt.

Wir haben im Zusammenhang mit dieser Anhörung erstmalig Ihren Katalog bekommen, den Sie vorgelegt haben, nach dem jetzt abgeprüft werden soll, ob das ein solcher Fall ist oder nicht. Da ist, finde ich, die spannende Frage: ob der Katalog, so wie er aufgestellt worden ist – Sie haben ja alle gesagt, er sei geeignet –, in keiner Weise die Form der Zusammenarbeit, die wir eigentlich haben wollen, behindert. Herr Rossels, Sie haben schon darauf hingewiesen, Stichwort: integrierte Versorgung.

Wir haben auch von Krankenkassen schon einige Verträge und einige Regelungen, Stichwort: prosper-netz. Sind die Regelungen, die dort getroffen werden, mit diesem Katalog vereinbar, oder würden Sie sagen, dass das dann nicht mehr so in Ordnung ist?

Es gibt in solchen Netzen, die vonseiten der Krankenkassen organisiert worden sind, durchaus Anreize, die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern in bestimmter Weise zu lenken – natürlich alles nach dem Prinzip der Freiwilligkeit. Besagen Ihre Richtlinien, dass das in Ordnung ist?

**Norbert Post (CDU):** Herr Dr. Rossels hat uns eigentlich mit seiner letzten Bemerkung provoziert, als er meinte: Aber nicht übers Ziel hinausschießen! – Das hat auch die Kollegin schon hinterfragt.

Ich will wissen: Ist die jetzige Gesetzgebung hinreichend und ausreichend zurückhaltend, um die freie Arbeit zu ermöglichen? Das müssten Sie uns aus der Praxis sagen. Hier ist eben die Vereinbarung mit den Kassen angesprochen worden, aber das ist nicht das Thema. Die Vereinbarungen zwischen den Krankenhäusern und den Ärzten werden vermutlich in den meisten Fällen gar nicht schriftlich erfolgt sein. Deshalb die Frage: Wie hinreichend ist die Gesetzgebung – ohne die freie Arbeit zu begrenzen?

**Inge Howe (SPD):** Im Rahmen der Kooperation mit den Niedergelassenen ist mittlerweile die Möglichkeit geschaffen worden, über die 13-Stunden-Regelung auch Honorarkräfte im Krankenhaus zu beschäftigen. Mir macht das ein wenig Sorge, weil das einerseits ein Stück weit die Stellensituation bzw. die Besetzung ärztlicher Stellen in den Krankenhäusern tangiert, andererseits aber der Notnagel der Krankenhäuser ist. Ich frage mich: Wie kann man das vernünftig regeln? 13 Stunden sind 13 Stunden. Aber die Anzahl der Honorarkräfte ist in keiner Weise geregelt oder festgeschrieben und sollte es auch nicht sein. Wie kann man das gestalten, damit das im vernünftigen Rahmen bleibt und nicht sozusagen die Niedergelassenen doppelt arbeiten: in der Woche in der Praxis und am Wochenende als Honorarkräfte in den Krankenhäusern? Die Überlastung der Niedergelassenen hat natürlich auch ei-

nen finanziellen Aspekt; denn die Honorare, die in dem Bereich vereinbart werden, liegen deutlich über denen der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte. Das ist auch ein Aspekt, den es zu betrachten gilt.

**Dr. Hans Rossels (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.):** Ich versuche, die Fragen in der Reihenfolge aufzugreifen, wie sie gestellt worden sind.

Frau Gebhard hat nach der Praxistauglichkeit unserer Kriterien, also der Leitplanken, die seitens der Krankenhausgesellschaft entwickelt worden sind, gefragt. Wir meinen, auch wenn man sich die einzelnen Bereiche ansieht – das war eine meiner Kernaussagen bei meiner ersten Einlassung –, dass das, was wir hier abgeleitet haben, die Kooperationsformen, die sinnvoll und zweckmäßig sind, nicht behindert. Wir haben das auch bei uns in den Gremien, insbesondere im Hauptausschuss der KGNW, wo wir die Praktiker versammelt haben, im Einzelnen abgeklopft und meinen, dass das, was wir fixiert haben, einerseits den rechtlichen Rahmen eindeutig beschreibt und andererseits die vernünftigen, guten Kooperationsformen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern nicht behindert.

Aus unserer Sicht, Frau Gebhard, muss man auch die Verträge zur Integrierten Versorgung an diesen Leitplanken messen. Ich denke, durch das, was über die IV-Verträge in die Landschaft hineingekommen ist, ist auch der ein oder andere falsche Anreiz gesetzt worden, der vielleicht dazu beigetragen hat, dass sich an der ein oder anderen Stelle Entwicklungen aufgetan haben, die nach diesen Leitplanken eben nicht zulässig sind.

