



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

37. Sitzung (öffentlich)

15. August 2007

Düsseldorf - Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 13:40 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokollerstellung: Christoph Filla, Simona Roeßgen (Federführung)

Verhandlungspunkt:

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/3958

Stellungnahmen und Zuschriften siehe nachfolgende Tabellen

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

Der Ausschuss führt eine Anhörung von Sachverständigen zu dem genannten Gesetzentwurf durch. Den Statements der Sachverständigen schließen sich Frage- und Antwortrunden an.

Institution	Redner/-in	Stellungnahme	Seite
Universität Siegen	Prof. Dr. Markus Kaltenborn	14/1315	5, 33
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. (KGNW)	Karsten Gebhardt	14/1209	7, 27, 58
Zweckverband der Krankenhäuser des Ruhrbezirks e. V.	-	Ergänzung 14/1203	-
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände	Markus Leßmann (Landkreistag NRW)	Ergänzung 14/1276	11, 30
Solidaris	Nicola Zeiler	14/1289	12
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)	Dr. Boris Augurzky	gemeinsame Stellungnahme 14/1316	12, 33
Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen	Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem		13, 29
Franziskus Hospital Bielefeld	Dr. Georg Rüter	14/1204	14, 35
Institut für Gesundheitsökonomik, Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer (Direktor IfG)	Andreas Beivers	14/1267	15
Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser im Erzbistum Paderborn	Prof. Dr. Ingo Flenker	14/1274	15, 32

Institution	Redner/-in	Stellungnahme	Seite
AOK Landesverband Rheinland/Hamburg	-	gemeinsame Stellungnahme 14/1251	-
AOK Landesverband Westfalen-Lippe	Thomas Fritz		17, 36
BKK Landesverband NRW	-		-
Landesverband der Innungskrankenkassen	-		-
Knappschaft-Bahn-See	-		-
Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW	-		-
VdAK/AEV Landesvertretung NRW	Michael Süllwold	Ergänzung 14/1272	18, 36
Ärztekammer Nordrhein	Dr. Thomas Windhorst (ÄKWL)	14/1288	19, 34, 57
Ärztekammer Westfalen-Lippe			
Universitätsklinikum Halle	Dr. Thomas Klöss	14/1372	38
Kliniken der Stadt Köln gGmbH	Dr. Herbert Blöchl	14/1287	39
Klinikum Leverkusen gGmbH	Hans-Peter Zimmermann	-	39
Kliniken Essen-Mitte	Prof. Dr. Gustav Dobos	-	40, 61
Stiftung Katholisches Krankenhaus, Marienhospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum	Prof. Dr. Ludger Pientka	14/1268	40
Klinikum Dortmund gGmbH	Mechthild Greive	14/1275	41, 59
Landschaftsverband Rheinland	Michael von Brederode; Ulrike Lubek	14/1420	43; 44
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.	Dr. Erich Theo Merholz	-	45

Institution	Redner/-in	Stellungnahme	Seite
Marburger Bund NRW	Rolf Lübke	-	46
Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V. (BALK), Landesgruppe NRW	Ludger Risse	14/1252	47
Netzwerk Pflegedirektoren, Klinikum der Universität zu Köln	René Bostelaar	14/1236	49
Netzwerk Pflegedirektoren, Universitätsklinik Essen			
Deutsche Stiftung Organtransplantation, Organisationszentrale Region NRW	Dr. Ulrike Wirges	14/1250	50, 56
Bundesverband der Organtransplantierten e. V. (BDO)	Ulrich Boltz	14/1266	51, 57
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Landesbezirk NRW (ver.di)	Dr. Bernd Tenbenschel	14/1217	51

weitere Stellungnahme

Wilhelm Hecker, Geschäftsführer der Kliniken der Stadt Köln gGmbH	14/1271
---	---------

Zuschriften

komba gewerkschaft nrw	14/1009
Psychotherapeutenkammer NRW	14/1034
Verband der Privatkliniken NRW e. V.	14/1036
pro familia, Landesverband NRW	14/1053

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle recht herzlich zur heutigen Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales; auf der Tagesordnung steht heute die Anhörung von Sachverständigen zum Krankenhausgestaltungsgesetz. Ich begrüße meine Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausschuss, die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Vertreter der Medien sowie die eingeladenen Sachverständigen. Ich bedanke mich im Voraus für die von Ihnen schriftlich eingereichten Unterlagen und Ihre Bereitschaft, hier heute dem Ausschuss Rede und Antwort zu stehen.

Ich rufe auf:

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/3958

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

Ich gehe davon aus, dass einige von Ihnen auch auf die Ankündigung des Ministers, die Einzelförderung durch eine Baupauschale zu ersetzen, eingehen werden. Wir werden parlamentarisch zu klären haben, wie mit dieser gravierenden Änderung, die den Kernbereich des Gesetzes betrifft, umzugehen ist. Dieser Aspekt gehört heute zwar nicht primär zur Diskussion, aber ich gehe davon aus, dass Sie darauf eingehen werden.

Zum Ablauf der Anhörung; einige haben bereits an einer solchen Anhörung teilgenommen und kennen daher das Prozedere: Es gibt zwei Themenblöcke, und nach jeweils zwölf Rednern soll eine Frage- und Diskussionsrunde mit den Damen und Herren Abgeordneten stattfinden.

Wir haben uns als ehrgeiziges Ziel gesetzt, diese Anhörung in drei Stunden durchzuführen. Wir müssen diesen Saal um spätestens 13:30 Uhr räumen; denn um 14 Uhr findet hier eine Folgeveranstaltung statt.

Meine Damen und Herren, mit diesem deutlichen Hinweis auf eine konzentrierte Behandlung des Wesentlichen möchte ich in die Diskussion einsteigen. - Ich erteile nun Herrn Prof. Kaltenborn das Wort.

Prof. Dr. Markus Kaltenborn (Universität Siegen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich kann mich kurz fassen. Meine Aufgabe bestand darin, den Gesetzentwurf unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten zu würdigen, und aus verfassungsrechtlicher Sicht erscheinen mir nur wenige Bestimmungen des Gesetzentwurfs problematisch zu sein.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht überprüft man zum einen die Kompetenzordnung und zum anderen die Grundrechte.

Aus kompetenzrechtlicher Sicht gibt es meines Erachtens zwei Bestimmungen, die so nicht stehen bleiben können. Zum einen betrifft dies § 22 Abs. 3 des Krankenhausges-

taltungsgesetzes. Da geht es um die Ausgleichszahlungen bei Schließungen oder Umstellungen von Krankenhäusern. Die bundesrechtliche Vorgabe ist in dem Punkt eindeutig. Dort gibt es keinen Ermessensspielraum für das Land, solche Ausgleichszahlungen zu gewähren. Allerdings ist in der landesrechtlichen Vorschrift ein solcher Ermessensspielraum eingeräumt worden. Insofern gibt es einen klaren Widerspruch zur bundesrechtlichen Vorgabe, die keine Spielräume vorsieht. Das müsste angepasst werden.

Zum anderen ist die Vorschrift des § 7 Abs. 4 Satz 1 Krankenhausgestaltungsgesetzes aus kompetenzrechtlicher Sicht problematisch; hier geht es um die Zusammenarbeit zwischen der Koordinierungsstelle und den Krankenhäusern bei Organentnahmen. Die entsprechende Vorschrift des Transplantationsgesetzes - das ist § 11 - enthält abschließende Regelungen. Das Transplantationsgesetz enthält viele andere Freiräume für den Landesgesetzgeber - es gibt also durchaus Möglichkeiten, im Krankenhausgestaltungsgesetz etwas zum Transplantationsrecht zu regeln -, aber gerade der Punkt ist abschließend geregelt. Also, eine Vereinbarung zwischen der Koordinierungsstelle und den einzelnen Krankenhäusern - wie es im Krankenhausgestaltungsgesetz vorgesehen ist - dürfte landesrechtlich nicht in dieser Form geregelt werden. Diesbezüglich ist die momentane Regelung abschließend.

Man könnte darüber hinaus darüber nachdenken, dass § 17 des Gesetzentwurfes, in dem es um die Einzelförderung geht, Probleme aufwirft, und zwar im Hinblick auf die bundesgesetzliche Vorgabe des § 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz. Nicht alle Fördertatbestände werden hier im Landesgesetz wiedergegeben. Das ist meines Erachtens allerdings nicht verfassungsrechtlich problematisch, sondern gesetzgebungstechnisch ein Problem; denn man erweckt den Anschein, als ob bestimmte Fördertatbestände nun nicht mehr existieren würden. Wenn man die Begründung zum Gesetzentwurf hinzuzieht, sieht man, dass diese Fördertatbestände auch weiterhin existieren. Sie werden im Gesetz jedoch nicht ausdrücklich genannt. Die Fördertatbestände des Bundesrechts gelten insoweit unmittelbar, und deshalb besteht keine Verpflichtung des Landes, diese Fördertatbestände in den Gesetzentwurf aufzunehmen. Ich hielte es für überflüssig, zumal man einen Verweis auf § 9 des Bundesrechtes aufnehmen könnte.

Aus grundrechtlicher Sicht gibt es meines Erachtens keine durchgreifenden Bedenken. In verschiedenen Stellungnahmen ist angedeutet worden, dass die Rechtsverordnungslösung, die der Gesetzentwurf vorsieht, ein Problem darstellt. Man könnte daran denken, dass es ein verfassungsrechtliches Problem ist. Nach der Lehre vom Parlamentsvorbehalt müssen Regelungen, die die Grundrechte berühren, in allen wesentlichen Fragen vom Parlament selbst geregelt werden. Und hier haben wir eine grundrechtsrelevante Problematik; denn zumindest die freigemeinnützigen Träger und die privaten Träger werden in ihren Grundrechten durch die Förderung berührt werden. Allerdings ist die Rechtsprechung diesbezüglich sehr weit, sehr offen und sehr unpräzise. Insofern glaube ich nicht, dass diese Rechtsverordnungslösung im Ergebnis scheitern würde. Um den Bedenken, die in den Stellungnahmen zum Ausdruck kommen, Rechnung zu tragen, schlage ich vor, einen Zustimmungsvorbehalt bzw. Informationsvorbehalt zugunsten des Parlaments mit aufzunehmen. Dann könnte man dem Vorwurf, dass Regelungen möglicherweise am Parlament vorbei getroffen würden und somit nicht die nötige Transparenz gegeben wäre, entgegenwirken.

Aus verfassungspuristischer Sicht meine ich, dass die beiden Regelungen, die die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen im Gesetz herausnehmen, im Hinblick auf Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz problematisch sind. Allerdings würden sie letztendlich wahrscheinlich auch vor dem Bundesverfassungsgericht oder anderen Gerichten, die sich mit dieser Frage befassen, nicht scheitern. Ich denke, dass diese Regelung überflüssig ist, weil die aufschiebende Wirkung verwaltungsprozessual ohnehin immer wieder erzielt werden kann. Auf eine solche Regelung kann man deswegen meines Erachtens guten Gewissens verzichten.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielen Dank, Herr Prof. Kaltenborn. - Ich begrüße nun die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und möchte Herrn Präsidenten Karsten Gebhardt das Wort erteilen. Meine Damen und Herren, Herr Prof. Kaltenborn hat sich kurz und präzise geäußert. Ich denke, wir können Herrn Gebhardt eine etwas längere Redezeit einräumen, da sich viele Stellungnahmen auf die der KGNW beziehen und sie unterstützen.

Karsten Gebhardt (KGNW): Sehr geehrter Herr Garbrecht! Sehr geehrte Abgeordnete! Meine Damen und Herren! Ich danke Ihnen für die Einladung zur heutigen Anhörung und für Ihre freundliche Vorbemerkung, Herr Garbrecht. Ich werde gleichwohl versuchen, mich kurz zu fassen. Schließlich liegt die ausführliche Stellungnahme der KGNW vor.

Für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ist der vorliegende Gesetzentwurf ein zentrales politisches Projekt mit herausragender wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischer Bedeutung in Nordrhein-Westfalen. Als großer Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in diesem Land verfolgen die Krankenhäuser besonders aufmerksam, wie dieses neue Krankenhausgestaltungsgesetz den Rahmen für das, was im Gesundheitswesen in diesem Land nachher in zentraler Funktion geschehen soll, bilden soll.

Die 230.000 Beschäftigten in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens sind unmittelbar davon betroffen, wie der Rahmen für die Zukunft gestaltet wird, und das wird ein Gesetz, das im Wesentlichen die Zukunft gestalten soll.

Ich möchte mich in meinem Statement heute auf fünf Punkte fokussieren.

Erstens. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen begrüßt ausdrücklich das Ziel der Landesregierung, mit diesem Krankenhausgestaltungsgesetz zu einer Entbürokratisierung und Reduzierung von Überregulierungen zu kommen. Wir begrüßen es auch, dass die Krankenhausplanung vereinfacht werden soll und dass den Krankenhäusern in Zukunft mehr Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden.

Wir begrüßen es nachdrücklich, dass das Land nach wie vor zu seiner sozialstaatlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorgung und zu seinem Bekenntnis zur Letztverantwortung des Landes für die Krankenhausversorgung stehen will.

Zweitens. Die Abkehr vom Krankenhausbett als Bemessungsfaktor für die pauschale Förderung trägt die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen grundsätzlich mit. Wir erklären ausdrücklich, dass wir nach wie vor bereit sind, an einer interessengerechten Lösung mitzuwirken. Allerdings ist zurzeit aus unserer Sicht die Streubreite zwi-

schen Gewinnern und Verlierern noch zu groß. Es darf zu keinen massiven Verwerfungen oder Ungerechtigkeiten durch dieses neue System kommen. Es ist offen, ob der Case Mix den Investitionsbedarf tatsächlich hinreichend abdeckt. Wir meinen, dass man als Korrekturfaktor DRG-bezogen den Investitionsbedarf ermitteln müsste. Denn es gibt Abteilungen mit einem hohen Case Mix und einem geringen Bedarf und umgekehrt, und das wird bei der vorliegenden Neuregelung nicht ausreichend bedacht.

Deshalb fordern wir ein umfassendes Gutachten, um diese für die Krankenhäuser lebenswichtige Umstellung für die Zukunft nicht in so etwas wie einem Blindflug vorzunehmen. Ich darf daran erinnern, dass auch bei der Umstellung der Krankenhausfinanzierung im Jahre 1972 ein Gutachten die Grundlage war. Wir meinen, dass auch bei dieser Umstellung ein Gutachten für alle Beteiligten mehr als hilfreich wäre.

Ferner meinen wir, dass wir eine Übergangsregelung für das Jahr 2008 brauchen. Insofern haben wir vorgeschlagen, die Verlustbegrenzung bei den einzelnen Krankenhäusern aufgrund des Umstellungsprozesses auf 10 % zu beschränken. Man muss den Krankenhäusern die Möglichkeit geben, hier in einem Anpassungsprozess zu arbeiten. Unserer Meinung nach wäre bis zur Erstellung eines Gutachtens eine Verlustbegrenzung hilfreich.

Wir lehnen es strikt ab, dass die Pauschalförderung in Zukunft über eine Rechtsverordnung erfolgen soll, weil wir eine Ausschaltung der parlamentarischen Kontrolle nicht für sinnvoll halten und eine Förderung nach Kassenlage als Befürchtung vor diesem großen Block der Gesundheitswirtschaft stehen würde. - Zu den verfassungsrechtlichen Bedenken hat der Kollege eben etwas gesagt.

Drittens. Ein wichtiger Teil dieses Gesetzentwurfes ist bereits überholt; denn die Landesregierung hat angekündigt, auch die Einzelförderung völlig neu zu gestalten. Ich schicke Folgendes voraus, Herr Vorsitzender: Wir gehen davon aus, dass eine solch massive Änderung materieller Art in einem solchen Gesetz dazu führt, dass es einen neuen Gesetzentwurf gibt. Sobald dieser Gesetzentwurf vorliegt, wird es eine erneute Anhörung geben, im Rahmen derer die wesentlichen Beteiligten, die von diesem Gesetz betroffen sein werden, parlamentarisch die Möglichkeit bekommen, ihre Stellungnahmen zu den dann hoffentlich ausformulierten Vorschlägen vorzutragen. Es gibt - so haben wir es in der letzten Woche wahrgenommen - diese Einmaligkeit, dass eine Novellierung vier Arbeitstage, bevor sich der Ausschuss mit dieser Gesetzesnovellierung beschäftigt, in wesentlichen Teilen infrage gestellt wird. Das war für uns sehr überraschend.

Das, was wir zur Kenntnis nehmen durften, enthält aus unserer Sicht keinerlei konkrete Vorschläge. Es gibt viel mehr Fragen als Antworten.

Zu den Fragen. Wie soll die angekündigte Übergangsregelung bis 2011 konkret gestaltet werden? - Wir wissen es nicht.

Welche Kriterien sollen für die angekündigte Reihenfolge der Förderung in dieser Übergangsphase gelten? - Wir wissen es nicht.

Wie will das Land sicherstellen, dass die Rückzahlung mittels der Baupauschale aufgenommener Kredite von den Krankenhäusern über die gesamte Laufzeit garantiert wird? - Keine Antwort. Das ist aber eine der entscheidenden Fragen. Der Minister sagt,

dass die Fördermittel in Zukunft im Rahmen einer Baupauschale auch für kreditfinanzierte Investitionen verwandt werden können. Vor diesem Hintergrund muss man sich die Frage stellen, wie viele Krankenhäuser angesichts einer solchen Finanzierung von ihren Hausbanken einen größeren Kredit über mehrere Millionen bekommen werden. 35 % der deutschen Krankenhäuser schrieben im Jahr 2006 rote Zahlen. Ein Krankenhaus wird einen solchen Kredit nur bekommen, wenn es entsprechende Sicherheiten hat oder wenn jemand für diese Sicherheiten garantiert.

Es ist nicht unüblich, dass man als Land bei öffentlich angestoßenen Finanzierungen zumindest überlegt, ob man nicht mit einer Bank oder einem Bankenkonsortium zusammengeht, um zinsverbilligte Kredite zu generieren. Denn - das muss man auch sagen - die Fördermittel - ich greife diese 190 Millionen € über 20 Jahre auf - fließen in Zukunft zwar zu, aber nicht in Investitionen. Rechnen Sie einmal den Anteil an Zinsen heraus. Bei einem Zinssatz von 5 % fließen 35 bis 40 % der Mittel überhaupt nicht in Investitionen, sondern dienen dem Kapitalmarkt. Damit können die Banken des Landes ein schönes Geschäft machen. Es kann angesichts des vorliegenden Investitionsstaus bei den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen nicht das Ziel sein, den Krankenhäusern aufgrund einer solchen Finanzierung Mittel vorzuenthalten.

Also: Entweder kommt es zu einer Garantie des Landes für solche Kredite. Diese müssten so aussehen, dass auch die Laufzeit gesichert ist. Oder das Land müsste mit einem Bankenkonsortium zusammengehen, um zu deutlich zinsverbilligten Krediten zu kommen. Überlegen Sie einmal, was bei 5 % Zinsen zusammenkommt! Über die Absprache mit einem Bankenkonsortium könnte man sicherlich eine Zinsverbilligung erreichen. Diesbezüglich muss das Land aus unserer Sicht noch sehr viel im Detail arbeiten, bevor es mit einem solchen System kommen kann.

Übrigens hängt das mit meinen Ausführungen zum zweiten Punkt zusammen: Welche Sicherheiten hat jemand bei einem 20-jährigen Kredit über 5 Millionen oder 10 Millionen €, wenn die Fördermittel im Rahmen einer Rechtsverordnung geregelt werden sollen? - Das wird so nicht funktionieren.

Nächste Frage: Was bedeutet es konkret, wenn zwischen der kurzfristigen Pauschale und der Baupauschale Deckungsfähigkeit hergestellt wird? - Auch hier warten wir auf eine Antwort.

Es gibt Fragen über Fragen, aber keine Antworten. Ich habe es eingangs schon gesagt, Herr Garbrecht: Wir erwarten, dass diese zentrale Frage der Einzelförderung in einen neuen Gesetzentwurf einfließt und wir noch einmal die Gelegenheit bekommen, darüber ausführlich zu beraten, eine Stellungnahme abzugeben und in einer weiteren Ausschussanhörung hierzu befragt zu werden.

Viertens. Der im Kontext der letzten Woche vom Minister angekündigte erneute Bewilligungsstopp für ein Investitionsprogramm 2007 ist aus meiner Sicht ein nahezu einmaliger Wortbruch. Ich darf zitieren, was Herr Minister Laumann am 20. September 2006 hier im Ausschuss sagte:

„2007 wird wieder ein Investitionsprogramm aufgelegt. Hierfür sind im Entwurf des Haushaltsplans Verpflichtungsermächtigungen in Höhe von 100 Millionen € vorgesehen.“

Anschließend führt er aus, dass weitere 40 Millionen € Barmittel und 20 Millionen € Verpflichtungsermächtigungen zur Umstellung vorgesehen seien.

Darauf haben sich die Krankenhäuser bis zum Anfang des Jahres verlassen. Wir haben auf Anforderung der Bezirksregierung unsere Investitionswünsche gemeldet. Es liegt ein Antragsvolumen von 650 Millionen € vor. Wir haben der Zusage des Ministers aus dem letzten Jahr, dass es ein Investitionsprogramm geben solle, Glauben geschenkt. Das soll jetzt nicht gelten? Meine Damen und Herren, das ist nahezu einmalig. Für uns stellt sich die Frage, wie in Zukunft mit Zusagen aus einem Ministerium umgegangen werden soll. Schließlich hat diese Zusage innerhalb von elf Monaten eine drastische Änderung erfahren.

Alle Beratungen - so hieß es immer, soweit ich mich richtig erinnere - zu den Haushaltsplänen und einzelnen Positionen erfolgten unter Berücksichtigung der Haushaltslage. Nach meinem Kenntnisstand ist die Haushaltslage gegenüber dem Vorjahr nicht deutlich schlechter geworden. Nach meinem Kenntnisstand sieht sie wesentlich besser aus. Von daher sehe ich keine materiellen Gründe, die dazu führen könnten, dass ein Minister eine Zusage aus dem vorigen Jahr so...

(Dr. Stefan Romberg [FDP]: Ist der Schuldenstand kleiner geworden? -
Gegenruf von Rainer Schmeltzer [SPD]: Sind die Steuereinnahmen größer
geworden?)

- Der Schuldenstand war im letzten Jahr entsprechend. Es war aber immer auf die Haushaltslage bezogen.