Der zweite, von Herrn Post angesprochene Punkt war, ob die Gesetzgebung hinreichend ist. Wir meinen: Ja, die Gesetzgebung, wie sie jetzt mit § 31a auf den Weg gebracht worden ist, ist hinreichend, um dafür Sorge zu tragen, dass das, was an Regulierung erforderlich ist, gewährleistet wird. Aus unserer Sicht also ein uneingeschränktes Ja!

Der dritte Punkt, der zuletzt genannt wurde, betrifft die Vertragsärzte, die 13-Stunden-Regelung. Es gibt meines Erachtens zwei Ansätze für die Hinzuziehung bzw. die Anstellung oder Honorarvereinbarung mit niedergelassenen Ärzten. Der eine Gesichtspunkt ist – das haben wir in beiden Sektoren festzustellen: im Krankenhaus und bei den Niedergelassenen –, dass wir, wenn auch in den einzelnen Fachdisziplinen unterschiedlich, erhebliche Probleme haben, Ärzte zu finden. Ich beschreibe nur den Zustand. Wir haben in Deutschland eine doppelte Facharztschiene. Es wird uns angesichts der Entwicklungen in den nächsten Jahren nicht gelingen, auf Dauer beide Bereiche vollständig zu besetzen. Also ist es erforderlich, dass, sozusagen der Not gehorchend, an der ein oder anderen Stelle – ich denke, das ist auch gut so – niedergelassene Ärzte in die Leistungserbringung einbezogen werden. Das ist der Aspekt: der Not gehorchend, eben dann, wenn Kapazitäten gebraucht werden.

Der eigentlich spannendere Gesichtspunkt ist, dass man sich über den ein oder anderen niedergelassenen Arzt Spezialkompetenzen ins Krankenhaus hineinholt. Ich nenne Ihnen ein Beispiel; ich bin ja selbst Geschäftsführer einer Krankenhaus-GmbH: Wir haben eine Gefäßchirurgie, aber wir haben im internistischen Bereich

keinen Angiologen. Also haben wir jetzt eine Vereinbarung mit einem niedergelassenen Angiologen getroffen, den wir – natürlich im Rahmen des Zulässigen – in die Leistungserbringung unseres Krankenhauses für die gefäßchirurgischen Patienten einbeziehen.

Sie sprachen auch die Überlastung und das Einbeziehen der niedergelassenen Ärzte über Gebühr an: Nach dem, was ich in der Landschaft sehe, glaube ich, dass diese Situation eigentlich nicht gegeben ist.

Sie hatten auch angesprochen, dass das für die niedergelassenen Ärzte hochinteressant ist aufgrund der wesentlich höheren Vergütungen, die ihnen im Krankenhaus gezahlt werden, verglichen mit dem, was sie erzielen können, wenn sie im KV-System abrechnen. Dem wollen wir gerade mit den Leitplanken begegnen. Den KGNW-Leitplanken ist ein ganz wesentlicher Satz immanent: Leistung und Gegenleistung müssen in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Wir haben das in den Leitplanken auch zu konkretisieren versucht, indem wir gesagt haben: Wir gehen zunächst davon aus, dass, wenn niedergelassene Ärzte bis zu 13 Stunden in Krankenhäusern angestellt werden, auch sie nach den tariflichen Regelungen vergütet werden, die im Krankenhaus gelten. Wir haben dann gesagt, dass es Abweichungen geben kann; das stelle ich gar nicht in Abrede. Aber es muss im Einzelnen begründet werden, warum man von der Regelvergütung abweicht. Das heißt: Die Transparenz muss hergestellt werden, und die Begründung muss schlüssig sein.

Das tun wir auch ansonsten. Bei angestellten Ärzten wird es immer mal Mangel-situationen geben, sodass – ob das nun gut oder nicht gut ist – das einzelne Krankenhaus den ein oder anderen Arzt außerhalb des Tarifs bezahlt, weil das eben ein Spezialist ist oder weil eine Notsituation besteht. Es sind unterschiedliche Beweggründe, die dazu führen können.

Wenn das Vertragsverhältnis auf der Basis der Gebührenordnung basiert, dann – das haben wir in den Leitplanken fixiert – soll es grundsätzlich nach dem Einfauchsatz der GOÄ laufen. Wenn davon eine Abweichung gegeben ist, wenn ein Krankenhaus also eine höhere Vergütung als den einfachen GOÄ-Satz wählt, muss es eine Begründung geben, und die Begründung muss transparent sein.