Fünftens. Nordrhein-Westfalen ist im Vergleich aller Bundesländer bei der Krankenhausförderung absolutes Schlusslicht. Der Investitionsstau beträgt bei uns laut Herrn Bruckenberg 14,6 Milliarden €. Von 1972 bis 2005 wurde ein Krankenhausbett in Nordrhein-Westfalen kumuliert mit 136.000 € gefördert, in Bayern mit 247.000 € und in Berlin mit 375.000 €. Dies führe ich Ihnen vor Augen, um Ihnen aufzuzeigen, in welcher Situation sich die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bei der sich zu Ende neigenden Konvergenzphase der DRG-Systematik im Verhältnis zu Krankenhäusern in anderen Bundesländern befinden. Die Investitionsquote für unsere Krankenhäuser lag 1973 noch bei 24,9 %; heute liegt sie bei 4 %. Diese Investitionsquote ist knapp 10 % niedriger als die durchschnittliche Investitionsquote in Nordrhein-Westfalen.

Deshalb fühlen wir uns veranlasst, Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, Forderungen aufzustellen. Wir fordern: Dieser Bewilligungsstopp muss aufgehoben werden. Wir erwarten, dass die Zusage des Ministers aus dem letzten Jahr eingehalten wird. Wir erwarten, dass sich das Land mit der Frage beschäftigt, wie die 650 Millionen €, die von den Bezirksregierungen als notwendige Investitionen anerkannt worden sind, angesichts der verbesserten Haushaltslage eingesetzt werden. Wir meinen, dass durchaus die Möglichkeit besteht, den Krankenhäusern ein deutliches Zeichen für die Zukunft zu geben. Denn die Verwendung der 2,5 Milliarden € Mehreinnahmen an Steuern kann man in unterschiedlicher Weise für die Finanzierung unterschiedlicher Aufgabenstellungen beraten und beschließen.

Markus Leßmann (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich bedanke mich zunächst herzlich dafür, dass Sie uns die Gelegenheit geben, hier Stellung zu nehmen. Ich fasse mich kurz, weil wir uns insgesamt - das haben wir bereits in unserer schriftlichen Stellungnahme geäußert - der Stellungnahme der KGNW anschließen können. Das gilt genauso für die mündlichen Ergänzungen, die Herr Gebhardt hier zu den aktuellen Entwicklungen vorgetragen hat.

Wegen der besonderen Situation, in der sich die kommunalen Häuser befinden, und ihrer Bedeutung - sei es als Maximalversorger oder sei es für die Grundversorgung gerade im ländlichen Bereich -, möchten wir auf zwei Punkte besonders hinweisen.

Der erste Punkt ist die Tatsache, dass Sie uns als Gemeinden im letzten Jahr durch die Änderung des § 19 eine zusätzliche Aufgabe im Bereich der Investitionsfinanzierung auferlegt haben. Sie haben unsere Kostenbeteiligung von 20 auf 40 % erhöht. Dies schreiben Sie jetzt fort. Die Fortschreibung ist sicherlich nicht mehr konnexitätsrelevant, aber inwieweit das im letzten Jahr ordnungsgemäß abgelaufen ist, werden wir gegebenenfalls noch einmal an anderer Stelle zu erörtern haben. Dass wir allerdings mit 40 % an den Investitionskosten beteiligt sind, letztlich jedoch keine Entscheidungsmöglichkeiten haben, weil alles nach Landesregelungen läuft, veranlasst uns dazu, ein besonderes Augenmerk auf die Verteilung der Investitionsmittel zu richten. Dort müssen wir feststellen, was Herr Gebhardt schon dargestellt hat: Die Streubreite gerade im Bereich der pauschalen Investitionsförderung ist sehr groß. Sie trifft einige kommunale Häuser - gerade die Maximalversorger - im Moment überaus schmerzhaft. Gerade deswegen haben wir als Mitfinanciers das besondere Anliegen, noch einmal darauf hinzuweisen und einzufordern, hier im Rahmen eines Gutachtens und einer Ableitung des Investitionsbedarfs aus den Pauschalen noch genauer hinzuschauen, wie der Investitionsbedarf im DRG-System tatsächlich abgebildet ist. Wir sind auch der Auffassung, dass dies bisher nicht hinreichend passiert ist, dass wir deswegen Korrekturfaktoren brauchen und dass wir eine Übergangsregelung brauchen, wie sie von der KGNW vorgeschlagen wird. Also: Inhaltlich tragen wir die Vorschläge der KGNW. Allerdings betreffen sie die kommunalen Häuser in besonderer Weise und die Kommunen als Mitfinanciers umso mehr.

Der zweite Punkt, den wir kurz ansprechen müssen, wird parallel im Plenarsaal behandelt: Es geht um die Gemeindeordnung. Hier sehen wir einen deutlichen Widerspruch zwischen den Regelungen des KHGG, die Sie uns hier vorgelegt haben, und der geplanten Formulierung des § 107. Es ist auch in der Stellungnahme der KGNW und in einem gesonderten Schreiben der KGNW an Sie und an den Ministerpräsidenten darauf hingewiesen worden, dass die kommunalen Häuser - wie alle anderen Häuser auch - mehr Gestaltungsspielraum brauchen, um wirtschaftlich handeln zu können. Das erwarten gerade Sie in der Politik vor allen Dingen auch von den kommunalen Krankenhäusern. Diese Möglichkeiten werden an dieser Stelle aus unserer Sicht unzulässig eingeschränkt. Das neue Krankenhausgestaltungsgesetz soll gerade die Luft zum Atmen bieten. Es soll Möglichkeiten bieten, Kooperationen einzugehen sowie ambulante und stationäre Versorgung im Bereich des Krankenhauses zu vereinigen.

Diese Luft zum Atmen schnürt uns als kommunale Krankenhäuser der § 107 allerdings zum Teil ab. Deswegen fordern wir Sie hier ganz klar auf, sich auch in den jeweiligen Fraktionsberatungen zur Gemeindeordnung dafür einzusetzen, den Formulierungsvorschlag der KGNW aufzugreifen und die Betätigung der Krankenhäuser, die von § 107 auszunehmen ist, nicht auf den Bescheid nach § 18 KHG NRW zu beschränken. Wir fordern, auf den Leistungskatalog Bezug zu nehmen, der den Krankenhäusern inzwischen Bundes- und Landesrecht eröffnet. Die Möglichkeit, diesen Leistungskatalog wirtschaftlich zu erfüllen, muss sowohl für die kommunalen Häuser als auch für alle anderen Häuser bestehen. Das ist nur durch ein Zusammenspiel und durch einen Abgleich der beiden Gesetzgebungswerke zu erreichen.

Nicola Zeiler (Solidaris): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst möchten wir uns als Solidaris dafür bedanken, dass wir die Gelegenheit erhalten haben, hier eine Stellungnahme abzugeben und bei der Anhörung zu Wort zu kommen.

Grundsätzlich begrüßen wir die mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen verfolgten Zielsetzungen. Inhaltlich schließen wir uns auch der von der KGNW vorgelegten Stellungnahme an. Wir haben einige Paragraphen in Ergänzung und zur Unterstützung der Stellungnahme aufgegriffen. Ergänzend haben wir explizit zu § 28 Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen Stellung genommen.

Der neu vorgesehene § 28 stellt im Vergleich zur bisherigen Regelung eine Verschlan-
kung der gesetzlichen Regelungen dar, ohne jedoch die berufsrechtlich vorgesehenen notwendigen Arbeiten im Jahresabschluss zu verändern. Die Inhalte, die künftig im Gesetzestext entfallen sollen, werden aufgrund der Vorgaben der Prüfungsstandards des Instituts der Wirtschaftsprüfer weiterhin durchgeführt. Deshalb sind die hier vorgesehenen Änderungen aus Sicht von Solidaris nachvollziehbar und zu begrüßen. Allerdings sollte unserer Auffassung nach unter Berücksichtigung der bestehenden Formulierungen im IDW-Prüfungsstandard 400 - dies sind die Grundsätze für die ordnungsgemäße Erteilung von Bestätigungsvermerken bei Abschlussprüfungen - eine redaktionelle Anpassung in § 28 Abs. 2 Satz 2 erfolgen, sodass auch dort eine Harmonisierung stattfinden kann.

Dr. Boris Augurzky (RWI): Zunächst einmal sollte man das Ziel vor Augen haben und dann den Gesetzentwurf diesbezüglich beurteilen. Das Ziel besteht aus unserer Sicht darin, dass Krankenhäuser immer mehr unternehmerische Freiheit bekommen. Sie sollen Unternehmen werden und tragen damit auch ein größeres Risiko. Sie müssen die Investitionsentscheidungen selbstständig treffen und können sie nicht über Behördenwege oktroyiert bekommen. Das heißt, der Weg hin zur monistischen Finanzierung sollte auf jeden Fall beschränkt werden. Das ist auch regional machbar - dafür brauchen Sie nicht die Abstimmung in allen Bundesländern -, und zu dieser Idee gibt es auch Entwürfe. Das Land soll den Rahmen vorgeben und dann die Versorgungsempässe überwachen. Das ist die Aufgabe des Landes; es gibt Vorschläge, wie man das umsetzen kann. Das bedeutet letztendlich mehr Spielraum für Selektivverträge zwischen Krankenhäusern und Kassen.

Welchen Schritt geht dieser Gesetzentwurf in diese Richtung? - Die Richtung stimmt. Das ist durchaus positiv. Der Schritt könnte noch etwas größer sein. Ich nenne vier positive Punkte:

Das ist erstens die Entkopplung der Pauschalförderung von den Betten. Diesbezüglich gibt es sicherlich Detailfragen, die man noch klären muss; ich nenne als Stichwort „Gewinner/Verlierer“. Das hatten wir auch bei der Einführung des DRG-Systems. Das heißt, wir brauchen eine Übergangsphase, die ausgestaltet werden muss.

Zweitens entfallen Schwerpunktfestlegungen. Auch das eröffnet mehr Gestaltungsfreiheiten.

Drittens gibt es einen Festbetrag bei der Einzelförderung. Das führt sicherlich zu einer einfacheren Handhabung.

Und viertens können Doppelvorhaltungen von Fachabteilungen entfallen. Das Management kann selbst darüber entscheiden, ob es dafür Geld verbraten will oder nicht.

Insofern stimmen die Schritte. Wir hätten uns mehr gewünscht. Allerdings gibt es diese Meldung vom Wochenende zur Baupauschale, die wir rundum begrüßen. Aus meiner Sicht sollte man über eine Übergangsphase von zehn Jahren sprechen, damit man eine Chancengleichheit gewährleisten kann. Wir haben nämlich im Moment eine ungleiche Startvoraussetzung; das ist völlig klar. Fünf Jahre sind etwas knapp, um tatsächlich Chancengleichheit herzustellen.

Hier und da könnte man als Land aus Sicht des Steuerzahlers ganz klar sagen: Wir setzen hier Steuermittel ein. Wenn wir in Zukunft trotzdem eine Einzelförderung vornehmen sollen, dann fordern wir euch als Krankenhaus auf, uns euren Businessplan vorzulegen und diesen wie gegenüber einer Bank zu untermauern. Dann könnt ihr zeigen, ob ihr es gut hinbekommt, und vielleicht erwirtschaftet ihr auf diese Steuergelder sogar eine Rendite.

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem (Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen): Wir haben in unserer Stellungnahme geschrieben, der Gesetzentwurf werde dem Anliegen von mehr Eigenverantwortung bei Investitionsentscheidungen nur halbherzig gerecht, weil keine Verlagerung von der Einzel- zur Pauschalförderung stattfinde. Insofern begrüßen wir ausdrücklich, dass wir heute offenbar über einen überholten Gesetzentwurf sprechen. Das, was in den letzten Tagen durch die Presse gegangen ist, ist aus unserer Sicht ein Schritt in die richtige Richtung.

Und auch das, was der Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen deutlich gemacht hat, zeigt noch einmal eindringlich, dass Einzelförderung noch mehr als Pauschalförderung den Hang zur Finanzierung nach Kassenlage hat. Das wird bei einer Pauschalförderung zwar ein bisschen, aber nicht grundsätzlich besser. Deswegen bleibt die Landesregierung aufgefordert - und das sollte dieser Ausschuss der Landesregierung mit auf den Weg geben -, sich zu besinnen und in Berlin nicht gegen den Übergang zur Monistik, sondern für den Übergang zur Monistik zu kämpfen. Erst der Übergang zur Monistik ist die entscheidende Weiche, mit der es möglich sein wird, dass Krankenhäuser als Unternehmen agieren und unternehmerische Freiheiten haben. Sie

müssen entscheiden können, wie sie die Investitionen und die Betriebsmittel zusammen einsetzen.

Lassen Sie mich vor dem Hintergrund des starken Anteils an kommunalen und freigemeinnützigen Häusern, die wir in diesem Bundesland haben, eines sagen: Das Verharren auf dem dualen System, also die Investitionsförderung nach Kassenlage, fördert die Privatisierung auch da, wo wir sie nicht wollen, an allen Ecken und Enden.

Das möchte ich grundsätzlich zu bedenken geben. Im Übrigen haben wir auf eine Reihe von Einzelpunkten im Gesetzentwurf hingewiesen. Es ist eine Reihe von Fragen offen. Wir haben insbesondere viele Fragen zu den regionalen Planungskonzepten in § 12 gestellt; das will ich hier im Einzelnen nicht wiederholen.

Dr. Georg Rüter (Franziskus Hospital Bielefeld): Ich kann daran direkt anschließen und darf daran erinnern, dass die Anreizmechanismen, mit knappen Steuermitteln sorgsam umzugehen, beim diskretionären Förderprogramm nicht gegeben sind. Die Akteure, nämlich die Krankenhäuser und die Architekten, hatten überhaupt kein Interesse an möglichst effizienter Mittelverwendung, sondern ein Interesse an möglichst hohen Zuweisungen. Die Abschaffung der diskretionären IVP-Mittelzuweisung ist demnach folgerichtig und auch unverzichtbar.

Der bei den Krankenhäusern vorhandene Investitionsstau kann in einem Bundesland wie Nordrhein-Westfalen mit nach wie vor praktizierter Nettoneuverschuldung nicht durch Mehrausgaben gelöst werden. Zunächst einmal gilt es, die volkswirtschaftliche Effizienz des Förderverfahrens zu verbessern und auf diesem Wege die knappen Mittel zu generieren. Dass 2006 und 2007 kein Geld da war, liegt an den zu hohen Ausgaben der Vergangenheit; daran darf man erinnern. Es ist deshalb nachvollziehbar und plausibel, unter Wahrung der Haushaltsdisziplin die Investitionsmittelzusagen zunächst einmal auszufinanzieren und sukzessive - da stimme ich den Vorrednern zu; die Technik können wir jetzt nicht genau erläutern -, aber konsequent die pauschalen Mittelzuweisungen einzuführen. Hier kann man zunächst diejenigen berücksichtigen, die in den vergangenen zehn oder mehr Jahren am wenigsten oder gar keine IVP-Mittel erhalten haben.

Im Übrigen sollte der Investitionsstau, der in Nordrhein-Westfalen zweifellos vorhanden ist, nicht überschätzt werden. Denn wenn die doppelt so hohen Investitionsmittel in Berlin und im hoch gelobten Freistaat Bayern tatsächlich hoch wirksam eingesetzt worden wären, dann müssten diese Krankenhäuser dramatisch leistungsfähiger und/oder kostengünstiger sein. Schauen wir einmal auf die Base Rate: Beides ist nicht der Fall.

Bei unternehmerischen Investitionen - darüber reden wir hier - kommt es in erster Linie auf die Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen an; Walter Eucken, „Grundsätze der Wirtschaftspolitik“, 1952 in Tübingen erschienen.

Mit dem DRG-System ist bundespolitisch der erste Schritt getan. Mit einer an das DRG-System anknüpfenden Krankenhausinvestitionsmittelzuweisung wird dieser Weg systemkompatibel fortgesetzt. Die absehbaren Veränderungen in der pauschalen Zuweisung beruhen nicht auf der Linearität der vorgesehenen Zuweisung, sondern darauf, dass vorher Verzerrungen stattgefunden haben, nämlich zugunsten der ganz großen

Krankenhäuser. Mit der Pauschalierung und Freiheit bezüglich der Mittelverwendung sowohl in zeitlicher als auch in sachlicher Hinsicht - entweder Ansparen oder Kredite abfinanzieren - können die Krankenhäuser ihre Markteinschätzung und ihre Investitionseinschätzungen eigenverantwortlich treffen und müssen letztendlich auch das Haftungsrisiko für eventuelle Fehlentscheidungen eingehen. Nur bei eigener Haftung für Fehlentscheidungen wird die Wahrscheinlichkeit von Fehlinvestitionen minimiert. Das bisherige IVP hat außer dem Steuerzahler und dem Beitragszahler niemanden haften lassen.

Mit diesem ordnungspolitisch sinnvollen Schritt wird Nordrhein-Westfalen - da stimme ich Ihnen zu, Herr Prof. Wasem - an der Spitze der bundesdeutschen Krankenhauspolitik stehen, in dem es die Politisierung, die Investitionslenkung der Krankenhäuser, abschafft und knappe Steuermittel, die bekanntlich immer vorher dem Bürger entzogen werden müssen, mit der höchstmöglichen Effizienz in sinnvolle Investitionen umsetzt.

Summa summarum möchte ich als gelernter Volkswirt und praktizierender Betriebswirt resümieren: Das NRW-Vorhaben ist volkswirtschaftlich zwingend geboten und betriebswirtschaftlich praxisingerecht. - Wo Sie mich persönlich einordnen, überlasse ich Ihnen mit dem Satz von Charlie Rivel: Leben ist die Entwicklung vom jugendlichen Helden zum komischen Alten.

(Heiterkeit)

Andreas Beivers (Institut für Gesundheitsökonomik): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Damen und Herren! Ich möchte mich in großen Teilen den Vorrednern anschließen. Ich spreche hier im Auftrag von Herrn Prof. Neubauer. Wir begrüßen die Entbürokratisierung durch den Gesetzentwurf. Ich werde auf zwei Punkte kurz eingehen, die wir als Anregungen einbringen möchten.

Erstens zu § 12: regionale Planungskonzepte. Hier sehen wir die Vorgabe von Richtzahlen beispielsweise für die Bettenzahlen und für die vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten als ordnungspolitisch sinnvoll an, im Rahmen derer man in gewissen Grenzen abweichen kann. Dies würde Krankenhäusern einen größeren Handlungsspielraum liefern.

Unser zweiter Punkt betrifft die Steuerung der Investitionsmittel über Case-Mix-Punkte. Wir sehen diese Steuerung als positiv an. Wir erkennen jedoch auch die Problematik. Deswegen befürworten wir ein schrittweises Vorgehen beispielsweise in der Höhe des Erklärungsgrades des DRG-Systems insgesamt, also beispielsweise ein Verhältnis von 80 % : 20 %.

Prof. Dr. Ingo Flenker (Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser im Erzbistum Paderborn): Sehr geehrter Herr Vorsitzender Garbrecht! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Der heute vorliegende Gesetzentwurf der Landesregierung ist nachhaltig zu begrüßen. Ich muss „heute“ betonen, da die zukünftige Investitionsfinanzierung mit Baupauschale noch in keiner Weise formuliert ist. Hier darf ich mich nachdrücklich den Ausführungen von Herrn Gebhardt anschließen.

Es ist sicherlich zu begrüßen, dass den Krankenhäusern mit diesem Gesetzentwurf durch Entbürokratisierung und Reduzierung von Überreglementierungen die Möglichkeit eröffnet wird, eigenständiger zu handeln. Hierdurch sind die Krankenhäuser in der Lage, sich den Gegebenheiten vor Ort schneller und flexibler anzupassen.

Ich begrüße außerordentlich, dass sich die Landesregierung in einer Zeit, in der Markt und ökonomischer Wettbewerb im Gesundheitswesen immer mehr Platz greifen, zur Letztverantwortung für die Krankenhausplanung als Form einer primären Daseinsfürsorge bekennt.

Auch ist zu begrüßen, dass durch diesen Gesetzentwurf einer Überwindung der Sektorengrenzen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich - wie im Sozialgesetzbuch V angeschoben - ein entsprechender Weg gebahnt wird.

Im Wesentlichen kann ich mich den Äußerungen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen anschließen. Gestatten Sie mir, zu einigen Punkten spezifisch Stellung zu nehmen.

Ich begrüße ausdrücklich den § 13. In § 13 wird die Aufnahme der Ärztekammern in den Kreis der unmittelbar Beteiligten geregelt. Ich halte dies für sinnvoll und zielführend, da die Ärztekammern durch ihre Weiterbildungsordnung, durch ihr Weiterbildungsrecht seit vielen Jahren nachhaltig die Krankenhauslandschaft gestalten. Ohne die Schaffung von bestimmten Weiterbildungen und Weiterbildungsinhalten wäre die Entwicklung von Fächern und damit die Entwicklung und Etablierung von Krankenhausabteilungen nicht möglich. Die Ärztekammern sind sicherlich ausschließlich der Qualität verpflichtet. Ich betrachte hier die Ärztekammern als Sachwalter der Patienteninteressen.

Des Weiteren möchte ich kurz auf § 21 eingehen. Es ist sicherlich zu begrüßen, dass das Bett als Bemessungsgrundlage aufgegeben wird. Die ausschließliche Bemessungsgrundlage Case-Mix-Index ist aber nachhaltig zu hinterfragen. Auch ich bin - wie die Krankenhausgesellschaft - der Auffassung, dass man durch ein Gutachten schauen muss, welche anderen Gesichtspunkte man heranziehen sollte. Wenn man nämlich den Case-Mix-Index des Jahres 2006 von ausgewählten Krankenhäusern vergleicht - ich beziehe mich hier auf 64 Krankenhäuser des Ruhrbezirks -, so sieht man, dass bei einem durchschnittlichen Case-Mix-Index von 0,59 eine bestimmte Gruppe von Krankenhäusern, und zwar die Krankenhäuser mit einer Bettenzahl zwischen 250 und 500, die lediglich einen Case-Mix-Index von 0,918 aufweisen, durch eine ausschließliche Förderung nach Case-Mix-Index benachteiligt würde.

Es ist für mich keine Frage, dass, um Planungssicherheit herzustellen, in der Übergangsphase von der jetzigen pauschalen Förderung zur zukünftigen pauschalen Förderung eine ausreichend lange Übergangszeit zu gewähren ist - eine Übergangsphase, in der Krankenhäuser nicht mehr als 10 % - ich würde dies an einer prozentualen und nicht absoluten Zahl festmachen wollen - an Förderungsmitteln verlieren dürfen.

Dass ich einer Verteilung der pauschalen Förderungsmittel durch Rechtsverordnung nicht das Wort reden kann, zeigen die Erfahrungen, die wir gerade mit politischen Zusagen gemacht haben. Ich kann mich auch hier auf Herrn Gebhardt beziehen: Es gab eine Zusage des zuständigen Ministers für das Jahr 2007 dahin gehend, ein Investitionsprogramm aufzulegen. Was von einer solchen Zusage zu halten ist, haben wir alle

erfahren. Ich halte es für nicht sinnvoll, dass eine so wesentliche Frage wie die Krankenhausinvestitionsförderung durch Rechtsverordnung geregelt werden soll. Dies muss weiterhin der parlamentarischen Kontrolle unterliegen.

Thomas Fritz (AOK Landesverband Westfalen-Lippe): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Im Namen der Verbände der Primärkrankenkassen und der privaten Krankenversicherung möchte ich mich zunächst für die Einladung bedanken und auf zwei Punkte im Besonderen eingehen.

Zunächst möchte ich auf § 12, „Regionale Planungskonzepte“, des Entwurfes zum Krankenhausgestaltungsgesetz eingehen. Nach dem Gesetzentwurf wird wohl auf die Planung von Teilgebietsabteilungen wie zum Beispiel Kardiologie oder Unfallchirurgie verzichtet werden. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass die Chance genutzt werden sollte, den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses zu definieren. Der Versorgungsauftrag bildet die maßgebliche Grundlage für die Budgetvereinbarungen und -abrechnungen. Der weit überwiegende Teil der Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen beruht auf der unterschiedlichen Auslegung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses. Eine inflationäre Leistungserbringung führt zwangsläufig zu Qualitätsverlusten, und es wird etablierte Kliniken, die sich auf Kardiologie oder Ähnliches spezialisiert haben, in ihrer Wirtschaftlichkeit nachhaltig beeinträchtigen.

Ich möchte im Folgenden als Beispiel die Krankenhausversorgung in Dortmund anführen: Es gibt dort zehn Abteilungen für Innere Medizin und zwei anerkannte Kardiologien. Wenn jetzt acht weitere Krankenhäuser Kardiologien betreiben würden, dann würden sich zwei Folgen ergeben: Zum einen würde es zu Qualitätseinbußen bei der Leistungserbringung kommen, weil eine konzentrierte Durchführung nicht mehr vorhanden wäre. Zum anderen könnten sich einige Krankenhäuser dazu veranlasst sehen, nur die ökonomisch lukrativen Leistungen zu erbringen. Es würden die Kliniken erheblich benachteiligt, die in personelle und apparative Infrastruktur investiert und Entsprechendes aufgebaut haben. Deswegen halten wir es für erforderlich, Kriterien zur Bestimmung des Versorgungsauftrags umgehend festzulegen.

Der nächste Punkt, den ich ansprechen möchte, bezieht sich auf § 29, „Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst“, des Entwurfs. Dabei nehmen wir Bezug auf § 39 Abs. 2 des geltenden Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen. Ich möchte vorausschicken, dass die Krankenkassen für die Kooperation von stationärem und niedergelassenem Sektor sind. Aber: Es muss in geordneten Bahnen ablaufen. Wir sehen die große Gefahr des Qualitätsverlusts in der Leistungserbringung. Dies möchte ich Ihnen anhand eines hochaktuellen Beispiels kurz erläutern.

In der Stadt Marl haben zwölf Ärzte - zehn hausärztlich tätige Internisten und zwei Allgemeinmediziner - die Genehmigung einer Nebentätigkeit in den beiden Marler Krankenhäusern beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen beantragt. Inhalt der Nebentätigkeit soll die Durchführung diagnostischer Koloskopien sein. Zwischen den Krankenhäusern und den zwölf Ärzten sollten befristete Honorarverträge zur Durchführung ambulanter Operationen im Auftrag der Krankenhäuser abgeschlossen werden.

Den Kliniken wurde mitgeteilt, dass die Leistungen der Nebentätigkeit nicht über den Vertrag „Ambulantes Operieren im Krankenhaus“ abgerechnet werden könnten. Denn die Ärzte seien nicht hauptamtlich im Krankenhaus angestellt.

Ein Krankenhaus hat sodann mitgeteilt, dass die befristeten Honorarverträge in befristete Arbeitsverträge umgewandelt würden. Die niedergelassenen Ärzte haben aber von der Kassenärztlichen Vereinigung keine Genehmigung zur Durchführung von Koloskopien. Zudem erfüllen sie die Voraussetzungen der Vereinbarung über Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Durchführung von Koloskopien im Krankenhaus nicht.

Daraufhin teilten die Ärzte mit, dass sie die Leistungen nicht mehr eigenständig erbringen, sondern dass - Zitat - „das Arbeitsgebiet ... die Assistenz bei ambulanten Koloskopien“ umfasst. Dieses Zitat muss man sich noch einmal vor Augen führen: „Das Arbeitsgebiet umfasst die Assistenz...“ - Vorher war die Durchführung, also die selbstständige Leistungserbringung gemeint.

Mit diesem Vorgehen wird die hausärztliche Tätigkeit, für die sich die Ärzte entschieden haben, umgangen. Ein solches Vorgehen ist auch vor dem Hintergrund der Liberalisierung des Vertragsarztrechtes unserer Auffassung nach nicht mit der Absicht des Gesetzgebers in Deckung zu bringen. Ferner werden Leistungen, die dem ambulanten Bereich zuzuordnen und über das Honorar der Kassenärztlichen Vereinigung abgedeckt sind, in den ungedeckelten ambulanten Krankenhausbereich verlagert. Die Streichung des Inhalts des § 36 Abs. 2 KHG NRW würde solche Vorgehensweisen unterstützen und weiteren Vorschub leisten. Daher muss diese Gesetzesnorm dringend bestehen bleiben. Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, wir appellieren an Sie, sich für den Erhalt und gegen die Streichung einzusetzen.

Michael Süllwold (VdAK/AEV Landesvertretung NRW): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich will die Gelegenheit nutzen, die Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen, auf die wir uns im Detail auch bezogen haben, noch einmal ergänzend vorzutragen. Ich greife die Position der Verbände der Ersatzkassen auf, die gerade hinsichtlich der Planungstiefe ganz eindeutig die Position des Landes unterstützen.

Wir stehen hinter der größeren Gestaltungsmöglichkeit, die die Krankenhäuser zwar haben sollen, die aber - um das direkt einschränkend für die Krankenhäuser zu sagen - in Abstimmung mit den Kostenträgern erfolgen sollte. Wir sind nicht der Auffassung, dass hier generell ein Freibrief ausgestellt werden sollte. Wir wollen es vielmehr an Kriterien ausrichten.

Das, was Herr Fritz gerade gesagt hat, ist völlig korrekt. Auch wir sagen, dass Qualitätskriterien und möglicherweise sogar Mindestmengen festgelegt werden müssen. Mindestmengen sind zwar ein rotes Tuch, aber darüber muss man auch im Land Nordrhein-Westfalen sprechen, und zwar über das hinaus, was der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Bundesebene vorgibt. Wenn wir hier eine Öffnung der Planungstiefe vornehmen, dann sollte man diese ganz bewusst mit entsprechenden Kriterien im Landesausschuss für Krankenhausplanung versehen.

Das Problem sehen wir nicht darin, dass eine Leistung an einem bestimmten Ort erbracht wird, dass also ein Krankenhaus eine bestimmte Leistung erbringt. Wir sagen

vielmehr: Wenn ein Krankenhaus eine Leistung für unsere Versicherten erbringt, dann muss diese qualitätsgesichert sein. Das setzt voraus, dass die Kriterien - möglichst auch Strukturkriterien -, an die sich die Krankenhäuser zu halten haben, festgelegt werden. Diese müssen dann allerdings auch von den Kostenträgern akzeptiert werden.

Das sind im Wesentlichen die Aspekte, die wir ergänzend zu der Stellung der übrigen Verbände vortragen. Herr Fritz hat das Stichwort Kardiologie genannt. Jeder hier im Raum, der aus der Praxis des Krankenhausbereiches kommt, weiß, dass es ganz sensible Abteilungen gibt. Gerade weil es in breiten Bereichen um diagnostische Leistungen geht, müssen die entsprechenden Kriterien festgezurrert werden, damit keine Willkür entsteht. Ansonsten sind wir voll und ganz für die Öffnung dieses Bereiches. Das greift dem Bundesgesetzgeber vor. Von daher unterstützen wir es.

Dr. Thomas Windhorst (Ärzttekammer Nordrhein/Ärzttekammer Westfalen-Lippe):
Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Verehrte Abgeordnete! Meine Damen und Herren! Ich darf mich ganz herzlich dafür bedanken, dass ich hier für beide Kammern sprechen darf. Denn nach Absprachen haben wir eine große Portion gemeinsamer Ideen und Überlegungen.

Wir begrüßen, dass das Krankenhausgestaltungsgesetz über die Entbürokratisierung und all das, was bereits erwähnt worden ist, den Krankenhäusern diese Gestaltungsebene geben soll. Dies geschieht allerdings in einem gestalterischen Rahmen, der einen strukturierten Wettbewerb zulässt. Wir brauchen diese strukturierte Wettbewerbssituation, aber keinen freien Wettbewerb, wie es in verschiedenen anderen Ländern der Fall ist. Denn die Freiheit ist nicht grenzenlos. - Ich möchte zu drei Dingen Stellung nehmen.

Erstens. Das Gesetz wird eine wichtige innovative Basis für die Entwicklung von Krankenhäusern und die Versorgung von Patienten sein. Aber es gibt Störfaktoren: Das sind zum Beispiel die DRGs. Diese sind zwar ein lernendes System und als Gesamtsystem nicht zu kritisieren, aber gleichwohl gibt es manchmal Fehlanreize in diesem System. Und über dieses System werden dann möglicherweise Über- und Unterversorgung produziert. Dies müssen wir in den Griff bekommen, auch durch einen ordnungspolitischen Rahmen, der falsche Anreize korrigieren kann.

In diesem Sinne möchte ich kurz darauf hinweisen, dass Fehlalimentierung und Fehlallokation von Mitteln durch Doppel- und Dreifachstrukturen in einem pathologischen Wettbewerb Gelder - auch Steuergelder - durch Investitionsförderungen an der verkehrten Stelle verschlingen können. Wir bekommen nun ordnungspolitisch einen sogenannten Interventionsauftrag.

Genauso wichtig ist diese Regelung bei der Unterversorgung. Wenn bestimmte Bereiche zum Beispiel in der Notfallversorgung, in der Neonathologie oder in der Psychiatrie nicht versorgt sind, weil dort die Strukturen nicht entsprechend vorgehalten werden, dann ist es ganz wichtig, dass das Land mit seinem Ausschuss frühzeitig durch ein Frühwarnsystem die Verantwortung dafür übernimmt - diese ist auch in § 1 verankert -, dass die flächendeckende ortsnahe Versorgung eine staatliche Daseinsvorsorge bleiben wird. Das ist sehr positiv.

Denn wir wollen nicht, dass es über diese Möglichkeit des Wettbewerbs zu amerikanischen Verhältnissen kommt. Sie wissen, dass diese unstrukturiert und teuer sind und dass eine unterprivilegierte Menschengruppe in diesem System nicht erreicht wird. Das kann natürlich nicht unser Ziel sein.

Mein zweiter Punkt betrifft die Qualitätssicherung. Wir setzen uns vehement dafür ein, dass die Qualitätssicherung - diese ist im alten Gesetz enthalten, kommt aber in § 7 des Gesetzentwurfes nicht vor - in irgendeiner Weise reanimiert werden muss. Der Wegfall der Möglichkeit, Qualitätssicherung als Signal des Landes zu geben, und zwar nicht in einer Doppelstruktur parallel zur bundeseinheitlichen gesetzlichen Festlegung des Gemeinamen Bundesausschusses, macht es meiner Meinung nach notwendig, dass jeder Arzt und jeder Patient die Informationen und Transparenz bekommt, die er braucht. Und die Bereitstellung dieser Informationen und Transparenz muss meiner Meinung nach in Abstimmung mit der Krankenhausplanung in diesem teuren Sektor notwendigerweise vom Land wahrgenommen werden. Wir sehen mit Trauer, dass dort der entsprechende Paragraph weggefallen ist. Gleichwohl setzen wir uns dafür ein, dass die Qualität nach wie vor erhalten bleibt.

Drittens zur Weiterbildung! In § 1 des Gesetzentwurfes zum Krankenhausgestaltungsgesetz ist enthalten, dass Aus- und Weiterbildung grundsätzlich möglich ist. Das ist die tiefste Stufe der Verantwortung in diesem Bereich. Wir halten diese Notwendigkeit des verpflichtenden Eingreifens für enorm wichtig für unser Qualitätsniveau, für den Nachwuchs, für die Nachwuchsförderung und damit für eine Konstanz und Nachhaltigkeit unseres Versorgungssystems. Dieses möchten wir nicht missen. Wir möchten diesbezüglich einem kleinen Teil der Landesregierung Mut machen weiterzugehen, damit auch zur Finanzierung dieses Systems ein kleiner Schritt gewagt wird. Denn das DRG-System enthält in diesem Zusammenhang eine Fehlanreizmöglichkeit, die die Kontinuität nicht wahrt. Dies möchten wir im Sinne einer Gegenfinanzierungsdiskussion einfordern.

Zum Abschluss: Die Finanzierung insgesamt darf nicht dahin gehend instrumentalisiert werden, dass die Krankenhäuser weiterhin die Sparhosen der Nation bleiben. Wie Herr Gebhardt schon zutreffend ausführte, darf nicht nach Kassenlage finanziert werden. Ich glaube, dass dem Land nicht entgangen ist, dass ihm eine sehr große Verantwortung obliegt, diese Kontinuität mit vernünftigen und nachhaltigen Finanzierungsprogrammen weiter einzuhalten.

Im Übrigen bin ich wie Herr Flenker der Meinung, dass § 13 gelungen ist.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich danke den Experten für Ihre Ausführungen. - Inzwischen ist Herr Minister Laumann erschienen, den ich hiermit recht herzlich begrüße.

Meine Damen und Herren, wir beginnen nun mit der Fragerunde. Ich erteile Herrn Kollegen Henke das Wort.

Rudolf Henke (CDU): Ich bedanke mich zunächst einmal bei allen Rednern, die auf die Prärogative des Parlaments in Bezug auf Gesetzgebungsprozesse hingewiesen und betont haben - sie haben dies vor allen Dingen am Thema Rechtsverordnung artiku-

liert -, wie wichtig die Beteiligung des Parlaments ist. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass das, was das Presseinteresse an Äußerungen der Landesregierung erweckt hat, denen, die die Parlamentsdebatten verfolgen, nicht so komplett neu sein konnte. Ich zitiere aus einer Pressemitteilung der CDU-Fraktion vom 29. März. Bei der Einbringung werde ich wie folgt zitiert:

„Ich selbst habe ja auch meine Probleme mit den unendlichen Zeiten, die es dauert, bis sinnvolle Investitionen im herkömmlichen System der Einzelförderung finanziert werden. Ich sage offen, dass ich unter den gegebenen Bedingungen finanzieller Knappheit die Bewilligung von Einzelförderung als immer ungerechter erlebe, weil sie dem, der etwas erhält, dann zwar besonders hilft, alle anderen im Wettbewerb aber indirekt benachteiligt.“

Ich zitiere aus meiner Plenarrede vom gleichen Tag:

„Ich habe schon an anderer Stelle zur Diskussion gestellt, ob die Mittel der Einzelförderung nicht komplett auf die pauschale Förderung übertragen werden sollen, weil dann das zugewendete Geld beim jeweiligen Krankenhaus zum frühestmöglichen Zeitpunkt ankäme und dort verwendet werden könnte. Eine solche Überlegung ist wichtig genug, dass wir auf jeden Fall prüfen sollten, ob bzw. wann ein solcher Vorschlag ohne Änderung der Bundesgesetzgebung realisiert werden könnte.“

Insofern bedanke ich mich ausdrücklich bei allen, die hervorgehoben haben, wie wichtig das Handeln des Parlamentes ist. Sie haben genau verfolgt, dass wir damit ein Thema anhängig gemacht haben, das jetzt eine Fortsetzung in den Ausführungen des Ministers gefunden hat. Bei vielen Besuchen in Krankenhäusern in diesem Sommer habe ich mitbekommen, dass die Ablösung der Einzelförderung durch eine Baupauschale gefordert wird. Das kann also niemanden, der die Debatte wirklich verfolgt hat, im Kern überraschen, und insofern glaube ich, dass wir uns diesbezüglich gut in einem geordneten Gesetzgebungsverfahren befinden.

Eine zweite Bemerkung; denn niemand soll sich täuschen, der zu dem Thema Gemeindeordnung diskutiert! Der Text des Gesetzentwurfes der Landesregierung - einige sind darauf eingegangen; die kommunalen Spitzenverbände sind nicht auf das Thema eingegangen - lautet wie folgt:

„Die nichtwirtschaftliche Betätigung außerhalb des Gemeindegebiets ist nur zulässig, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 vorliegen und die berechtigten Interessen der betroffenen kommunalen Gebietskörperschaften gewahrt sind. Diese Voraussetzungen gelten durch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan, soweit sich die Betätigung im Rahmen des Bescheides nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen bewegt, als erfüllt.“

Also, für Krankenhäuser finden wir eine gänzlich andere Situation vor als die, die für andere Betriebe gilt. Bezogen auf die Krankenhäuser ist die von vielen diskutierte Problematik des § 107 schon im Gesetzentwurf der Landesregierung anders geregelt, als es in vielen Befürchtungen zum Ausdruck kommt. Ich wäre deswegen sehr dankbar, wenn die kommunalen Spitzenverbände die Gelegenheit wahrnehmen könnten, uns darzule-

gen, wo einzelne problematische Punkte - vielleicht könnten sie Fallbeispiele bringen - liegen, die über diese Regelung hinaus geregelt werden müssten.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Machen wir hier eine Anhörung oder eine Lösung?)

Wir sind diesbezüglich offen. Nennen Sie uns Beispiele für ein Krankenhausengagement, das zwar durch den Plan gedeckt wäre, dann aber durch die Praxis des künftigen § 107 verhindert würde.

Ich habe weitere Fragen an die Experten. - An die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen habe ich eine Frage zum Thema Gutachten. Das DRG-System ist ein immer noch im Fluss befindliches lernendes System. Wenn ich es richtig sehe, könnte die kalkulatorische Berücksichtigung von unterschiedlichen Investitionsanteilen in den verschiedenen DRG-Vergütungsziffern nur lebenspraktisch erfolgen, wenn man es DRG-Ziffer für DRG-Ziffer über ein vergleichbares Verfahren organisieren würde, wie es auch bei der Kalkulation der DRGs selber gemacht wird. Denn wenn man es jetzt auf ein Gutachten stützt, in dem dann zehn Tracerdiagnosen genommen werden, dann wird in der nächsten Runde der Vorwurf kommen: Ja, die Diagnosen, die ausgewählt wurden, sind atypisch. Das ist nicht repräsentativ. Die Erfassung liegt weit hinter der zurück, die in der Datenerfassung bei den Krankenhäusern im DRG-Kalkulationssystem erfolgt.

Müsste es insofern konsequenterweise nicht so sein, dass Sie sich in der Tat für eine monistische Finanzierung - das habe ich nicht in Ihrer Stellungnahme gelesen, und das entspräche nicht unserer Haltung in der Fraktion - aussprechen und sagen müssten, dass in dieser Monistik die kalkulatorische Berechnung der jeweiligen Investitionskostenanteile durch das InEK, dem Institut in Siegburg, notwendig wäre? Wäre das, Herr Gebhardt, nicht die logische Konsequenz aus der Detailpräzision, die Sie jetzt für eine Landesgesetzgebung anmahnen? Konkretisieren Sie bitte, wie Sie sich dieses Gutachten in einer auch für das Land tragbaren Form genau vorstellen.

Ihr Aspekt, die Verlustbegrenzung auf nicht mehr als 10 % zu beschränken, ist eine nachvollziehbare Interessenäußerung. Sie müssen jedoch auch sagen, woher diese 10 % genommen werden sollen und ob das bedeutet, dass auch Zuwächse, die die Krankenhäuser nach diesem System erzielen könnten, in der Pauschalförderung auf 10 % begrenzt werden sollen. Für eine Antwort wäre ich Ihnen dankbar.

Auch meine zweite Frage in Bezug auf die ärztliche Weiterbildung richtet sich an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Ich halte es für gut nachvollziehbar, was die beiden Ärztekammern dazu vortragen. Meine Erfahrung ist, dass wir in dem DRG-System in der Tat das Problem haben, dass Krankenhäuser, die Ärzte weiterbilden, keine größeren Kosten als andere Krankenhäuser haben, da sie die Ärzte beschäftigen. Da sie jedoch Menschen beschäftigen, die diese Ärzte in Weiterbildung anleiten, entsteht eine Ablenkung dieser Ärzte durch die Aufgabe der Weiterbildung von einer anderen Aufgabe, die sie sonst vielleicht verrichten könnten. Es ist offensichtlich ganz unterschiedlich, wie Krankenhäuser damit umgehen. Es scheint Krankenhäuser zu geben, die ärztliche Weiterbildung intensiv betreiben. Als Beispiel greife ich die HELIOS-Kliniken auf, die sogar ein Programm zur Intensivierung der ärztlichen Weiterbildung auflegen, die diese Weiterbildung machen und propagieren. Es scheint andere Krankenhäuser zu geben, die die Auffassung vertreten, dass sie Geld einsparen und sich

auf die Einstellung von Fachärzten konzentrieren können, wenn sie auf diese Aufgabe verzichten. Mich interessiert, ob Sie sich als Krankenhausgesellschaft der Idee anschließen, dass der Gesetzgeber in diesem Bereich aufsatteln soll, also praktisch eine strikter bindende Vorschrift etablieren soll, was die Beteiligung der Krankenhäuser an der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte angeht? Schließlich finden wir dort die Kostensituation vor, dass die Weiterbildung über das DRG-System finanziert wird.

Der dritte Punkt, den ich hinterfragen möchte, richtet sich an die Einzelsachverständigen; in Sonderheit möchte ich Herrn Dr. Augurzky, Herrn Prof. Wasem sowie Herrn Prof. Flenker um eine Einschätzung bitten. Es geht mir um das Thema Schwerpunkte. Wie gehen wir mit den Schwerpunkten, mit den Teilgebieten um? Diesbezüglich ist der Investitionsbedarf unterschiedlich. Wer eine Nephrologie in der Inneren Medizin aufbaut, der muss dafür in aller Regel Dialysegeräte kaufen, damit er deren Leistungsspektrum decken kann. Das ist ein erheblicher Investitionsbedarf. Und wer dies in Konkurrenz zu einer anderen Klinik macht, die bereits über eine Nephrologie verfügt, der schwächt die Auslastung dieser Klinik, wenn er am Markt Erfolg hat, und dann bindet er investive Mittel doppelt. Das Gleiche gilt für die Kardiologie, wenn man einen Linksherzkathedermessplatz braucht, um die Kardiologie einzurichten. Das Gleiche gilt in weit geringerem Umfang, wenn man beispielsweise eine Endokrinologie aufbaut. Denn dort gibt es zwar besondere diagnostische Anforderungen, aber man muss dafür kein besonderes Investivprogramm aufbauen.