Das System ist zwar nicht perfekt, aber ich glaube, dass es eine geeignete Hilfestellung ist, um derartige Kooperationsformen zu prüfen.

Ich möchte noch eines dazusagen: Ich glaube, dass durch diese Diskussion, wie wir sie jetzt geführt haben, und nachdem jetzt die Leitplanken unsererseits in die Welt gesetzt worden sind, alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen – und nur für die können wir hier sprechen – wissen, was geht und was nicht geht. Wenn jetzt jemand davon abweicht, ist das wie in anderen Bereichen unseres gesellschaftlichen Lebens auch: Dann ist er eben bösgläubig. Dann muss er mit den Konsequenzen, die in § 31a des Krankenhausgestaltungsgesetzes beschrieben sind, leben; dann muss er die Konsequenzen in Kauf nehmen.



**Heike Gebhard (SPD):** Ich komme noch einmal zu dem letzten Punkt, den Frau Kollegin Howe aufgegriffen hat. Sie hatten dargestellt, dass, wenn man das so regeln will, eine Transparenz hergestellt werden muss, wenn Abweichungen stattfinden. – Gut. Da sind wir uns einig. Die Frage ist: Wie stellt man die Transparenz denn her? Wer ist dafür zuständig, das zu machen? Wer sind Ihre Partner, denen gegenüber Sie die Transparenz herstellen?

**Dr. Hans Rossels (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.):** Für mich stellt sich die Antwort so dar: Wenn die Verträge überprüft werden – ob das über die zuständigen Instanzen bei der KV oder über die Ärztekammer geht oder wenn die Verträge bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen eingereicht werden –, dann kann man die Vergütung feststellen. Es muss ja seltsame Stundensätze gegeben haben, insbesondere wenn niedergelassene Ärzte in den operativen Bereich einbezogen worden sind. Wenn in einem solchen Vertrag ein Stundensatz von 200 € steht, dann muss man sich doch sagen: Das kann eigentlich nicht sein, wenn der tarifliche Stundenlohn mit Arbeitgeberkosten vielleicht bei 40 oder 50 € liegt. – Es ist natürlich sehr schwer zu begründen, worin der Grund dafür liegt. Aber wir können zunächst einmal das Ergebnis ableiten: Hier scheint das Prinzip der Leitplanken, nämlich ein angemessenes Verhältnis von Leistung und Gegenleistung, nicht beachtet worden zu sein. Wenn in einem solchen Vertrag eine Vergütung von 80 oder 90 € fixiert ist, also 30 oder 40 € oberhalb des tariflichen Stundensatzes, kann das durchaus in Ordnung sein, sofern dargelegt ist, dass es ein Spezialist mit besonderen Kompetenzen ist, die sonst im Krankenhaus nicht verfügbar sind. Dann ist das, denke ich, begründbar.

Was wir mit Transparenz bei den Verträgen, die geschlossen werden, meinen, ist: Wenn man von unseren Leitplanken abweicht, muss man im Einzelnen darlegen, warum man abgewichen ist. Wir haben zwar nicht das Recht, das zu sanktionieren. Aber wenn Krankenhäuser uns Verträge zur Überprüfung vorlegen, weil das im eigenen Krankenhausunternehmen nicht durchgeführt werden kann, dann ist eine Grundlage gegeben.

Außerdem – ich ordne das jetzt wieder in das Gesetzgebungsverfahren ein – haben die Bezirksregierung bzw. das Ministerium auch die Möglichkeit, die Verträge daraufhin zu prüfen, ob Leistung und Gegenleistung stimmen, das heißt, ob die Verträge unseren Rechtsvorschriften entsprechend abgeschlossen worden sind.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Damit sind wir am Ende dieses Tagesordnungspunktes angelangt.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen noch einmal für die schriftlichen Stellungnahmen und insbesondere auch dafür, dass Sie uns trotz der Kürze der heutigen Anhörung zur Verfügung gestanden haben.

Der Ausschuss wird sich am 3. März 2010 mit der Auswertung dieses Gespräches beschäftigen. Abschließend werden wir am 17. März 2010 beraten, möglicherweise sogar schon in der nächsten Sitzung. Auf jeden Fall wird das Gesetz noch in der laufenden Legislaturperiode verabschiedet. Dazu haben auch Sie Vorarbeit geleistet.

Herzlichen Dank, meine Damen und Herren. Die Sitzung ist geschlossen. Ich berufe die nächste Sitzung für 15 Uhr im selben Raum ein.

gez. G. Garbrecht  
Vorsitzender

hoe/26.02.2010/01.03.2010

155