In den meisten schriftlichen Stellungnahmen wird ziemlich einhellig begrüßt, dass wir uns bei den Schwerpunkten nach dem Willen des Ministeriums aus der Planung zurückziehen würden; das wird als ein Gewinn an Flexibilität bezeichnet. Das kann ich auch nachvollziehen, und ich halte dies im Konkreten immer noch für richtig. Herr Fritz, Herr Dr. Windhorst und etliche andere, die man in der öffentlichen Debatte hört, sagen allerdings, dass es zu einem Problem mit der Doppelinvestition käme.

(Gerda Kieninger [SPD]: Herr Vorsitzender, wie lange darf man hier fragen?)

Gerade wir als Politik haben in den vergangenen Jahren immer gesagt: Die Doppeluntersuchung, die Zweifachvorhaltung ist ein riesiges wirtschaftliches Problem, und das darf nicht sein. - Das ist ja das Signal, das immer aus Berlin kommt, wenn wir das Thema integrierte Versorgung diskutieren.

(Gerda Kieninger [SPD]: Wir sind in der Anhörung von Herrn Henke!)

Mich interessiert in diesem Zusammenhang: Wie wünschen Sie sich Ansatzpunkte des Landes, um solche Doppelinvestitionen zu verhindern? Oder sagen diejenigen, die den Verzicht auf die Schwerpunkte befürworten: „Na ja, das kann zwar mal vorkommen, aber letztlich ist die Auslastungsquote eine Grenze, die nicht überschritten wird, und da wird keiner dauerhaft gegen seine eigenen Interessen handeln, und deswegen wird das schon nicht schlimm werden, also macht das mal!“? - Hier wäre ein Fingerzeig notwendig, damit wir es einschätzen können. Denn in der Tat ist das eine Entscheidung - das habe ich auch im Plenum gesagt -, die wir reflektieren müssen.

Heike Gebhard (SPD): Herr Vorsitzender! Ich darf mich im Namen der SPD-Fraktion recht herzlich für die Ausführungen bedanken.

Hier ist das Stichwort Baupauschale gefallen. Falls ich Herrn Gebhardt richtig verstanden habe, meint er, dass diese neue Gefechtslage einen völlig neuen Gesetzentwurf erfordere. Das - mit Verlaub, Herr Kollege Henke - ist völlig unabhängig davon, was Sie bei der Einbringung des Gesetzes gesagt haben. Sie mögen vielleicht weitergehende Gedanken haben, aber für uns ist das maßgeblich, was mit dem Gesetzentwurf eingebracht wird, und über etwas anderes kann man normalerweise auch nicht reden.

Da sich Ihrer Meinung nach die Gefechtslage geändert hat, fordern Sie uns als Parlamentarier auf - und dafür danke ich Ihnen ausdrücklich -, einen ordentlichen Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen, der diese Neuerung tatsächlich abbildet, damit Sie darüber ordnungsgemäß befinden und sich einbringen können. Ich denke, wir werden alles unternehmen, was möglich ist, um zu einem solchen Ergebnis zu kommen.

An der Stelle sollte man auch darauf hinweisen, dass ein Gesetzentwurf, der Zielvorgaben beschreibt, wie Finanzierungen langfristig umgestellt werden, auch Übergangszeiten enthält. Das gilt insbesondere hinsichtlich der Investitionen. Wenn eine Neuerung damit verbunden ist, dass das, was eigentlich auch nach dem Krankenhausgesetz zwingend vorgeschrieben ist - die Länder haben Investitionen zu finanzieren -, nicht stattfindet - ich meine damit, dass Investitionsprogramme nicht nur wie in 2006 oder 2007, sondern darüber hinaus ausgesetzt werden -, um zu diesem neuen System zu kommen, dann frage ich mich - dies richtet sich an Herrn Kaltenborn -, ob das rechtlich zulässig ist.

Herr Kaltenborn, Sie haben auch darauf hingewiesen, dass die Vorgaben, die hier im Bereich Organtransplantation verankert sind, so nicht ganz passend seien. Sie haben gleichwohl den Hinweis gegeben, das heiße nicht, dass die Länder diesbezüglich keine Gestaltungsmöglichkeit hätten. Meine konkrete Frage: Wenn wir im Gesetz einen Transplantationsbeauftragten nicht nur als Person, sondern samt seinen Kompetenzen verankern wollten, wäre dieses auf Landesebene rechtlich möglich?

Der § 107 ist hier bereits angesprochen worden; dieser betrifft insbesondere die kommunalen Krankenhäuser. Eine Frage an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie an Herrn Augurzky und Herrn Flenker: Herr Henke hat gerade zitiert, wie der § 107 bezogen auf die Krankenhäuser im Entwurf aussieht. Ich habe Ihre Stellungnahme so verstanden, dass Ihnen diese Regelung so nicht ausreiche. Wer Gelegenheit hatte, gestern an der Anhörung zur Gemeindeordnung teilzunehmen, der wird mitbekommen haben, dass die Kollegen aus der FDP-Fraktion diese Regelung für die Krankenhäuser definitiv bestritten und gefordert haben, dass diese herausgenommen werden müsse. Für die Krankenhäuser müsse das Gleiche wie für alle anderen kommunalen wirtschaftlichen Betriebe gelten. Welche Konsequenzen hätte das aus Ihrer Sicht?

Zum Planungsbereich. Hier ist gesagt worden, dass zum einen begrüßt werde, dass die Schwerpunkte- und Teilgebieteplanung so nicht mehr statfinde. Zum anderen ist von mehreren darauf hingewiesen worden, dass man so ganz nicht darauf verzichten könne. Da stellt sich mir die Frage, wer das aus Ihrer Sicht zu tun hat. Über das hinaus, was Sie hier angesprochen haben, sehe ich folgendes Problem: Wenn wir die Schwer-

punkte- und Teilgebieteplanung im Zuge der Regionalplanung vor Ort mit einbringen, ist denkbar, dass diese gerade im Hinblick auf Schwerpunkte regionenüberschreitend vorgenommen werden könnte. Also müsste man auch diesbezüglich vorher Kriterien formuliert haben. Wo sollen diese entwickelt werden? Wie stellen wir sicher, dass für alle Beteiligten im Lande bereits im Vorfeld klar ist, wonach sie sich zu richten haben?

Barbara Steffens (GRÜNE): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Als Erstes möchte ich direkt an den § 107 anknüpfen. Expertenanhörungen bieten immer die Möglichkeit, dass sie im Nachgang sehr unterschiedlich interpretiert werden. Deswegen wäre ich froh, wenn man hier zu § 107 hören könnte, ob es vonseiten der Experten unterschiedliche Auffassungen dazu gibt, wie man das Problem, das von sehr vielen beschrieben worden ist, lösen kann oder ob es dazu nur eine einzige Lösung gibt, die alle teilen. Es gibt verschiedene Punkte, die in den Stellungnahmen und auch heute erwähnt worden sind.

Frau Gebhard hat die gestrige Anhörung angesprochen. Wie schätzen Sie die Situation ein und welche Probleme sehen Sie, wenn der § 107 keine Krankenhauslösung enthalten würde? Es ist meiner Meinung nach wichtig, dass auch die Experten hier eine klare Botschaft abgeben, damit man eine Interpretationshoheit vermeidet nach dem Motto: Alles ist so, wie es jetzt im Gesetz steht, gut.

Zum Case Mix! Ich finde die Anregung, eine Folgenabschätzung durch ein Gutachten zu diesem Case Mix vorzunehmen, sehr gut. In welchem Umfang könnte man ein solches Gutachten Ihrer Meinung nach erstellen lassen? Schließlich wird die Zeitfrage seitens der Landesregierung sicherlich erwähnt. Welche wären die Hauptkriterien eines solchen Gutachtens? Gibt es diesbezüglich bereits konkrete Vorstellungen?

Der nächste Punkt betrifft ein Detail des Gesetzentwurfes, auf das in den Stellungnahmen niemand eingegangen ist. In dem ehemaligen § 2 Abs. 4 des Krankenhausgesetzes wurden die Möglichkeiten der Angebote nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz geregelt. Dieses ist damals eingeführt worden, um das Angebot flächendeckend vorhalten zu können. Welche Auswirkungen hat es aus Sicht der Experten und Expertinnen, wenn dieser Absatz ersatzlos gestrichen wird? Wird es an dem Angebot in Nordrhein-Westfalen etwas ändern? Muss dieser Absatz in dieser Form weiterhin enthalten sein, oder bedarf es aus Ihrer Sicht einer anderen Regelung im Krankenhausgestaltungsgesetz?

Zur Baupauschale! Es ist bisher überhaupt nicht klar, in welcher Form diese - als neuer Gesetzentwurf der Landesregierung oder als Änderungsantrag der CDU-Fraktion - eingebracht wird. Ich gehe davon aus, dass wir zu einer solch gravierenden Änderung eine Anhörung durchführen werden. Einige haben auch in ihren Stellungnahmen ausgedrückt, dass man darüber nachdenken könne. Pauschalen, die ich aus dem gesamten Gesundheits- und Sozialbereich kennen, sind immer dann gut, wenn sie hoch sind, und sie sind extrem problematisch, wenn sie niedrig sind. Die Budgetierung ist im Grunde genommen auch nichts anderes als eine Pauschale im engeren Sinne, und diese Pauschale wird von Ihnen immer kritisiert, weil sie zu niedrig und gedeckelt sei. Wo ist die Grenze, ab der es eine gute Pauschale ist, und wo ist die Grenze, ab der es eine schlechte Pauschale ist? Das muss man einschätzen. Denn ab einem bestimmten

Punkt ist eine Pauschale kontraproduktiv, und dann ist die Einzelfinanzierung sehr wohl besser. Mit der Gießkanne lediglich einen Tropfen auf den heißen Stein zu gießen, nützt überhaupt nichts. Dann ist die Bündelung besser.

Dr. Stefan Romberg (FDP): Ich habe eine Nachfrage an die Ärztekammer Nordrhein, die in ihrer Stellungnahme die Qualitätssicherung und das Informationsbedürfnis der Patienten angesprochen hat. Das ist eigentlich eine bundesrechtliche Regelung. Es gibt Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Allerdings meine ich nicht, dass ein Patient mit den bisherigen Qualitätsberichten irgendetwas anfangen kann. Es ist wichtig, dass sich Patienten mehr als bisher informieren können, bevor sie elektiv ein Krankenhaus betreten. Sie haben vorgeschlagen, eine Konzeption in Kooperation von Krankenhäusern, Krankenkassen und Ärztekammern zu erarbeiten. Sie schlagen damit einen Sonderweg für Nordrhein-Westfalen vor, der sicherlich reizvoll ist, wenn dadurch die Patienten hier informierter wären als im übrigen Bundesgebiet. Dann könnten wir eine Vorbildfunktion innehaben. Gibt es konkrete Ideen, wie so etwas aussehen könnte? Es wäre blöd, einen neuen Qualitätsbericht zu erstellen, der vielleicht zehn Seiten dünner wäre, aber von dem die Patienten wenig hätten.

Werner Lohn (CDU): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich habe eine konkrete Frage an Herrn Prof. Wasem, an Herrn Dr. Rüter und an die Vertreter der Kostenträger. Die Frage zielt darauf ab, wie sich die Änderungen des Krankenhausgestaltungsgesetzes auf die Realisierung des Versorgungsauftrages vor allen Dingen im ländlichen Raum auswirken und welche Vorschläge Sie haben, dass auch zukünftig bei der weiteren Einführung von Pauschalen der ländliche Raum entsprechend dem Versorgungsauftrag ausreichend berücksichtigt wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren! Ich habe drei Fragen. - Der Vorschlag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen für eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung hat mir sehr gut gefallen. Ich habe Ihren Vorschlag, den Sie zu Abs. 1 in Ergänzung gemacht haben, als Kompensation des weggefallenen § 10 Abs. 2 verstanden. Sie sagen auch in Ihrer schriftlichen Stellungnahme, es gebe einen erhöhten Handlungsbedarf des Landes. Sehen Sie diesen erhöhten Handlungsbedarf über die veränderte gesetzliche Formulierung hinaus, und worin besteht er?

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz hat Kollegin Steffens schon angesprochen.

Herr Prof. Kaltenborn hat die Frage der konkurrierenden Gesetzgebung angesprochen.

Zum Transplantationsgesetz! Es gebe die Möglichkeit, das nicht im Krankenhausgestaltungsgesetz, sondern im nordrhein-westfälischen Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz zu regeln. Sehen Sie dort die gleichen Bedingungen? Halten Sie es für besser geregelt?

Sie haben auch auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes Bezug genommen. In Art. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes ist normiert, dass die Länder verpflichtet sind, jedes Jahr Krankenhauspläne sowie Investitionspläne auf-

zustellen. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund dieser Vorschrift des Bundes das Verhalten des Landes Nordrhein-Westfalen und dass in § 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf eine Mitwirkung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten und insbesondere auf eine einvernehmliche Regelung mit diesen Beteiligten abgestellt wird? Mir ist nicht bekannt, dass es mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen als unmittelbar Beteiligte eine einvernehmliche Regelung zur Nichtaufstellung eines Investitionsprogramms gegeben hat. Wie bewerten Sie dieses konkrete Gesetzgebungsverhalten des Landes Nordrhein-Westfalen? Kann man das auch juristisch oder nur politisch bewerten?

Inge Howe (SPD): Herr Vorsitzender! Ich habe Fragen an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, an die Krankenkassenvertreter sowie an die Ärztekammern. Mir fehlen eigentlich inhaltliche Aussagen. Lediglich Herr Windhorst hat die Qualitätssicherung thematisiert und das Streichen aus dem Gesetz angeprangert. Dies halte ich für richtig. Es betrifft aber genauso die Hygienekommission und die Arzneimittelkommission. Das sind wichtige Kriterien, die bei der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern zum Tragen kommen. Wie bewerten Sie es, dass sich dies zukünftig nicht mehr als Vorschrift in den Gesetzesgrundlagen findet?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, wir beginnen nun mit der Antwortrunde.

Karsten Gebhardt (KGNW): Herr Henke, damit wir uns nicht missverstehen: Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ist nicht grundsätzlich gegen eine Baupauschale. Wir sind auch nicht grundsätzlich gegen eine solche Pauschalierung. Wir befinden uns heute allerdings in der Situation, dass wir zur Baupauschale sehr viele offene Fragen haben, und diese offenen Fragen muss man beantworten, bevor man sich dazu entscheidet, es zu machen. Also: Wir sind nicht grundsätzlich dagegen; allerdings haben wir vier Tage nach der Erklärung Fragen, aber nur wenige Antworten.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Herr Henke auch!)

Ich habe darauf hinzuweisen versucht, dass die Tücke im Detail steckt. Deshalb sagen wir, dass man sich Zeit nehmen muss. Wenn die Baupauschale kommen soll - damit leite ich zur Frage nach dem Gutachten über -, dann sollen alle Fördermittel im Rahmen der DRG-Bindung über den Case Mix verteilt werden. Umso wichtiger wird es, das auf eine saubere und wissenschaftlich begründete Grundlage zu stellen. Deshalb fordern wir nachdrücklich, dass Sie dieses Gutachten erstellen. Und zu diesem Gutachten haben wir gesagt: Entweder müsste man nur eine Reihe von ausgewählten Tracer-DRGs untersuchen oder tatsächlich alle nehmen. Daraus resultiert noch nicht zwangsläufig, dass es zu einer Monistik kommen muss. Sie müssen allerdings einen Bezug zwischen den Investitionen, die in einem Krankenhaus getätigt werden, und dem, was sozusagen als Bemessungsmaßstab gilt, herstellen.

Das, Frau Steffens, ist vielleicht eine Antwort auf Ihre Frage, wann es sich um eine gute bzw. schlechte Pauschale handelt. Eine Pauschale ist grundsätzlich dann schlecht, wenn sie die Zielerreichung verfehlt, wenn sie also nicht das hervorbringt, was Sie an-

streben. Insofern muss man zuerst das Ziel hinterfragen. Bei der Krankenhausförderung besteht das Ziel darin, die Krankenhäuser entsprechend dem Leistungsvolumen und dem Versorgungsauftrag mit Investitionsmitteln auszustatten. Das müssen Sie absichern. Und wir sagen: Allein die DRG-Systematik und die Orientierung am Case Mix scheinen dies nicht abzubilden. Denn es gibt Fachabteilungen, die einen hohen Case Mix und einen niedrigen Bedarf haben und umgekehrt. Deshalb bitten wir Sie, das System für alle Beteiligten - auch für die Krankenhäuser - sicher zu gestalten. Wir sind nicht grundsätzlich gegen eine Pauschalierung. Das wäre ein völlig falsches Verständnis.

Dass auch die Höhe der Pauschale von Bedeutung ist, Frau Steffens, ist klar.

(Rudolf Henke [CDU]: Je höher, desto besser! Je niedriger, desto schlechter!)

Die Aussage „Je niedriger, desto schlechter“ gilt vor allem dann, wenn man sich im nationalen Vergleich schlecht fühlt. Ob die Qualität in Bayern, Herr Rüter, wesentlich höher ist als in Nordrhein-Westfalen, wage ich zu bezweifeln. Wir kennen Krankenhäuser aus beiden Bundesländern, und unsere Krankenhaussituation in Nordrhein-Westfalen kann man eigentlich als nicht schlecht bezeichnen. Wir wollen als bevölkerungsreichstes Bundesland im nationalen Vergleich allerdings nicht ständig am Ende der Landschaft segeln.

Zu den Doppelinvestitionen! Wir behandeln gerade die Frage der Planungstiefe: Wie macht man es, und wie stellt man die Versorgung sicher? Wenn man es nicht mehr auf der Landesebene planen und vorgeben will - das ist unserer Meinung nach durchaus sinnvoll -, dann muss man auch das Risiko eingehen, dass an der einen oder anderen Stelle der eine oder andere Krankenhausträger eine Schiefplanung bzw. Fehlplanung vornimmt. Dies wird dann recht schnell über die Marktsituation und über die Konkurrenzsituation korrigiert.

Deshalb meine ich: Wenn man die Krankenhäuser sozusagen in eine größere Freiheit entlassen möchte, dann wachsen auch die Risiken für die Krankenhäuser; das ist auch okay. Man muss jedoch genau darauf achten, dass es nicht zu einer Unterversorgung zum Beispiel in ländlich strukturierten Gebieten kommt. Wir dürfen den Wettbewerb in Nordrhein-Westfalen angesichts der Unterschiedlichkeit der einzelnen Regionen nicht frei lassen. Das geht nicht. Das wäre hinsichtlich der Versorgung der Bevölkerung ein Fehler. Man muss sich sehr genau anschauen, an welchen Stellen das Land seine Daseinsvorsorge durch eine geschickt gestaltete Planung erfüllen kann. Ich meine, dass das machbar ist.

Die Frage zu § 107 möchte ich gerne an Herrn Leßmann weitergeben, weil er viel kompetenter ist als ich, darauf einzugehen. Ich glaube, dass die Schwangerschaftskonfliktregelung durch den Wegfall des § 2 Abs. 4 nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Es wird in den Krankenhäusern auch zukünftig wie bisher verfahren.

Frau Howe, Qualitätssicherung, Hygienekommission und ähnliche Dinge sind Selbstverständlichkeiten im Krankenhaus. Dass man sie nicht als Regulierungstatbestand vorgeschrieben hat, bedeutet nicht, dass man sie wegfällen lassen will. Denn aufgrund der Erfüllung gesetzlicher Auflagen anderer Art sind wir sowieso gehalten, in diesen Fragen tätig zu werden. Deshalb lautete unser Impetus: Das muss man nicht in ein Ge-

setz hineinschreiben, weil es ohnehin selbstverständlich ist. Diesbezüglich ist meiner Meinung nach absolut nichts zu befürchten.

Herr Garbrecht, Sie haben eine Frage zur Regelung in § 1 gestellt. Wir haben die Formulierung vorgeschlagen, dass Krankenhäuser im Rahmen der bundesgesetzlichen Regelung als Gesundheitszentren eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen haben. Es steckt eine politische Absicht, die sich in einem solchen Satz ausdrückt, dahinter. Denn im Wesentlichen sind diese Fragen auf der Bundesebene zu regeln. Die Umsetzungsfragen betreffen das Land da, wo es Ausgestaltungsspielräume zum Beispiel im Rahmen der §§ 115 und 116 SGB V gibt. Dort ist das Land gefordert, und es könnte die Spielräume da, wo es es will, größer machen. Das Land kann sie auch kleiner machen. Wir sind aber für die Lösung „größer“. Das ist der Gestaltungsraum, der dem Land obliegt. In dieser Hinsicht ist unserer Meinung nach nichts Weiteres im Gesetz zu ergänzen - außer unserem Vorschlag.

Zur Weiterbildung! Diesen Aspekt sehe ich als völlig unproblematisch an. Denn das, was Sie beschrieben, Herr Henke, ist mir aus den mir bekannten Krankenhäusern nicht bekannt. „Gesundheitshopping“ oder „Kostenhopping“ kenne ich nicht. Natürlich ist es so, dass wir in Krankenhäusern ausbilden und dass die Fachärzte die Ausbildung der Assistenten übernehmen. Angesichts der Situation in den meisten Krankenhäusern tun wir gut daran, dass wir selbst ausbilden, damit wir später über die Fachärzte verfügen, die die Patienten weiter behandeln können. Ich habe überhaupt keine Sorge, dass die Weiterbildung an Krankenhäusern, Herr Windhorst, irgendwo unterbleiben würde - ganz im Gegenteil.

(Dr. Thomas Windhorst [Ärztekammer Nordrhein/Ärztekammer Westfalen-Lippe]: Natürlich nicht! Aber das kann man nicht appellativ sehen, sondern man muss es strukturiert einbringen!)

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem (Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen): Zu den Doppelinvestitionen! Da würde ich die Einschätzung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen teilen. Wenn wir uns zutrauen, den Weg zu mehr Freiheit, mehr unternehmerischer Eigenverantwortung und mehr Markt zu gehen, dann kann es sein, dass wir mehr investieren müssen, und letztlich kann es sogar sein, dass es sich nicht auszahlt.

Es gibt auch Staatsversagen. Der Staat plant, und hinterher stellt sich heraus, dass das Geld in den Sand gesetzt wurde. Meine persönliche Einschätzung ist, dass ich die Risiken des Staatsversagens nicht geringer einschätze als die Risiken des Marktversagens.

Die Frage nach der Pauschale beinhaltet zwei Unterpunkte. Der eine ist eine Bewertung, also ob die Pauschale gut oder schlecht ist. Bei einer Pauschale ist die Höhe als solches zunächst einmal kein Kriterium. Wir müssen uns allerdings fragen, ob wir heute in der Summe von einzelnen Pauschalförderungen - demnächst machen wir vielleicht nur noch Pauschalförderung - genug für Krankenhausinvestitionen in Nordrhein-Westfalen ausgeben. Da meine ich: Nein, das tun wir nach allen Kriterien, die wir haben, nicht. Insofern ist die Summe aus Einzelförderung und Pauschalförderung heute schlecht.

Die zweite Frage, die mit Pauschalen zusammenhängt, ist die des Maßstabs. Hier ist in der Tat folgendes Problem: Je stärker ich pauschalisieren, desto wichtiger wird die Frage des Maßstabs, nach dem ich das Geld verteile. Diesbezüglich ist der einfachste Weg sicherlich der, dass man sagt: Wir machen einen pauschalen DRG-Zuschlag. Das heißt, wir machen einen Case-Mix-Zuschlag und rechnen aus, wie viele Millionen wir zur Verfügung haben. Dann schauen wir, was das umgerechnet auf einen Case-Mix-Punkt bedeutet. - Das ist nicht völlig verkehrt, weil der Case Mix die Leistung des Krankenhauses widerspiegelt. Und wenn man keine anderen vernünftigen Daten hat, dann ist das meiner Meinung nach ein Weg, den man gehen sollte.

Wenn man detaillierte Daten haben will, dann gibt es zwei Wege, von denen der eine ein Notbehelf und der andere der richtige Weg wäre. Der Notbehelf betrifft die Kassen. Da teile ich das, was Herr Henke gesagt hat. Das ist im Grunde genommen nur eine Momentaufnahme.

Der richtigere Weg wäre in der Tat die Vollabbildung, allerdings frage ich mich, ob wir die Vollabbildung auf Länderebene vernünftig hinbekommen. Im InEK-Formular für die Kalkulationshäuser müssten wir zwei oder drei Spalten mehr einfügen, in denen wir die Investitionskosten abbilden würden. Das wäre ein sachgerechter Weg, den man auf der Landesebene natürlich nur schwer durchsetzen könnte. Ich bin nach wie vor für diesen Weg und würde die Landesregierung nachdrücklich auffordern, sich dafür einzusetzen.

Kurz zu der Arzneimittelkommission und anderen Gremien. Wenn wir den Krankenhäusern zutrauen, dass sie sich im rauen wettbewerblichen Umfeld bewähren, dann werden sie von selbst die Investitionen tätigen, die sie tätigen müssen. Heute gibt es unterschiedliche Mittel der Versorgung. Wenn man etwas detailliert regelt, muss man sich auch die Frage stellen, ob es so richtig ist. Kann ein Krankenhaus beispielsweise eine Arzneimittelkommission mit einem niedergelassenen Ärztenetz bilden? Dürfen sie es?

Zur Versorgung im ländlichen Raum! Das ist sicherlich ein Thema, über das man bei stärkerer Pauschalierung nachdenken muss. Wir haben in unserer Stellungnahme ein paar Zeilen dazu geschrieben. Wir könnten uns innovative Wege vorstellen. Dort, wo die Versorgung nicht funktioniert, könnte das Land über ausschreibungsähnliche Verfahren versuchen, Wege zur Versorgungssicherstellung aufzuzeigen; das kann man in der Kürze der Zeit hier nicht ausführlicher darstellen. Es gibt allerdings meiner Meinung nach denkbare Wege. Der Trend auf Bundesebene geht ja in kleinen Schritten in Richtung ärztliche Vertragsfreiheit. Wenn es dazu kommt, dann wird sich das Land ohnehin die Frage stellen müssen, wie es vor dem Hintergrund der Vertragsfreiheit die Versorgung im ländlichen Raum sicherstellt. Und dann sind wir bei der Instrumentenaus-schreibung in ländlichen Regionen etc. angekommen.

Markus Leßmann (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände): Herr Vorsitzender, ich halte es schon aus verfassungsrechtlicher Sicht für geboten, dass Sie sich diese Frage noch einmal näher anschauen; Herr Kaltenborn hat darauf hingewiesen: Die Verteilung von Investitions- und Fördermitteln ist grundrechtsrelevant. Dies gilt gerade für die freien Träger und weniger für uns als Kommunen, weil wir nicht Grundrechtsträger sind. Grundrechtsrelevant bedeutet, dass Sie die Mittel nach sachlich begründeten Kriterien verteilen.

Mehrere haben hier darauf hingewiesen, dass die DRGs den Investitionsbedarf, der dahinter liegt, nicht überall gleichmäßig abbilden. Daher würde ich aus verfassungsrechtlicher Sicht ein großes Fragezeichen dahinter machen, ob dies das sachliche Kriterium sein kann. Daher lautet unsere Forderung, dies noch einmal näher zu untersuchen. Davon sollte man als Landesregierung nicht abgehen.

Zur Frage in Bezug auf § 107 GO! Wir wollten unsererseits diese Veranstaltung nicht von Anfang an zu einer Parallelanhörung zu der im Plenarsaal machen, aber wir sind Ihnen dankbar, dass Ihnen das Thema wichtig ist. Deswegen möchte ich ein paar Bemerkungen dazu machen.

Sie verpflichten uns als Kommunen in § 1 Abs. 3 nach wie vor dazu, ein Krankenhaus zu betreiben, wenn kein anderer - wahrscheinlich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten - dazu bereit ist. Daraus folgt für uns, dass Sie uns nicht noch zusätzliche Einschränkungen auferlegen, da wir einen möglichst wirtschaftlichen Betrieb führen sollen. Sie verpflichten uns als kommunale Einrichtungen genauso wie alle anderen Einrichtungen in § 27 ausdrücklich zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung.

Ich nehme auf die Gesetzesbegründung Bezug. Sie haben nach Beispielen gefragt, die im Moment aufgrund der Formulierung des §107 GO - es geht um die Bezugnahme auf den Bescheid nach jetzt § 18 und demnächst § 14 - nicht umfasst sind. Diesbezüglich bietet Ihre eigene Gesetzesbegründung in den Anmerkungen zu § 7 hinreichende Möglichkeiten. § 7 wird von Ihnen bzw. vom Ministerium bewusst als Möglichkeit zur Optimierung des wirtschaftlichen Verhaltens eines Krankenhauses gesehen. Dort steht:

„Die Zusammenarbeit soll auch zur Rationalisierung des Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Aufwands führen. Die Möglichkeit ergibt sich in vielen Bereichen, z. B. bei Laborleistungen, Prosekturen, Apotheken, Wäschereien, Küchen, bis hin zu zentralem Einkauf. Dem Gestaltungsspielraum der Kooperationspartner sind dabei wenig Grenzen gesetzt.“

Das ist richtig, soweit Sie § 107 außer Acht lassen. § 107 schränkt gerade an diesen Stellen die kommunalen Krankenhäuser ganz entscheidend ein. Und darum kann ich auf den Formulierungsvorschlag Bezug nehmen, den die KGNW unterbreitet hat: Gerade im Hinblick auf künftige Entwicklungen erweitern Sie es über den reinen Bescheid innerhalb § 18/§ 14 hinaus auf alle Aufgaben, die landesgesetzlich oder bundesgesetzlich den Krankenhäusern demnächst zugeordnet werden. Es ist mehrfach das Stichwort gefallen, dass man die ambulante Versorgung mit der stationären Versorgung verzahnen solle. All diese Aufgaben sind von dem reinen Bescheid nach § 18 nicht umfasst und würden dann den Krankenhäusern im kommunalen Bereich genommen. Damit wird ein Wirtschaftlichkeitsproblem entstehen, das sich aus unserer Sicht mit unserem Versorgungsauftrag, den wir nach dem Motto „Den Letzten beißen die Hunde“ gegebenenfalls hätten, nicht mehr vereinbaren ließe.

Für den ländlichen Raum kann ich auf Folgendes hinweisen: Es herrscht hier im Saal die Befürchtung, dass die Pauschalierung im ländlichen Raum irgendwann zu Versorgungsproblemen führen könnte. Dann wären gerade die kommunalen Krankenhäuser wieder in der Pflicht. Obwohl wir sicherlich nie alle Fraktionen davon überzeugen werden, dass kommunales Handeln im wirtschaftlichen Bereich nicht stets des Teufels ist, müssen wir die Möglichkeit haben, wirtschaftlich optimal vorzugehen. Insofern appellie-

re ich an Sie, § 107 nicht im Sinne einer totalen Freigabe, aber im Sinne einer Wettbewerbsgleichheit zu ändern.

Prof. Dr. Ingo Flenker (Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser im Erzbistum Paderborn): Herr Henke hat aufgeworfen, wie weit es durch die Aufgabe der Detailplanung in Schwerpunkten und Teilgebieten zu einer ungünstigen Wettbewerbssituation kommen könnte. Ich bin wie meine Vorredner der Auffassung, dass die Gestaltungsfreiheit, die man den Krankenhäusern ließe, mit einem Risiko verbunden wäre. Staatliche Planung dauert in der Regel wesentlich zu lange, um auf bestimmte sich ändernde Versorgungsnotwendigkeiten, aber auch ökonomische Rahmenbedingungen zu reagieren. Ich gehe davon aus, dass Krankenhausträger wirtschaftlich so klug beraten sind, dass sie in der Lage sein werden, die Marktsituation und den Versorgungsbedarf in ihrer Region adäquat abzuschätzen und daraus ihr Handeln abzuleiten. Man braucht hier nicht die Schutzfunktion. Herr Wasem hat es so schön als „Staatsversagen“ oder „Marktversagen“ bezeichnet; man könnte auch von „Trägerversagen“ sprechen. Ich habe die Befürchtung, dass das Staatsversagen nicht nur häufiger vorkommt, sondern vor allen Dingen längere Auswirkungen als das Trägerversagen hat. Aus diesem Grunde spreche ich mich dafür aus, dieses beizubehalten.

Herr Henke, Sie haben die Frage der Weiterbildung angesprochen. Herr Gebhardt, ich stimme Ihnen heute in fast allen Ausführungen zu. Allerdings vertrete ich in dieser Frage eine ein bisschen andere Auffassung als Sie. In einer Zeit, in der wir ein Unterangebot an ärztlicher Arbeitskraft haben - diesbezüglich haben Sie Recht -, ist hier nichts zu befürchten. Es könnten aber kurzfristig Phasen auftreten, in denen sich Angebot und Nachfrage nach ärztlicher Arbeitskraft wieder egalisieren, und dann besteht die Befürchtung, die Herr Henke skizziert hat, dass Krankenhausträger aus ökonomischen Überlegungen heraus auf Weiterbildung verzichten. Das ist wohlgerne ein sehr kurzfristiges dummes Verhalten eines Krankenhausträgers, weil er eigentlich daran interessiert sein müsste, qualifiziertes Personal vorzuhalten. Es ist aber überhaupt keine Frage, dass es sich für einen Krankenhausträger ökonomisch zurzeit nicht rechnet weiterzubilden, denn es bindet ärztliche Ressourcen; das ist gar keine Frage. Ein weitergebildeter Facharzt ist ökonomisch günstiger als eine Kollegin oder ein Kollege, die bzw. der sich in Weiterbildung befindet. Aus diesem Grunde bin ich der Auffassung, dass es sinnvoll wäre, für Krankenhäuser, die ihrer Weiterbildungsverpflichtung nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch im pflegerischen Bereich nachkommen, adäquate Anreize zu schaffen.

Frau Howe, Sie haben befürchtet, dass durch die Streichung von Arzneimittelkommission, Hygienekommission eine Verschlechterung der Versorgungsqualität auftreten könnte. Ich glaube schon, dass man den Krankenhäusern hier die Freiheit lassen sollte, darüber zu entscheiden, wie sie ihre Strukturen gestalten. Ich habe in meiner Stellungnahme ausgeführt, wie man das abfedern könnte. Wenn man den alten § 35 mit der Krankenhausleitung beibehalten und bei wesentlichen organisatorischen und Geschäftsführungsfragen von Krankenhäusern weiterhin den Sachverstand der Pflege und der Ärzteschaft einbringen würde, dann hätte ich die Befürchtung nicht, dass es hier zu Qualitätsverlusten kommt. Es obliegt aber dem Krankenhausträger, wie er dieses organisiert.

Herr Romberg, Sie haben kurz den Aspekt Qualitätssicherung angesprochen. Hier gibt es aus der Vergangenheit sehr schöne und gute Beispiele, wie zum Beispiel Ärzteschaft, Kostenträger und Krankenhausträger - ich verweise hier auf die dreiseitigen Verträge, die Vorbildcharakter in Nordrhein-Westfalen hatten - gemeinschaftlich Qualitätssicherung gestalten. Man könnte auf Landesebene eine entsprechende qualitative Information der Bevölkerung über Qualitätssicherungsmaßnahmen erreichen.

Dr. Boris Augurzky (RWI): Es bleibt mir nicht mehr viel zu sagen. Die Antworten von Prof. Wasem zu den verschiedenen Fragen, die an uns gestellt wurden, teile ich zu 100 %. Deshalb habe ich nur zwei kleine Anmerkungen.

Erstens zu den Doppelinvestitionen! Man kann es auch aus folgender Sicht sehen: Wir hatten eine alte Welt. Da hat das Land investiert und Kapital zur Verfügung gestellt. Damit hat es das Risiko der Fehlinvestition getragen. Dann - das ist völlig klar - braucht man in einer Region nur einen Schwerpunkt und nicht zwei nebeneinander.

In einer neuen Welt - Stichwort: Baupauschale oder Monistik allgemein - gibt das Land dieses Risiko völlig an das Krankenhaus bzw. an die Krankenhäuser ab. Also, wenn diese zwei Schwerpunkte nebeneinander stehen und womöglich zugunsten des Patienten konkurrieren, was Qualität angeht, dann ist es letztendlich deren Risiko, wenn sie sich fehl verhalten. Das Land wird dadurch nicht durch Mehrkosten belastet.

Von daher kann man meiner Meinung nach diesen Mut, dies an die Krankenhäuser weiterzureichen, tatsächlich aufbringen.

Zweitens. In der Thematik § 107 bin ich nicht so sehr drin. Ich würde aber eher sagen, den Kommunen nicht zu viel Verantwortung zu übertragen, um wirtschaftlich tätig zu werden. Kommunen können sich auch an Unternehmen beteiligen, und darüber sollte man mal nachdenken. Es gibt auch Widersprüche, aber auf diese kann ich im Detail nicht eingehen.

Prof. Dr. Markus Kaltenborn (Universität Siegen): Ich will mit dem Änderungsvorschlag zu § 107 GO beginnen. Meines Erachtens sind die Änderungen verfassungsrechtlich nicht wirklich problematisch. Allerdings bestehen innerhalb der Landesgesetzgebung Widersprüche, wenn man die Regelung so beibehält, wie sie jetzt vorgesehen ist. Ich halte auch den Vorschlag, den die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vorgelegt hat, für deutlich günstiger und glaube, dass sich der Ausschuss dafür einsetzen sollte.

Zum Transplantationsgesetz! Ob man im Krankenhausgestaltungsgesetz oder in einem Ausführungsgesetz die Regelung, die Sie vorgelegt haben, verankern will, ist letztlich egal. Die bundesrechtliche Vorgabe sieht vor, dass nicht über die Details, die in § 11 geregelt sind, noch weitere Vorgaben auf landesrechtlicher Ebene aufgestellt werden. Deswegen würde ich nicht weiter an diesen Vereinbarungen festhalten. Ich schlage Ihnen vor, einen Transplantationsbeauftragten, wie er auch in anderen Landesgesetzen vorgesehen ist, aufzunehmen. Das wäre von den Kompetenzen gedeckt. Denn dazu gibt es keine Vorgaben im Transplantationsgesetz.

Der schwierigste Punkt ist sicherlich das Investitionsprogramm. In der Tat sieht das Bundesrecht in § 6 KHG vor, dass die Länder Investitionsprogramme aufzulegen haben. Allerdings steht da nicht drin, dass diese jährlich aufzulegen sind; das ist den Ländern freigegeben. Und den Ländern ist nicht unbedingt fest vorgegeben, dass sie diese Programme „Investitionsprogramme“ nennen müssen. Sie können sie auch anders nennen. Wichtig ist nur, dass etwas, was wie ein Investitionsprogramm wirkt, auch landesrechtlich vorgesehen ist. Mit sehr viel gutem Willen könnte man diesen Übergang zur Pauschalförderung darunter subsumieren. Ich halte das an den Grenzen des rechtlich Zulässigen, aber ich glaube, es ist noch von den Kompetenzen gedeckt.

Dr. Thomas Windhorst (Ärzttekammer Nordrhein/Ärzttekammer Westfalen-Lippe):
Ich möchte zu vier Problembereichen Stellung nehmen.

Erstens. Frau Howe, wenn es zu einem Wegfall der Hygiene- und Arzneimittelkommission käme, bedeutete diese keinen Qualitätsverlust. 90 % der Krankenhäuser sind in Qualitätsmanagementverfahren wie KTQ oder ISO 9000 implementiert. Dort ist zwingend vorgeschrieben, diese Dinge abzarbeiten. Denn sonst bekommt man keinen Zertifizierungsnachweis. Insofern ist man eine Zweitstruktur eingegangen, die sich aus dem Landesgesetz nicht ergibt, im Rahmen derer diese Dinge abgearbeitet werden.

Herr Romberg, die Qualität - Herr Flenker hat es teilweise schon beantwortet - ist für mich einer der wichtigsten Aspekte, damit wir weder eine Bewertung der Ärzte durch die Techniker Krankenkasse noch den „Focus“ haben. Wir brauchen vielmehr eine Bewertung, die von den Abgeordneten des Landes über das hinaus, was jetzt schon in § 137 auf Bundesebene aggregiert wird, auf Landesebene heruntergebrochen wird, und dann müssen wir es - wie die dreiseitigen Verträge - mit Inhalt füllen. Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften und Kammern haben genügend Zahlen und Daten, um es stimmig zu machen, die Definitionen vorzunehmen und es in ein lesbares Konzept zu überführen. Ob das so explizit als Aufgabe in einem Paragraphen festgehalten wird, ist eine Frage, die Sie als Abgeordnete, als gewählte Vertreter des Volkes beantworten müssen.

Zur Diskussion über den Schwerpunktwegfall. Wir haben Gott sei Dank in der Weiterbildungsordnung unabhängig davon die Gebiete der Chirurgie nicht mehr als Schwerpunkte, sondern als Gebiete aufgelistet, sodass damit ein investiver Bereich schon strukturiert in der Gebietsversorgung und nicht mehr in der Schwerpunktversorgung enthalten ist.

Zweitens. In § 12, „Regionale Planungskonzepte“, des Gesetzentwurfes ist klar, dass Gesamtplanbettzahlen - das ist eigentlich nicht so wichtig - und Gesamtbehandlungskapazitäten für die Regionen festgelegt werden müssen. Diesbezüglich ist wichtig, dass wir ambulante, stationäre, belegärztliche und krankenhausesärztliche Daten mit implementieren, um zu schauen, ob es zu einer Doppelversorgung kommt. Wir haben Städte mit Dreifachstrukturen. Da gibt es drei Thoraxchirurgen in einem Landbereich, der überhaupt nicht mehr die Weiterbildung garantiert. Denn von 150 Fällen macht jede Chirurgie 50. Qualität wird nicht durch Menge gewährleistet. Dies müssen wir ändern. Es ist eine gemeinsame Aufgabe, und das werden wir auch schaffen.

Drittens. § 12 beinhaltet meiner Meinung nach keine Schwierigkeiten bei der Struktur- bildung von Krankenhäusern, bei der Reglementierung und beim Abbau von Dreifach- und Doppelstrukturen.

Viertens. Mein letzter Punkt betrifft die Situation hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung. Ausbildung betrifft Schwestern, Pfleger und diese Bereiche. Weiterbildung betrifft immer die Ärzte. Wir brauchen eine Nachwuchsförderung, die man nicht der Beliebigkeit und dem Zufall überlässt, sondern die wir gesetzlich regeln und finanziell alimentieren müs- sen. Zu der finanziellen Alimentierung gehören meiner Meinung nach zwingend Zu- schläge. Es geht gar nicht anders. In dem weiter wettbewerbsorientierten Markt kann ein Weiterzubildender meistens nur stören, weil er länger operiert und weil er schwieri- ger in den Ablauf zu integrieren ist und weil er nicht eigenständig unterschreiben kann; schließlich hat er kein Facharzniveau. Um der Situation, wie es Herr Flenker schon sagte, zu entgehen, bedarf es Strukturen und keiner Beliebigkeit. Für die Zukunft wird nur die strukturierte Weiterbildung von Bedeutung sein. Bis jetzt - Herr Gebhardt, da gebe ich Ihnen völlig Recht - gibt es keine Schwierigkeiten.

Herr Putin hat mal gesagt, er habe eine gelenkte Demokratie.

(Zuruf: Wer?)

- Herr Putin. Er ist jetzt nicht im Raum, aber er hat gesagt, dass es eine gelenkte De- mokratie gebe. Für mich ist wichtig, dass es eine klar strukturierte Wettbewerbssituation gibt. Insofern bin ich gegen einen freien Wettbewerb, der einen Konkurrenzkampf und Verdrängungswettbewerb schafft. Uns steht gar nicht so viel Geld zur Verfügung, dass wir Krankenhäuser oder Abteilungen vom Netz gehen lassen bzw. wieder anbinden können. Das müssen wir strukturieren. Das Handlungskonzept ist in diesem Gesetz hin- terlegt, und ich denke, wir schaffen das.

Dr. Georg Rüter (Franziskus Hospital Bielefeld): Ich wurde zu möglichen Auswirkungen im ländlichen Raum gefragt. In der Tat: Obwohl wir für mehr Markt im ländlichen Raum plädieren, können wir ein Ergebnis nicht - und schon gar nicht quantitativ - prog- nostizieren; das muss man seriöserweise sagen.

Wir können allenfalls gewisse Vergleiche mit bisherigen Regelungen ziehen, und das dürfen wir dabei nicht vergessen: Wir haben zum einen das DRG-System. Fakt ist ers- tens, dass die ländlichen Häuser - Sie wissen, wir kommen aus der ostwestfälischen kalten Heimat - tendenziell niedrigere Base Rates haben und demzufolge eher in eine positive Konvergenz marschieren. Zum anderen war die bisherige Bettenförderung nach § 25 KHG NRW stramm progressiv: 76 % mehr an Mitteln pro Bett für große Krankenhäuser als für kleine. Eine Tendenzaussage nutzte also eher den städtischen Strukturen als den ländlichen.

Zweitens. Wir hatten früher eine sogenannte Großgeräteförderung. Ich kann mich nicht erinnern, dass irgendwo in einem kleinen St.-Marien- oder St.-Joseph-Hospital ein Großgerät durch das Land gefördert worden ist. Also gehen auch hier Tendenzaussa- gen eher zulasten des Landes.

Drittens. Zur Einzelförderung glaube ich die empirische Studienlage so weit zu beherr- schen, dass auch diese eher in Richtung größere Krankenhäuser ging.

Summa summarum: Eine Pauschalierung wirkt gegenüber den bisherigen Strukturen eher entzerrend.

Völlig unbestritten, Herr Gebhardt, ist: Das sind eine Menge offene Fragen, die man sicherlich auch in Konvergenz- oder Übergangsphasen begleiten kann. Wir dürfen aber daran erinnern, dass die offenen Fragen heute noch viel gravierender sind. Warum man auf Platz zwölf der Hitliste nicht gefördert wurde, auf Platz elf aber sehr wohl, ist überhaupt nicht beantwortet, und das ist in der Tat - Herr Leßmann, da stimme ich Ihnen zu - verwaltungs- und verfassungsrechtlich eine ganz spannende Frage. An das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 14. Januar 2004 können wir anknüpfen.

Thomas Fritz (AOK Landesverband Westfalen-Lippe): Ich möchte gerne etwas zur Planungstiefe ausführen. Wir wollen natürlich nicht das, was Sie bislang betrieben haben, also diese fein ziselierten Teilgebietsabteilungen behalten. Das hat sehr viel Aufwand bedeutet und meistens nichts gebracht. Aber es geht zum Beispiel um kardiologische Strukturen. Dort kann eine ökonomische Rosinenpickerei stattfinden. Insofern muss man sich überlegen, wie man dieser Herr werden kann. Wie kann man verhindern, dass von zehn Abteilungen plötzlich alle zehn auch Kardiologie machen wollen? Die, die investiert haben und auch die Infrastruktur aufgebaut haben, werden dadurch bestraft, dass andere in den Markt eindringen und diesen im nächsten Jahr wieder verlassen, weil es dann vielleicht doch nicht so lukrativ ist. Was ist denn dann mit der Notfallversorgung? Diese muss sichergestellt sein. Was ist bzw. wer ist da, wenn etwas während des Eingriffs passiert? Viele kleinere und auch größere Krankenhäuser drängen ohne Kardiologie in den Bereich der interventionellen Kardiologie. Dies sollte man - nicht zu stark administrativ - regeln. Hier sollte man Strukturkriterien finden, um eine solche Versorgung sicherzustellen.

Herr Dr. Windhorst hat gerade auf drei Toraxchirurgien in einem Ort hingewiesen. Das kann doch keinen Sinn machen. Wir plädieren dafür, in diesem Bereich etwas zu finden. Natürlich wird es sehr schwierig sein, dies im Gesetz auszudrücken. Allerdings sollte man die Anlage dafür schaffen, um Strukturkriterien über die Rahmenvorgaben oder sonstige Vorgaben, die im Krankenhausplan zu regeln sind, zu finden.

Ich möchte noch kurz auf die Thematik des ländlichen Raums eingehen. Durch das Gesetz wird die Trägervielfalt aus unserer Sicht überhaupt nicht eingeschränkt. Es gibt für uns auch keine Ansätze, die erkennen lassen, dass die wohnortnahe Versorgung irgendwie in Mitleidenschaft gezogen werden könnte. Dies geschieht sicherlich nicht durch dieses Gesetz. Wir sind fest davon überzeugt, dass auch die wohnortnahe Versorgung beibehalten werden kann.

Zu § 6 KHG. Es steht in der Tat nicht drin, dass jährlich Krankenhaus- oder Investitionspläne aufzustellen sind. Von daher glaube ich, dass die Regelung im KHGG gedeckt und abgesichert ist.

Michael Süllwold (VdAK/AEV Landesvertretung NRW): Ich möchte auf die Erfüllung des Versorgungsauftrags im ländlichen Raum eingehen. Das ist sicherlich nicht nur eine Frage der pauschalen Fördermittel, sondern eine Frage der Betriebskostenfinanzierung dahin gehend, ob sich die Leistungserbringung für einen Krankenträger noch lohnt.

Das ist am Ende eine Frage der Qualität der Leistung für die Patienten, die dort erbracht wird. Deswegen stellt es sich bereits heute teilweise so dar, dass die qualifizierte fachärztliche Versorgung in die Großstädte hineingeht und dass der ländliche Raum die Basis- und Grundversorgung gerade noch sicherstellen kann. Die zentrale Frage wird sein, wie wir das künftig gestalten. Denn im zunehmenden Wettbewerb wird gerade der ländliche Raum - das vermute ich - noch mehr zusammenschrumpfen als bisher. Dann kommen Stichwort wie „Portalklinik“, „Kombiklinik“ etc. Das Land muss sich möglicherweise Gedanken darüber machen, ob es finanzielle Mittel bereitstellt, um den ländlichen Raum zu fördern, um im investiven Bereich die Versorgung sicherzustellen.

Ich stimme Herrn Romberg zu, der die Frage gestellt hat, welche Bedeutung Qualitätsberichte - es gibt unterschiedlichste, so zum Beispiel die gesetzlichen oder die der Krankenkassen - haben. Ich glaube nicht, dass Qualitätsberichte in der gegenwärtigen Form die Transparenz so weit herstellen können, wie die Patienten sie benötigen, um entscheiden zu können, in welches Krankenhaus sie gehen und wo eine qualitativ hochwertige Versorgung stattfindet.

Ich würde Herrn Prof. Flenker und Herrn Windhorst im Augenblick gerne zustimmen wollen, dass die gesetzliche Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die vom Bund vorgegeben ist, durchaus ein geeignetes Kriterium sein könnte, auch im Rahmen der Strukturkriterien auf Landesebene umgesetzt zu werden. Dazu ist sie allerdings im Moment noch nicht in der Lage, und wir dürfen nicht vergessen, dass zurzeit über die Qualitätssicherung der Bundesebene nur etwa 20 % des gesamten Krankenhausbereiches abgedeckt werden. Das heißt, 80 % sind in dieser Qualitätssicherung noch gar nicht enthalten. Wir brauchen also auf Landesebene - insoweit stimmen wir völlig überein - festgelegte Kriterien, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen. Dabei ist es mir egal, ob das zehn oder fünf Krankenhäuser machen. Sie müssen lediglich eine qualitativ hochwertige Leistung erbringen, und dazu sollte man Kriterien festlegen.

Dafür gibt es ein Gremium in Nordrhein-Westfalen, nämlich den Landesausschuss für Krankenhausplanung. Dieser Landesausausschuss für Krankenhausplanung sollte sich unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, der Ärztekammern und der Krankenkassen mit diesem Thema auseinandersetzen, um Kriterien festzulegen, die auch im Rahmen der örtlichen Vereinbarung verbindlich zu berücksichtigen sind. Die Verbände der Kostenträger in Nordrhein-Westfalen haben mittlerweile ihre Medizinischen Dienste mit diesem Thema betraut. Wir gehen im Vorgriff auf das neue Gesetz, das kommen wird, genau diese Frage an, um solche Kriterien zu entwickeln, die wir dann natürlich in die weitere Diskussion einbringen werden; wir befassen uns also bereits jetzt mit diesem Thema.

In einem Punkt möchte ich Ihnen widersprechen, Herr Gebhardt. Der Wettbewerb - so sehr wir ihn auch begrüßen - darf nicht dazu führen, dass der eine oder andere auch auf Krankenseite aus dem Wettbewerb womöglich ausscheiden wird. Oder es wird möglicherweise Fehlinvestitionen geben. Die Fehlinvestitionen dürfen aber nicht dazu führen, dass die Qualität der Leistungen für den Patienten schlechter wird.

Diese Gefahr besteht mit Sicherheit eindeutig im Bereich der diagnostischen Leistungen; Beispiele sind hier schon genannt worden. Herr Windhorst, Sie haben es angesprochen. Ich weiß nicht, ob Sie von Bielefeld gesprochen haben.

(Dr. Thomas Windhorst [Ärzttekammer Nordrhein/Ärzttekammer Westfalen-Lippe]: Nein! - Heiterkeit)

- Nein, natürlich nicht. Aber das Beispiel von drei Toraxchirurgien an einem Ort ist natürlich schlicht und ergreifend Blödsinn. Das darf eigentlich nicht sein. Wenn diese drei Häuser die Leistungen auf einem qualitativ hohen Level erbringen, dann sehe ich kein Problem.

Das sind aus meiner Sicht wichtige Punkte, die - das ist eine Aufforderung an Sie - von Ihnen als Parlamentariern in das weitere Verfahren eingebracht werden sollten. Der Landesausschuss für Krankenhausplanung sollte sich klar um diese Kriterien kümmern.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, wir beginnen nun mit der zweiten Runde. - Herr Klöss.

Dr. Thomas Klöss (Universitätsklinikum Halle): Ich möchte etwas zur Führungsstruktur und Betriebsleitung sagen.

Sie haben in § 35 KHG NRW eine dreigliedrige Betriebsleitung vorgeschrieben; das Krankenhausgestaltungsgesetz enthält nichts Derartiges. Lassen Sie mich kurz darlegen, was erforderlich ist: ein professionelles Management für Einkauf, Logistik, Geschäftsprozesse, Gebäudetechnik, Medizintechnik, Personal - das wurde ursprünglich „kaufmännischer Bereich“ genannt -, ein professionelles Management für Krankenhaus- und Klinikumsentwicklung, Strategie, Qualitätsmanagement, Gremien, Projektmanagement - dies ist vielerorts einem Arzt oder Medizingeschäftsführer übertragen -, ein professionelles Management für Patientenservice, Patientenprozesse, Pflege Themen. Die Pflege Themen zerfallen dann wieder in Fragen der Intensivtherapie, der Normalpflege, der Funktionsdienste. In großen Kliniken spielen Patiententransporte eine große Rolle. Üblicherweise ist dies einem Pflegedirektor übertragen. All das können Sie auch einem Medizinischen Geschäftsführer zuweisen, der das dann von einer „Stabsstelle Pflege“ aus machen lässt. Ich glaube, das wird dem Umgang mit der größten Berufsgruppe im Krankenhaus nicht gerecht, da Sie gleichzeitig in § 29 die Psychotherapeuten - diese machen eine viel kleinere Berufsgruppe aus - extra für solche Kliniken verankern.

Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: ein professionelles Management für IT, Case-Management, Forschungs- und Medizintechnik. Große Konzerne führen so etwas als „Chief Information Officer“. Bei Universitätskliniken kommt der Dekan für Forschung und Lehre hinzu.

Ich glaube, wie groß ein Vorstand ist und wie groß eine Geschäftsführung ist, ist nicht prioritär. Prioritär sind vielmehr Kompetenzregeln, gleichartige persönliche Verantwortung der geschäftsführenden Persönlichkeiten sowie Haftung, eine Vorsitzfunktion und qualifizierte Stimmrechte.

Wenn Sie dieser Empfehlung nicht folgen wollen, bitte ich Sie, die Verantwortung der Träger für eine adäquate ärztliche, pflegerische, kaufmännische und technische Organisation ihrer Krankenhäuser in Ihrem Gesetz festzuschreiben.

Dr. Herbert Blöchl (Kliniken der Stadt Köln gGmbH): Ich möchte mich auf zwei Sachen beschränken. - Erstens. Herr Leßmann hat schon ausgeführt, dass die kommunalen Krankenhäuser sehr wohl durch die geplante Änderung der Gemeindeordnung beeinträchtigt sein könnten. Ich bitte Sie daher, Ihre Aufmerksamkeit gezielt auf diesen Punkt zu lenken und eventuell die angedeuteten Lösungsmöglichkeiten zu berücksichtigen.

Das Zweite betrifft das, was ein früherer Bundeskanzler mal „Bimbos“ genannt hat. Es geht ums Geld. Herr Rüter hat es ausgeführt: Pauschalen sind nur dann gut, wenn sie hoch sind, und sie sind schlecht, wenn sie niedrig sind. Insofern wäre im Land Nordrhein-Westfalen jede Pauschale schlecht, weil die Pauschalen immer zu niedrig sind.

Aber die Pauschale hätte einen großen Vorteil. Denn sie kommt schnell und zielgerichtet dort an, wo sie hingehört. Wir haben jetzt in zeitlicher Hinsicht eine ganz spezielle Situation: Wir haben die sogenannte Konvergenzphase. Man muss sich fragen, wann Kliniken ihre Rationalisierungsinvestitionen vornehmen sollen, um am Markt effektiver wirtschaften zu können, wenn nicht jetzt. Denn in kurzer Zeit wird sich entscheiden, ob sie zu den Verlierern des Systems werden oder nicht.

Damit bin ich beim dritten Punkt. Dieses DRG-System als alleinige Grundlage zu nehmen, halte ich für nicht ausreichend. Ich habe schon in meiner Stellungnahme von einem lernenden System gesprochen; dies halte ich für extrem wichtig. Denn kein Mensch kennt zum jetzigen Zeitpunkt die Auswirkungen des DRG-Systems.

Lassen Sie mich Ihnen ein Beispiel geben: Die Pflege an den Krankenhäusern hat seit 1995 um 12 % abgenommen. Das ist ein langsam einsetzender Prozess, der durch die DRGs massiv beschleunigt worden ist. Das Resultat ist, dass alle Experten der Meinung sind, dass die psychosoziale Betreuung der Menschen gefährdet wird. Dies ist nicht nur durch die geringer gewordene Anzahl der in der Pflege Tätigen, sondern auch durch eine Änderung der Tätigkeit bedingt. Sie müssen viel mehr Dokumentation leisten.

Wenn Sie also die Finanzierung auch auf ein nicht die Realität abbildendes System wie die DRGs beschränken, können Sie einer Entwicklung, die Sie so nicht haben wollen, Vorschub leisten. Deshalb lautet meine Bitte: Unabhängig davon, ob Sie es Gutachten oder sonst wie nennen, müssen Sie ein Korrektiv einbauen, das in der Lage ist, ein System, das nicht die Wirklichkeit abbildet, zu korrigieren.

Hans-Peter Zimmermann (Klinikum Leverkusen gGmbH): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Um Wiederholungen zu vermeiden, möchte ich nur einen Aspekt unterstreichen: Was bedeutet Verlässlichkeit, Planungssicherheit für ein Unternehmen, das strategisch auf Jahre hinaus planen muss? Wir brauchen Verlässlichkeit insbesondere bei den Finanzierungssystemen und Übergangsbestimmungen. Wir können un-

möglich auf kurzfristige Umstellungen reagieren. Wir brauchen Verlässlichkeit bei Zusagen insbesondere zu Einzelförderungen.

Ansonsten kann man sich in den Finanzierungssystemen vieles vorstellen, und man kann sich auf vieles einstellen. Wir können allerdings nicht von heute auf morgen umstellen. Deshalb lautet die herzliche Bitte, auch bei den Übergangsbestimmungen die bisherigen Zusagen zu beherzigen.

Prof. Dr. Gustav Dobos (Kliniken Essen-Mitte): Ich möchte ein Statement zur Finanzierung der Investitionsförderung basierend auf dem Case-Mix-Index speziell unter Berücksichtigung von Modellvorhaben zum Beispiel im Bereich Naturheilkunde abgeben. Die Naturheilkunde in Kombination mit der konventionellen bewährten Medizin - auch „Schulmedizin“ genannt - wird seit über acht Jahren im Rahmen von zwei Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen qualitätsgesichert praktiziert. Eines läuft am Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität Bochum in Hattingen und eines am Akademischen Lehrkrankenhaus der Kliniken Essen-Mitte in Essen.

Das Projekt ist deutschlandweit einmalig. Es wurden bisher allein in Essen über 10.000 Patienten behandelt. Es wurde ein Lehrstuhl etabliert, finanziert von der Krupp-Stiftung. Die Besonderheiten der Naturheilkunde im Zusammenhang mit der Finanzierung sind folgende: Es werden Patienten behandelt, die konventionell aus unterschiedlichen Gründen nur unzufriedenstellend behandelt werden können. Da konzeptionell die sogenannten Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviert werden, ist die durchschnittliche Behandlungsdauer fünf Tage länger als die der konventionellen Behandlung. Die Naturheilkunde ist sehr personalintensiv und erfordert hohe Investitionskosten. Die Betriebskosten sind durch Zusatzentgelte möglich. Die Investitionsgüter sind dadurch nicht abgedeckt.

Eine Finanzierung auf Basis des Case-Mix-Index spiegelt die Leistungsfähigkeit nicht ausreichend wider. Ich halte es deswegen für sehr wichtig, dass die Förderung eines Hauses vor allem mit naturkundlichen Modellvorhaben nicht allein auf dem Case-Mix-Index basiert, sondern dass auch Zusatzentgelte mit berücksichtigt werden.

Prof. Dr. Ludger Pientka (Stiftung Katholisches Krankenhaus, Marienhospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum): Ich möchte gerne aus Sicht der Versorgungsforschung zu den §§ 10 bis 13 Stellung nehmen, in denen es um die Planung geht. Ich halte den Wechsel der Optik hinsichtlich der Begutachtung von Krankenhäusern aus Sicht des DRG-Systems für positiv. Insofern glaube ich, dass die Aufgabe von Planungssicherheiten hinsichtlich Schwerpunkt- und Teilgebieten korrekt ist. Wir wissen jedoch aus den Erkenntnissen der letzten Jahre, dass nicht jeder Arzt und nicht jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen sollte. Insofern kann ich mich Herrn Windhorst und Herrn Fritz anschließen: Wir müssen klare, transparente Kriterien finden, nach denen die Leistungsfähigkeit und die Leistungsaufgaben einzelner Krankenhäuser beurteilt werden.

Der Lenkungsausschuss, der um den ärztlichen Sachverstand der Ärztekammern positiv ergänzt worden ist, bietet das richtige Gremium. Ich wünsche mir, dass eine stärkere Verpflichtung dahin gehend eingegangen wird, dass die Kriterien, nach denen die Rah-

menvorgaben gemacht werden, zum Beispiel im OPS-System klarer gegliedert und transparenter gemacht werden. Dann können die regionalen Planungsdiskussionen mit gewissen Vorgaben, die dann auch den Versicherten und den Leistungsanspruchnehmern bekannt sind, geführt werden. Das DRG-System hat den Vorteil, dass es ein lernendes System ist, sodass jährliche Anpassungen vorgenommen werden können. Mein Wunsch ist, diesen Prozess der Definition von Rahmenvorgaben unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Versorgungsforschung strukturiert zu gestalten.

Mechthild Greive (Klinikum Dortmund gGmbH): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte mich zunächst einmal für die Einladung zu dieser Anhörung zum Entwurf für ein Krankenhausgestaltungsgesetz bedanken. Wegen der Irritationen über die Krankenhausförderung aufgrund der Pressemeldung von Herrn Minister Laumann aus der letzten Woche möchte ich mit einem geflügelten Wort beginnen, das Juristen gut bekannt ist. Es lautet: Ein Federstrich des Gesetzgebers macht ganze Bibliotheken zu Makulatur.

Wir befinden uns hier in Nordrhein-Westfalen in einer Phase, in der wir ein ganz besonderes Tempo erleben: Noch bevor der Gesetzentwurf in der Lage gewesen war, zum Gesetz zu werden, hat ihn ein Federstrich der Landesregierung zu Makulatur gemacht.

Ich möchte deshalb heute zu einer Kombination aus dem, was im Gesetzentwurf zu finden ist, und dem, was wir der Presse entnehmen konnten, in drei Punkten Stellung nehmen. Als Geschäftsführerin eines kommunalen Krankenhauses schließe ich mich den Stellungnahmen der kommunalen Spitzenverbände und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen an. Ich möchte Beispiele aus der Praxis für die Praxis geben. Das Klinikum Dortmund ist das größte Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen. Insofern dürfen Sie bei meinen Beispielen einiges an Erfahrungen voraussetzen.

Ich möchte erstens auf das, was in den §§ 10 bis 14 vorgesehen ist, also die neuen Strukturen der Krankenhausplanung, eingehen. Ich möchte das mit dem Satz „Mehr Vertrauen in die Landesregierung und in den Landesausschuss Krankenhausplanung“ überschreiben. Eigentlich macht gerade das, was die letzten Vorredner gesagt haben, Folgendes deutlich: Wir verschieben die Verantwortung für die Planungstiefe aus dem Gesetz auf das Ministerium und den Landesausschuss Krankenhausplanung. Das Wegfallen der Schwerpunktplanung im Gesetz bietet keine Gewähr dafür, dass es sie in Zukunft nicht mehr gibt. Sie wird vielmehr in den Rahmenempfehlungen vom Ministerium nach Anhörung des Landesausschusses Krankenhausplanung festgesetzt. Also: Den Konflikt - brauchen wir eine Planungstiefe bei den Teilgebieten und Schwerpunkten, oder verlassen wir uns auf den Wettbewerb? -, der hier immer wieder in den Wortmeldungen deutlich wird, verschieben wir in den Landesausschuss Krankenhausplanung, aber wir lösen ihn nicht mit dieser gesetzlichen Regelung. Darauf möchte ich hinweisen.

Wenn gerade das, was mein Vorredner ausgeführt hat, passieren soll, dass wir nämlich im Gesetz verlässliche Eckpunkte auch für die Qualität der Versorgung haben, dann müssen wir sie ins Gesetz schreiben. Dann dürfen wir dies nicht diesem Verhandlungsgremium überlassen. Das mag gesetzestechnisch die Lösung eines Problems sein, aber es ist meiner Meinung nach eher ein Formelkompromiss als eine wirkliche Lösung.

Die zweite Anmerkung zum Thema Krankenhausförderung möchte ich mit der Überschrift „Standortnachteil Nordrhein-Westfalen verschärfen“ versehen. Wir haben in Nordrhein-Westfalen einen Standortnachteil, weil wir eine extrem niedrige Landes-Base-Rate haben. Wir verschärfen diesen Standortnachteil jetzt, indem wir Pauschal-förderung und Einzelförderung wahrscheinlich zusammenführen; wir wissen es ja noch nicht ganz genau. Da das Ganze in Form einer Rechtsverordnung nach Kriterien, über die wir schon viel gehört haben - ich teile die kritischen Anmerkungen -, verteilt werden soll, müssen wir auch an dieser Stelle der Landesregierung vertrauen: dass sie dies im Rahmen einer Rechtsverordnung richtig verteilen wird.

Ich möchte an dieser Stelle etwas flapsig sagen: Einem Krankenhaus ist es im Grunde genommen egal, ob das Geld für die Investitionsförderung als Einzelförderung, als Fest-betrag oder als Baupauschale kommt. Mit Herrn Prof. Wasem möchte ich sagen: Es muss in der Investitionsplanung eines Unternehmens zwei Sicherheiten geben: Das Geld muss fließen, und es muss reichen. - Beides haben wir im Moment in Nordrhein-Westfalen nicht.

Ein Beispiel aus Dortmund: Allein bedingt durch Brandschutz- und Hygienevorschriften sind wir gezwungen gewesen, in den letzten Jahren massiv zu investieren. Das Klini-kum Dortmund mit einem Umsatzvolumen von 240 Millionen € jährlich hat in den letzten zehn Jahren 109 Millionen € in die Investitionsfinanzierung gesteckt. Davon waren 67 Millionen € Eigenmittel, also am Kapitalmarkt aufgenommenes Fremdkapital. Herr Augurzky, wir brauchen diese Baupauschale nicht unbedingt, um Geld am Kapitalmarkt zu besorgen. Wir haben knapp 20 Millionen € an Trägerzuschüssen bekommen. Das geht auch in kommunalen Krankenhäusern. Dafür braucht man keinen privaten Kran-kenhausträger zu haben. Wenn man eine verantwortungsvolle Kommune als Trägerin hat, dann geht das auch. Und wir haben 22 Millionen € an Landesförderung bekommen. Das sind 20 % unserer Investitionen, die in den vergangenen zehn Jahren durch die sogenannte Einzelförderung abgedeckt worden sind. Das waren gesetzlich vorge-schriebene Investitionen, meine Damen und Herren. Ich denke, die Zahlen sprechen für sich.

Als dritte und somit letzte Anmerkung möchte ich auf den § 107 GO eingehen, da Herr Henke nach Beispielen gefragt hat. Die Trägervielfalt beinhaltet nach den gesetzlichen Ausführungen auch die Trägerschaft in kommunaler Hand. Und - Herr Leßmann hat darauf hingewiesen - Kommunen und Gemeindeverbände sind Ausfallbürgen, wenn sich ein privater Träger nicht findet. So viel zum Thema „Privat vor Staat“! Außerdem haben die Kommunen eine Verdopplung der kommunalen Förderumlagerenerhöhung hin-nehmen müssen. Wo bleibt das Geld für die kommunalen Krankenhäuser?

Gleichzeitig werden im neuen § 107 die Fesseln für die kommunalen Krankenhäuser verschärft. Was würde das heißen, wenn man sie noch einmal verschärfen und die kommunale Privilegierung für Krankenhäuser aus dem jetzigen Formulierungsvorschlag für den § 107 der Gemeindeordnung herausnehmen würde? Ein Beispiel aus Dort-mund: Es gibt eine ganz kleine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 40 Betten, die seit über zwei Jahren einen neuen Träger sucht. Sie kommt aus privater Träger-schaft. Der private Träger möchte sie nicht weiter tragen. Es gibt zwei kommunale Trä-ger, in deren Portfolio diese Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ganz gut passen

würde. Wenn Sie diese Regelung in der Gemeindeordnung ändern würden, dann dürften diese kommunalen Träger dieses Krankenhaus nicht übernehmen, weil „Privat vor Staat“ gilt. Dann würde diese 40-Betten-Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter nach einem privaten oder freigemeinnützigen Träger suchen. Wir müssten abwarten, was passiert.

Ein weiteres Beispiel aus unserem eigenen Haus: Wir brauchen - ebenso wie private und freigemeinnützige Krankenhausträger - auch die Möglichkeit, im Servicebereich überregional zu kooperieren. Wir brauchen Einkaufsgemeinschaften. Wir brauchen möglicherweise gemeinsame Gebührenabrechnungsstellen. Wir brauchen gemeinsame Küchen. Wir brauchen gemeinsames Catering. Wir brauchen gemeinsame Versorgungsmöglichkeiten. Das Klinikum Dortmund muss die Möglichkeit behalten, sein eigenes Haus selber zu putzen, und zwar unabhängig davon, ob die Reinigung die Rechtsform einer Tochter-GmbH innehat oder weiterhin im Gesamtbetrieb verbleibt. Das müssen wir auch gemeinsam mit dem Klinikum Lüdenscheid oder mit dem Klinikum Kamen tun können; dies können private Krankenhäuser schließlich auch. Ansonsten können wir die Ausfallbürgschaft in kommunaler Trägerschaft nicht übernehmen.

Fazit: Krankenhäuser brauchen in Nordrhein-Westfalen eine Lobby.

Michael von Brederode (Landschaftsverband Rheinland): Erlauben Sie mir, dass ich den Gesetzentwurf anders als meine Vorredner durch die Brille zweier Fachbereiche, nämlich Psychiatrie/Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, betrachte. Sie werden sich sicherlich die Frage stellen, warum ich es fachbereichsbezogen angehe. Ich will die Antwort gleich vorweg geben: Die Situation der Psychiatrie unterscheidet sich in ihrer aktuellen Situation in ganz wesentlichen Aspekten von der Situation der Somatik, und in der Psychiatrie haben wir es mit einem besonderen Entwicklungsbedarf zu tun, der sich auch von dem Entwicklungsbedarf der Somatik unterscheidet. Lassen Sie mich hierzu einige Stichworte nennen.

Anders als die Somatik befindet sich die Psychiatrie immer noch unter altem Finanzierungsrecht der Bundespflegesatzverordnung. Das hat Rückwirkungen auf die Finanzkraft der Häuser und auf ihre Investitionskraft. Es hat aber auch Rückwirkungen auf zukünftige Verfahren der Verteilung von Fördermitteln, die sich an DRG-Modellen orientieren. Daraus resultiert, dass wir für die Psychiatrie immer Sondermodelle entwickeln müssen.

Viel wichtiger ist, dass wir in der Psychiatrie in der Mitte eines riesigen Reformvorhabens stehen, das noch nicht abgeschlossen ist. Noch immer ist das Postulat einer wohnortnahen Versorgung für Teile der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nicht umgesetzt. Noch immer ist unser Vorhaben, psychiatrische Versorgung zu ambulantisieren, sie in Tageskliniken stattfinden zu lassen, nicht in dem Maße umgesetzt, wie wir es uns wünschen würden.

Diese beiden Vorhaben sind mit einem besonderen Investitionsbedarf verbunden, der sich insofern auch für die Zukunft weiterhin stellen wird. Das hat Rückwirkungen auf zwei Regelungskreise des Gesetzentwurfes, nämlich auf die Regelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung. Zur Krankenhausplanung wird Frau Lubek gleich etwas sagen.

Erlauben Sie mir, dass ich kurz auf die Krankenhausfinanzierung eingehe. Da wir uns mit Blick auf die Einzelförderung zurzeit im Treibsand befinden, will ich gleich auf den § 21 zur pauschalen Förderung überspringen mit dem Resümee: Die geplante Änderung der pauschalen Förderung macht die Psychiatrie im Gesamten zu den Verlierern einer neuen Regelung. Wir verlieren in unseren Häusern etwa 14 bis 15 % der bisherigen Pauschalförderung. Das sind bei neun Häusern immerhin 1 Million € pro Jahr. Vor dem Hintergrund eines doch nach wie vor gewaltigen Investitionsbedarfs ist das eine Menge Geld, das wir sehr vermissen werden. Sie können sich vorstellen, dass wir die geplanten Neuregelungen zu den §§ 17 bis 20 - das betrifft die Einzelförderung - insofern mit großer Sorge betrachten.

Ich möchte mit dem Postulat schließen: Lassen Sie die Psychiatrie nicht zu den Verlierern gehören. Wir haben in dem Bereich schließlich noch Wichtiges zu leisten.

Ulrike Lubek (Landschaftsverband Rheinland): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Lassen Sie mich anders beginnen: das Krankenhausgestaltungsgesetz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. - Oder anders ausgedrückt: Was soll sich ändern? - Die Wirklichkeit. Was wird sich durch die beabsichtigten Normen, die die Wirklichkeit gestalten werden, ändern?

Zum Anspruch brauchen wir wohl nicht viel zu sagen. Wer sollte dem widersprechen, was letztlich als Zielsetzung im Gesetz formuliert ist? Auch ich werde dem selbstredend nicht widersprechen.

Was wird sich ändern? - Dazu werde ich Ihnen einmal die Perspektive einer Vertreterin psychiatrischer Fachkrankenhäuser, einmal die einer Lobbyistin für psychisch Kranke und einmal die einer Vertreterin kommunaler Krankenhäuser aufzeigen. Im Einzelnen möchte ich vier Punkte dazu ansprechen.

Erstens zu § 10 Abs. 2; dies betrifft die Streichung der Schwerpunktfestlegungen! Im Hinblick auf die notwendige Straffung des Planungsverfahrens, im Hinblick auf eine Konzentration auf regionale Planungsverfahren kann man eine ganze Menge daran finden. Jetzt beleuchten wir einmal die Wirklichkeit, wie wir sie in der Psychiatrie bedauerlicherweise schon seit 2005 erleben: Seit 2005 ringen wir - ich schaue jetzt auch zu den Kolleginnen und Kollegen auf Kassenseite - um quantitative Eckwerte der Planung in den Disziplinen, die uns betreffen. Patientengruppen mit schweren Störungsbildern schweben im leeren Raum und finden keine angemessenen Behandlungsstrukturen vor. Das Land - Frau Greive hat es gerade ausgeführt - ist nicht gewillt, letztlich seine planerische Verantwortung wahrzunehmen. Wir werden keine Schwerpunktfestlegungen haben. Wir brauchen aber Festlegungen dahin gehend, wer was zu entscheiden hat. Wenn es nicht das Land ist, dann muss es der Landesausschuss sein. Und wir brauchen dazu - das ist mehrfach von Herrn Fritz und Herrn Süllwold ausgeführt worden - klare Kriterien. Ich möchte an dieser Stelle zu diesem Punkt schließen.

Zweitens: Beschleunigung des Verfahrens. Insofern sind die Änderungen, die in § 12 Abs. 2 Satz 4 angedacht sind, prima. Hierzu ein Ausschnitt aus der Wirklichkeit, wie wir sie erlebt haben und wie sie - das befürchten wir - weiterhin aussehen wird: Von 20 Verfahren wurden bei uns sieben in den immerhin verbindlich vorgesehenen Fristen durchgeführt. Wenn ich mir vorstelle, dass die pflichtige Fristvorgabe nunmehr in eine Soll-

Bestimmung umgewandelt wird - jeder Jurist, jede Juristin weiß den Unterschied einzuschätzen -, dann vermag mich dieser Anspruch auf Beschleunigung nicht unbedingt zu überzeugen.

Drittens. Ich komme zur Wirklichkeit und zum Anspruch. Ich fange mit dem Anspruch einer angemessenen Versorgung für psychisch kranke Menschen an. In der Anhörung, die hier im Hause im Januar dazu stattgefunden hat, ist noch einmal sehr deutlich formuliert worden, dass die Zahl psychisch kranker Menschen steigt, dass wir innovative Versorgungsstrukturen und neue Finanzierungsstrategien brauchen. Wir begrüßen insofern letztlich auch die wettbewerblichen Steuerungselemente, wie sie in diesem Gesetz vorgesehen sind. Wir sehen dies aber auch vor dem Hintergrund, dass die Kommunen in steigendem Umfang zur Krankenhausfinanzierung verpflichtet sind. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf das hinweisen, was meine Vorredner von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und von den kommunalen Spitzenverbänden hinsichtlich der Notwendigkeit der Veränderung bzw. der Nichtveränderung des § 107 GO NW ausgeführt haben.

Last, not least komme ich zur Pauschalförderung. Der Anspruch besteht in der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Wie sieht es mit der Wirklichkeit aus? - Ich glaube, dazu ist heute bereits einiges beispielsweise von Herrn Prof. Wasem und Herrn Prof. Kaltenborn gesagt worden. Aus Sicht der Psychiatrie ist für diese Patientinnen- und Patientengruppe zu wenig Geld im System. Ich hoffe, bei Ihnen, sehr geehrte Abgeordnete, eine gewisse Nachdenklichkeit erzeugt zu haben.

Dr. Erich Theo Merholz (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte kurz und prägnant zu einigen wenigen Themen Stellung nehmen; das meiste ist gesagt.

Ich fände es als Krankenhauspraktiker sinnvoll, wenn die Hygienekommission und die Arzneimittelkommission im Gesetz enthalten blieben, da in Zeiten der Deregulierung Pflöcke eingeschlagen werden sollten, dass solche Institutionen, die zur Qualitätssicherung maßgeblich beitragen, einen entsprechenden Stellenwert haben. Dass aufgrund der üblichen und sonstigen Kriterien diese Kommission eh erhalten bleiben, ist anzunehmen und zu hoffen; aber ich würde mir wünschen, dass dies im Gesetz proklamiert würde.

Vor allem die Gleichheit dieser Anforderungen für alle Träger, die im alten Gesetz impliziert bzw. ausgedrückt ist, wäre auch im neuen Gesetz wünschenswert. Ich meine damit gerade die Hygienekommission.

Wir begrüßen natürlich auch, dass die Stellung des Leitenden Arztes in seiner Verantwortung für die medizinische Versorgung ohne Weisungsbindung im Gesetz ausdrücklich erhalten geblieben ist. Wir denken, dass dies ein guter Weg ist, um die Unabhängigkeit der medizinisch-ärztlichen Tätigkeit auch in der Zukunft zu sichern und zu dokumentieren.

Was wir weiterhin begrüßen, ist, dass die Ärztekammern in § 13 zu Verfahrensbeteiligten werden sollen. Denn die Ärztekammern können den Sachverstand der medizinisch-

ärztlichen Versorgung in allen Aspekten in der ganzen Breite ihrer Struktur sicherstellen.

Ich hoffe, dass meine Äußerungen einen gewissen Input darstellen, der möglicherweise Folgen hat.

Rolf Lübke (Marburger Bund NRW): Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir bedanken uns zunächst für die Gelegenheit, hier Stellung zu nehmen. Da ich Wiederholungen vermeiden möchte, werde ich mich auf Vertiefungen beschränken. Wir schließen uns im Wesentlichen den Stellungnahmen der beiden Ärztekammern sowie den Ergänzungen von Herrn Prof. Flenker an.

Vertiefen möchte ich die Frage des Wegfalls der Schwerpunktfestlegungen. Insoweit ist die verfahrenstechnische Anmerkung von Frau Greive völlig richtig: Wenn Sie wirklich darauf verzichten wollen - was richtig und sinnvoll ist -, dann müssen Sie darauf achten, dass Sie durch das Weglassen einer gesetzlichen Regelung kein Regelungsvakuum erzeugen. Dann müssen Sie auch festlegen, dass insoweit keine Festlegung stattfinden soll und dass es dann in der Entscheidung des Krankenhauses verbleibt. Denn jedenfalls zwischen dem Marburger Bund und den Kammern besteht Einigkeit darüber, dass das so sein soll. Das muss man allerdings ins Gesetz hineinschreiben, damit nicht von dritter Seite - Fälle kennen wir zur Genüge, beispielsweise zur Mindestmengenvorgabe auf zweifelhafter statistischer Datenlage - letztlich durch die Hintertür dieses Regelungsvakuum ausgefüllt wird und der eigentliche Zweck des Gesetzes konterkariert wird.

Hinsichtlich der Investitionsförderung haben wir als Marburger Bund - das ist der zweite Punkt, den ich ansprechen möchte - das bettenbezogene Prinzip schon immer kritisiert. Insoweit ist bei den pauschalen Fördermitteln die Umorientierung zu begrüßen. Wir haben sie mittlerweile in einer Vielzahl von Bundesländern zum Teil weit früher als in Nordrhein-Westfalen begleiten dürfen. Das ist der richtige Schritt in die richtige Richtung.

Die Überlegungen aus den letzten Tagen zu einer Baupauschale sind sicherlich hochinteressant. Sie müssen aber noch einmal nachgesteuert werden. Verlässlichkeit in diesem Zusammenhang ist wichtig, aber es darf keine zusätzlich eingesteuerte Hängematte geben. Man muss die Verlässlichkeit zunächst einmal definieren und darf nicht lediglich sagen: Auf der einen Seite wollen wir den Wettbewerb, aber auf der anderen Seite wollen wir keinen Wettbewerb, weil wir eine Verlässlichkeit einfordern, die uns das wirtschaftliche Risiko nimmt. - Verlässlichkeit darf nicht nach Gusto und Kassenlage erfolgen.

Herr Prof. Wasem, in einem Punkt muss ich Ihnen widersprechen: Wenn jetzt der Ruf nach der monistischen Finanzierung erhoben wird, dann kann ein Ersatz der Finanzierung nach Kassenlage durch einen Vorbehalt der Investition nach Krankenkassenlage, wie ihn sich viele Monistiker vorstellen, nicht die Lösung sein. Hier muss sicher auf die dualen Finanzressourcen zum einen der Beiträge und zum anderen der Steuerfinanzierung abgehoben werden, und es muss an den manipulativen Effekten - verzeihen Sie mir das, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete - durch den Parlamentsvorbehalt gearbeitet werden. Derjenige, der darüber politisch entscheidet, muss auch am Por-

tepee gepackt werden, und es muss öffentlich deutlich gemacht werden, was welche Entscheidung aus haushalterischer Sicht bedeutet. Insofern müsste man den Versuch starten, andere Anknüpfungspunkte und eine Selbstbindung des Parlaments zu erzeugen. Ich bin mal gespannt, welche Lösungsmöglichkeiten den Beteiligten einfallen. Man wird über diesen Punkt sicherlich noch reden müssen.

Hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung, die im Gesetz angesprochen ist, kann ich mich auf die Ausführungen der Kammern beziehen. Es wäre vielleicht aus Gründen der Nomenklatur noch sinnvoll, die Fortbildung ausdrücklich zu erwähnen. Denn auch diese ist mit abzudecken. Wir haben spezifische Definitionen im Bereich insbesondere der ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung. Beides findet statt. Daher bestehen auch aufgrund von bundesgesetzlichen Vorgaben diesbezüglich Regelungsbedürfnisse.

Die Qualitätssicherung einfach so aus dem Gesetz zu streichen, sehen wir als ein falsches Signal. Natürlich ist die Tatsache der Qualitätssicherung eine Selbstverständlichkeit. Wichtig erscheint uns, dass auch die Qualitätssicherung qualitätsgesichert stattfindet und nicht jeder Statistikhütchenspieler in der Lage ist, durch seinen eigenen Internetauftritt der staunenden Öffentlichkeit irgendwelche Effekte vorzugaukeln.

Ich habe mir mal die Mühe, aber auch die Freude gemacht, mir bestimmte Qualitätsberichte einzelner Krankenhäuser im Internet anzuschauen. Ich nenne Ihnen ein Beispiel: Aus einer Behandlungsquote von vier Fällen im Jahr hat man Resultate hinsichtlich der Überlebenschancen gezogen. Man hat festgestellt, dass in einem Jahr von den vier Patienten einer nicht überlebt hat. Man hat aber nicht einmal nachgeprüft, weshalb er das Jahr nicht überlebt hat. Dann posaunt man hinaus, dass die Sterblichkeit in diesem Krankenhaus bei diesem Eingriff auf 25 % reduziert worden ist.

Mit solchen Statistiken erzeugt man sicherlich keine Verbesserung des Informationsgrades, sondern lediglich lauten Krach mit statistisch zweifelhaften Hütchenspielertricks. Davor müssen der Patient und die Gesellschaft geschützt werden. Deshalb bedarf es gesetzlicher Vorgaben, nach welchen Prinzipien Qualitätssicherung zu erfolgen hat. Deshalb wünschen wir uns eine gesetzliche Festlegung.

Ludger Risse (BALK, Landesgruppe NRW): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich, dass ich als Vertreter der Pflege heute hier Gelegenheit habe, auch zu manchen Punkten des Krankenhausgestaltungsgesetzes Stellung zu nehmen; dies möchte ich im Wesentlichen auf zwei Paragraphen beschränken.

Erstens. § 13, „Beteiligung an der Krankenhausversorgung“, ist bereits mehrfach angesprochen worden. Hier rege ich an, dass man die Pflege nicht so ganz außer Acht lassen sollte. Denn man kann nicht ernsthaft denken, dass die etwa 150.000 Beschäftigten im Pflegedienst in den Krankenhäusern nicht an der Krankenhausversorgung beteiligt wären. Sie sollten mitentscheiden, wenn es um die Vergabe von Investitionsmitteln und dergleichen geht.

Uns bereitet allerdings der richtige Ansatz, die Kliniken von Bürokratie zu entlasten und ihnen mehr unternehmerische Freiheit einzuräumen, ein bisschen Sorge, weil dadurch ein äußerst wichtiger gesellschaftlicher Auftrag, nämlich die Versorgung schwerstkran-

ker Menschen in pflegerischer und medizinischer Hinsicht zu gewährleisten, ein wenig in Gefahr gerät, weil man die Struktur der Betriebsleitung zukünftig nicht mehr gesetzlich regeln, sondern freigeben will. Damit liefert man die Struktur der individuellen Entscheidungsfreiheit und den individuellen Argumenten, die ein Träger dafür hat, aus.

Es geht darum, dass auch der Gesetzgeber die Pflicht hat, die Versorgung in den Kliniken auf einem Qualitätsniveau zu sichern, das erforderlich ist. Die Pflege hat sich weiterentwickelt und ist gemeinsam mit den Partnern aus der Medizin und natürlich auch aus der Ökonomie längst zum Garant dafür geworden, dass die Patienten so versorgt werden, dass sie Therapie, Pflege und Diagnostik bewältigen können. Wir dürfen nicht vergessen - manchmal hat man den Eindruck, dass dieser Aspekt ein wenig untergeht -, dass wir nicht nur elektive Patienten in den Kliniken haben, die mit den Füßen entscheiden können, in welche Klinik sie gehen und dies nach Qualitätsaspekten beurteilen. Wir haben auch eine Großzahl von Patienten, die sich aus akuten Situationen heraus oder aufgrund ihres Schweregrades, ihres Alters, ihrer Multimorbidität überhaupt nicht mehr entscheiden können, wohin sie gehen. Und im Endeffekt können sie auch nicht beurteilen, wie gut die Qualität einer medizinischen und pflegerischen Versorgung ist. Für diese Menschen gilt es Qualität sicherzustellen. Qualität kann nur entstehen, wenn das Zusammenwirken der Berufsgruppen aus Pflege, Medizin und Ökonomie auch in der Krankenhausleitung entsprechend vertreten ist.

Natürlich kann man sagen, dass gute Krankenhäuser - das erleben wir auch - gut daran tun werden, diese drei Aspekte in der Krankenhausleitung beizubehalten, weil nur das auf Dauer erfolgversprechend ist. Es gibt aber nicht nur kluge Krankenhäuser, sondern auch Krankenhäuser, die andere Entscheidungskriterien haben. Das erleben wir tagaus, tagein. Wir sehen große Probleme, wenn die Pflege an der Stelle nicht kompetent vertreten ist. Beispielsweise haben wir bei der internen Verteilung der Personalbudgets - Einsparmöglichkeiten haben wir zur Genüge erlebt - auch in letzter Zeit gesehen, dass Pflege einen ganz wesentlichen Beitrag dazu geleistet hat. Wir haben das Pflegepersonal um 19 % reduziert, und zwar ohne dass es zu größeren öffentlichkeitswirksamen Pflegeskandalen gekommen ist. Zu vielen kleinen ist es dennoch gekommen; aber das hat eine Personengruppe getroffen, die nicht die entsprechende Lobby und die Möglichkeit hat, das zu artikulieren. Es ist der ältere, der gebrechliche und der - vielleicht sogar - demente Mensch, der aufgrund eines akuten Geschehens in der Klinik medizinisch und pflegerisch versorgt werden muss.

Wir sind durchaus der Ansicht, dass man manche Regelung entbehren kann. Wir sind der Ansicht, dass eine gut aufgestellte Betriebsleitung nicht zwingend eine Hygienekommission oder Arzneimittelkommission benötigt. Denn die Praxis zeigt, dass es in der Arzneimittelkommission um den Einkauf und Arzneimittelpreise geht. Da geht es nicht unbedingt um Versorgungsqualität. Das geht auch ohne gesetzliche Regelung. Wenn der Gesetzgeber die Pflicht ernst nimmt, eine Versorgung insbesondere für die Patienten, die einen hohen Pflegebedarf aufzeigen, gewährleisten zu können, und wenn der Gesetzgeber sieht, dass Pflege ein unverzichtbarer Bestandteil ist - Pflege ist schließlich die medizinische Berufsgruppe, die auch im Qualitätsmanagement fachübergreifend handelt und denkt, und daher ist sie an den Klinikleitungen beteiligt -, dann kommen wir um eine entsprechende Regelung nicht umhin. Und dafür würden wir uns mit Nachdruck einsetzen.

René Bostelaar (Netzwerk Pflegedirektoren): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren Abgeordnete! Wir begrüßen den Entwurf zum Krankenhausgestaltungsgesetz. Wir haben heute sehr viel über Finanzierung geredet. Geld ist für Krankenhäuser wichtig. Ohne Geld gibt es keine Patientenversorgung. Dafür braucht es aber eine gute Geschäftsführung; das ist uns klar. Gerade hier haben wir große Bedenken mit dem Wegfall des § 35. Hier macht der Gesetzgeber einen Schritt, der Beliebigkeit dahin gehend bringt, wie die Betriebsleitung der Krankenhäuser gerade in schwierigen Situationen und vor dem Hintergrund der schwierigen Arbeit, die auf uns zukommt, zu besetzen ist.

Mit Ihrem Gesetzentwurf wäre legalisiert, dass in Nordrhein-Westfalen Krankenhäuser künftig zum Beispiel einen Facility-Ingenieur als alleinige Krankenhausleitung den Versorgungsauftrag erfüllen ließen. Wir glauben nicht, dass das der richtige Weg ist. Vor allen Dingen fehlt bislang eine Begründung dafür, dass die Betriebsleitung aus Arzt, Kaufmann und Pflegemanager überqualifiziert oder anderweitig überholt wäre; das zeigt auch die jetzige Situation.

Die Festschreibung der Mindestqualifikation des Leitungsgremiums ist auch keine Detailregelung, die der Gesetzgeber zukünftig zu Recht nicht mehr treffen möchte, sondern aus unserer Sicht eine Grundsatzregelung.

Wir halten es für falsch, eine Betriebsführung per se als bürokratisches Hemmnis zu betrachten. Eine Betriebsführung mit drei verknüpften Kernkompetenzen - Kaufmann, Arzt, Pflegemanager - ist ein zentraler Qualitätsgarant nicht nur heute, sondern auch in Zukunft. Das gilt nicht nur aus ökonomischer Sicht, sondern auch aus Patientensicht. Ohne die jeweils anderen Kompetenzträger ist mit einseitigen und zum Teil gefährlichen Entscheidungen zu rechnen. Das haben wir in Nordrhein-Westfalen beispielsweise im Krankenhaus Wegberg sehr gut sehen können. Dort hat die Pflege am Ende eingegriffen.

Ein verkleinertes und berufshomogenisiertes Entscheidungsgremium reduziert nachweisbar die Entscheidungsgüte des Gremiums. Betriebswirtschaftlich begründete Betriebsinteressen sind wichtig für die Existenz der Krankenhäuser, dürfen den Versorgungsauftrag aber nicht beliebig dominieren.

Herr Risse hat es schon gesagt: In den letzten zehn Jahren sind ungefähr 14.000 Pflegestellen in Nordrhein-Westfalen verschwunden. Das hat sicherlich auch mit den Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern zu tun: kürzere Verweildauer, mehr sektorenübergreifende Versorgung.

Wenn die Leitung allerdings beliebig wird, dann ist Pflegemanagement oft das erste Opfer. Der immense betriebswirtschaftliche Beitrag des Pflegemanagements wird hierbei völlig ignoriert. Immerhin sind wir für 30 % der DRG-relevanten Betriebsergebnisse zuständig. Wenn das Pflegemanagement nicht mehr in der Betriebsführung vertreten wäre, würde es führungslos vor sich hindümpeln und könnte nicht präzise angesteuert werden. Allein in meinem Bereich - ich arbeite im Vorstand der Uniklinik Köln - sind es 68 Millionen €, die aus Steuergeldern und Krankenkassenbeiträgen finanziert werden.

Neue gesundheitsökonomische Aufgaben könnten von einem führungslosen Pflegedienst nicht angepackt werden. Wir haben in den letzten Jahren gezeigt, dass wir der

intensive Motor für Veränderungen in den Krankenhäusern gewesen sind. Wir stehen als Pflegedienst dafür auch in Zukunft zur Verfügung.

Wir haben uns professionalisiert. Wir haben uns akademisiert. All diese Dinge sind vom Gesetzgeber, von der Politik und von den Kassenhasträgern vorangetrieben worden. Dies würde im Moment des Wegfalls des Pflegemanagements aus der Betriebsleitung einen enormen Rückschritt für die Bürgerinnen und Bürger des Landes darstellen. Und vor allem im Hinblick auf die demografische Entwicklung halte ich das für eine kurzfristige falsche Entscheidung. Sie ist nicht visionsgezeichnet, wie wir uns gerne geben.

Dr. Ulrike Wirges (Deutsche Stiftung Organtransplantation, Organisationszentrale Region NRW): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Deutsche Stiftung Organtransplantation - auch vertreten durch den Vorstand - bedankt sich ausdrücklich für die erstmalige Aufnahme der postmortalen Organspende in ein Gesetz des Landes Nordrhein-Westfalen; diese ist zwingend erforderlich.

Wir stimmen allerdings auch in vollem Umfang den Ausführungen von Herrn Prof. Kaltenborn zu, dass die derzeitige im Entwurf gefundene Formulierung bei Weitem nicht das wiedergibt, was erreicht werden soll, und darüber hinaus im Wesentlichen auch im Bundestransplantationsgesetz geregelt ist. Von daher wünschen wir uns gemäß unserer Eingabe - vor allen Dingen angepasst an die kritische und unterversorgte Situation in Nordrhein-Westfalen -, dass es möglichst in einem eigenen Paragraphen - das wäre unserer Meinung nach § 8 - zur Einführung eines Transplantationsbeauftragten kommt.

Warum ist dies wichtig? Die Transplantationsbeauftragten können mit uns - dies sehen wir bereits in anderen Ländern - effektiv die Organspende einleiten und umsetzen und damit bei 2.600 nichtversorgten Patienten allein in Nordrhein-Westfalen Abhilfe schaffen.

Dieser Transplantationsbeauftragte sollte sich unserer Auffassung nach im Gesetz als weisungsunabhängig wiederfinden. Das heißt, er soll ausschließlich der Sache dienen. Das ist eine Wunschvorstellung, die vielleicht Ihre Zustimmung findet. Er soll natürlich über Fort- und Weiterbildung verfügen können und damit die Unterstützung seiner Krankenhausleitung erfahren. Er soll auch in der Lage sein, mit uns Verfahrensanweisungen für die Organspende zu erarbeiten, die individuell auf das Haus, in dem er tätig ist, abgestimmt sind.

Um aus dem Meer der Spekulationen zu entschwenden, ist es wichtig, dass wir in Nordrhein-Westfalen endlich eine exakte Dokumentation und Analyse der Daten haben. Wir stellen immer Vermutungen an, was möglich ist. Allerdings können wir ohne regelmäßige und strukturierte Rückmeldungen aus den Krankenhäusern bei verschiedenen Nichtbeteiligungen nur spekulieren. Das sollte unserer Meinung nach aufhören. Wir bitten daher alle Verantwortlichen ausdrücklich, diese Chance mit diesem Gesetz zu nutzen.

Ulrich Boltz (Bundesverband der Organtransplantierten e. V.): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir danken für die Einladung, in dieser öffentlichen Anhörung unser Anliegen vorzutragen.

Als Vertreter des Bundesverbandes der Organtransplantierten beschränkt sich mein Statement auf § 7 Abs. 1 Satz 4 des Gesetzentwurfes über die Zusammenarbeit von Koordinierungsstelle, also DSO, und Krankenhäusern mit Intensiv- und Beatmungsbetten.

Wir bedauern sehr, dass die Landesregierung auch mit diesem Gesetzentwurf der Zusammenarbeit mit der Organspende wenig Bedeutung beimisst. Weder Grundausrichtung noch Zielsetzung von § 7 Abs. 1 Satz 4 des Gesetzentwurfes bezüglich der Organspende sind für uns erkennbar.

Ergänzend zu den zwischenzeitlich vorgetragenen verfassungsrechtlichen Bedenken, die ich im Übrigen teile, bleibt für uns offen, wie die Koordinierungsstelle eine verbindliche Vereinbarung mit den Krankenhäusern unterschiedlichster Struktur gestalten soll. Es müssten danach Vereinbarungen mit Vertretern der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser, den Trägern der kirchlichen und der privat geführten Krankenhäuser getroffen werden. Es ist aus meiner Sicht völlig abwegig, davon auszugehen, dass die DSO mit jedem dieser Zusammenschlüsse Einzelverträge abschließen kann, um eine Verbesserung der Situation der Organspende in Nordrhein-Westfalen herbeizuführen.

Mit der vorgesehenen Gesetzesregelung wird in Nordrhein-Westfalen die Meldung zur Entnahme von Organen zur Organspende nicht verbessert werden können. Dies wäre aber mit der Einsetzung von Transplantationsbeauftragten in Krankenhäusern mit Intensivbetten, wie es in zahlreichen Bundesländern praktiziert wird, sicherlich zu erreichen. Die Transplantationsbeauftragten müssten allerdings chefarztungebunden ihrer Aufgabe nachgehen können, um potenzielle Organspender an die Koordinierungsstelle zu melden. Dass diese Vorgehensweise zu einer Verbesserung der Situation der Organspende auch in Nordrhein-Westfalen führen würde, ist jahrelang statistischen Auswertungen der Koordinierungsstelle zu entnehmen. Mit dieser unzureichenden Gesetzesinitiative wird Nordrhein-Westfalen weiter zu den Bundesländern mit der geringsten Quote an Organspendern gehören.

Ich bitte Sie, im Interesse schwerstkranker Menschen, die dringend auf ein Spenderorgan warten, eine pragmatischere Lösung zu finden, damit auch Nordrhein-Westfalen der gesellschaftsübergreifenden Gemeinschaftsaufgabe Organspende gerecht wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich möchte anmerken, dass sich alle Fraktionen des Ausschusses darauf verständigt haben, in dieser Frage eine gemeinsam getragene Veränderung in den Gesetzentwurf einzubauen. Also, wir werden noch zu Veränderungen gegenüber dem vorliegenden Gesetzentwurf kommen.

Dr. Bernd Tenbenschel (ver.di NRW): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich will es etwas pointiert und nicht zu lang versuchen. Als Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft haben wir eine umfassende Stellungnahme vorgelegt. Ich möchte meine Ausführungen

rungen auf Punkte beschränken, die noch nicht genannt wurden, und die grundsätzliche Einschätzung kurz vortragen.

Zum Positiven! Wir finden es richtig, dass die Pauschalfinanzierung vom Bett gelöst und auf die Fallzahlen bezogen wird. Ich denke, das geht in die richtige Richtung. Allerdings - darüber ist heute bereits diskutiert worden - berücksichtigt die Regelung im jetzigen Gesetzentwurf in keiner Weise die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen der einzelnen Häuser. Ich will dazu jetzt nicht mehr sagen, zumal dazu schon viel gesagt und vorgeschlagen worden ist.

Zur Planung! Das Ziel besteht doch darin - ich denke, darin sind sich alle einig -, eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung in Nordrhein-Westfalen sicherzustellen. Aber der vorliegende Gesetzentwurf ist ein Rückzug versorgungspolitischer Entscheidungen. Also: Politische Gestaltung wird zur Restgröße, nämlich da, wo der Markt in der Fläche angeblich nicht mehr funktioniert. Das ist problematisch und wurde schon von Frau Greive aus Dortmund thematisiert. Es geht bei politischen Entscheidungsprozessen nicht nur um die Versorgung in der Fläche; diese ist sicherlich wichtig. Wo soll allerdings über gesundheitspolitische Schwerpunkte entschieden werden, wenn diese mit in die Regionalplanung einbezogen werden? Und dann soll auch noch diese Regionalplanung um 50 % zeitlich verkürzt und zudem mit der Schwerpunktplanung überfrachtet werden. Ich frage mich, wie das funktionieren soll. Das ist uns nicht klar. In diesem Punkt sollte daher die alte Regelung beibehalten werden. Die Schwerpunktplanung gehört in den Landtag und nicht in Ausschüsse.

Die Orientierung am Markt, die Deregulierung und auch die stärkere Verantwortung des Krankenhausmanagements als Unternehmer auf dem Gesundheitsmarkt - ich sage es mal etwas zugespitzt - haben dazu geführt, dass das Personal die Lasten trägt. Wir haben eine starke Belastung vor allen Dingen des nichtärztlichen Personals. Das ärztliche Personal ist zwar auch belastet, aber es hat zahlenmäßig zugenommen. Die Beschäftigtenzahl aller anderen Gruppen hat deutlich abgenommen; bei der Pflege sind es minus 20 %. Es ist zwar noch nicht zu gravierenden Unterversorgungen gekommen, aber die Belastung des Pflegepersonals ist enorm gestiegen. Das führt auch zu Ausfällen in der Versorgung. Das heißt, die Versorgung ist durch die Marktorientierung und Ökonomisierung schlechter geworden. Die Belastung des Personals ist gestiegen. Das führt zu einer Erhöhung der Krankheitsquote und zieht viele andere Dinge nach sich. Die Leute sollen heute bis 67 arbeiten. Wer heute im Krankenhaus auf einer Pflegestation oder in anderen Bereichen arbeitet, der fragt sich, wie das gehen soll. Das heißt, es muss mehr Geld - und vor allen Dingen gezielt - ins System.

Wir denken, dass gerade das Konzept der regionalen Planung sinnvoll ist. Aber es müsste geöffnet werden. Andere regionale Akteure müssten stärker mit einbezogen werden. Was im jetzigen KHG noch der Fall ist, dass bei der Überleitung der Soziale Dienst die Aufgabe hat, die Ergebnisse der regionalen Gesundheitskonferenz in andere Versorgungsstationen mit einfließen zu lassen, ist völlig entfallen. Das ist eine Schließung und keine Öffnung dessen, was vor Ort regionalbezogen entschieden wird. Das heißt, es fließt nicht mehr ein. Das muss aber erhalten bleiben. Denn sonst ist es eine Abschottung gerade gegenüber der regionalen Versorgung.

Des Weiteren halten wir es gerade unter dem Gesichtspunkt der Reduzierung insbesondere des Pflegepersonals für nicht sinnvoll, dass das Verbot der Einführung von Privatstationen vollständig entfällt. Das sollte beibehalten werden. Denn sonst könnte gerade die enorme Verknappung von Pflegeressourcen dazu führen - darauf gibt es auch gute Hinweise, und das ist auch die Begründung im alten Krankenhausgesetz -, dass die Patienten dieser Stationen mehr Zuwendung und Pflege bekommen. Das wären die „besseren“ Patienten, an denen man mehr verdienen würde. Das sollte weiterhin ausgeschlossen werden.

Ganz wichtig ist uns, dass gesundheitspolitische Zielsetzungen auch politisch entschieden und nicht dem Markt überlassen werden. Denn der wird es nicht richten, sondern die Belastung des Personals weiter steigen lassen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, wir sind am Ende der Vorträge der Sachverständigen. - Es liegen Wortmeldungen von Abgeordneten vor.

Oskar Burkert (CDU): Ich habe Fragen an Herrn Windhorst und Herrn Gebhardt. Wir haben gerade die Ausführungen von Frau Dr. Wirges zur Organspende gehört. Sehen Sie das auch so wie Frau Dr. Wirges?

Rudolf Henke (CDU): Das Thema „Mehr Geld ins System“ hat hier eine große Rolle gespielt. Wir können nur einen Teil davon im Land regeln, weil die wettbewerblichen Anreize seit vielen Jahren durch die Einführung des DRG-Systems zu einem großen Teil über die Bundesebene vorgegeben werden. Dieses preisliche System ist eine Innovation, die auf der Bundesebene gekommen ist. Natürlich wäre eine Verbesserung der Finanzlage möglich, wenn wir zu einer bundeseinheitlichen Base Rate kämen. Das hielten wir für richtig. Sie wäre möglich, wenn wir zu einer Aufhebung des Sonderabzugs in dem Bundesgesetz für die Krankenhäuser 2007 kämen. Dies hielten wir für richtig. Dies war ein wichtiger Punkt der Kritik aus Nordrhein-Westfalen sowohl auf der Ministerebene als auch auf der Ebene der Koalitionsfraktionen an diesem Gesetz. Unter anderem deswegen hat es keine Zustimmung Nordrhein-Westfalens zu dem Gesetz gegeben.

Es ist ein wichtiger Schritt, die pauschale Förderung von der Bettenstütze auf den Case Mix umzustellen. Der Case Mix ist mindestens besser als diese Bettenstütze. Wenn jemandem noch etwas Perfekteres einfällt, dann möge er sich bitte äußern. Ob das über ein Gutachten zu erzeugen sein wird, werden wir sehen.

(Rainer Schmeltzer [SPD]: Stellt er keine Fragen? - Gerda Kieninger [SPD]: Herr Vorsitzender, wir haben nur noch 20 Minuten!)

Die Baupauschale statt Einzelförderung ist als Konsequenz besser, weil sie die einflussreichen Netzwerke begrenzt und stattdessen die Häuser in gerechter Weise auf gleiche Weise beteiligen kann.

Zu einem Punkt - ich wurde von Frau Greive dazu angeregt - möchte ich etwas wissen. Wie ist das denn mit der Eigenkapitalausstattung der Häuser? Ich habe wiederholt gehört, dass Häuser zum Teil in Liquiditätsprobleme geraten, weil es eine Verlagerung des dem Träger gehörenden Krankenhauses auf Betriebsgesellschaften oder ähnliche

Strukturen gibt, mit denen man sich als Träger die Eigenkapitalbasis verringert, indem dann plötzlich eine andere Gesellschaft das Krankenhausgebäude betreibt. Ist das ein Problem? Wir reden ja über Investitionsfinanzierung. Wir wollen, dass die Investitionen den Patienten - in gleicher Weise privaten wie Kassenpatienten - zugute kommen, und wir wollen nicht, dass ausgegründete Trägergesellschaften in Konkurrenz zu den Trägern treten und dass sich Kreditierungsprobleme aufbauen. Frau Greive hat davon gesprochen, dass sie gar keine Baupauschale braucht. Ich bin hoch erstaunt.

(Norbert Killewald [SPD]: Das haben Sie völlig falsch verstanden!)

- Nein, sie hat eben gesagt: Wir brauchen...

(Rainer Schmeltzer [SPD]: Unabhängig davon, dass Sie keine Fragen stellen, interpretieren Sie es auch noch falsch!)

- Nein, sie hat gesagt: Wir brauchen, um etwas zu finanzieren...

(Gerda Kieninger [SPD]: Stellen Sie einfach eine Frage!)

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Greive wird gleich Gelegenheit haben, darauf zu antworten.

Rudolf Henke (CDU): Ich würde gerne von Frau Greive wissen, wie es mit der Eigenkapitalbasis ist. Und etwas Ähnliches dazu würde ich gerne von Herrn Zimmermann hören. Ich würde gerne von Herrn Gebhardt hören, ob es in diesem Bereich irgendwelche Probleme damit gibt, dass die Identitäten des Eigentümers des Krankenhauses und die des Trägers unter Umständen auseinander fallen.

(Gerda Kieninger [SPD]: Die Experten haben zehn Minuten und Herr Henke 20!)

Barbara Steffens (GRÜNE): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Bostelaar und an diejenigen, die sich berufen fühlen, diese zu beantworten. Sie haben klar benannt, warum es notwendig ist, dass die Pflege weiterhin im Vorstand eine Rolle spielt. Ist Ihnen irgendetwas bekannt, warum die Pflege in dem Gesetzentwurf herausgenommen worden ist? Bisher ist mir nicht ersichtlich, warum man die Pflege herausnimmt. Denn in der Vergangenheit hat es nie Probleme damit gegeben. In vielen Häusern hat es vielmehr zu positiven Ergebnissen geführt. Gibt es einen Grund dafür?

(Rudolf Henke [CDU]: Es wird ja nicht verboten!)

- Herr Henke, Sie sind jetzt nicht dran. Ich finde, Sie haben sich heute schon genug geäußert. Sie können sich melden, aber nicht dazwischenreden, wenn ich gerade spreche.

Also, ich möchte wissen, warum sie herausgenommen wird.

(Rudolf Henke [CDU]: Es wird keiner herausgenommen!)

Denn ich halte sie an dieser Stelle für nach wie vor notwendig.

Meine zweite Frage zielt in Richtung Transplantationsbeauftragter; diese richtet sich auch an die Krankenhäuser. Ich erachte es nach wie vor als ein sehr großes Problem der Häuser an, dass die Entscheidung darüber, ob jemand Organspender ist oder nicht, erst in der Notfallsituation getroffen wird. Wäre es aus Ihrer Sicht nicht der entscheidende Punkt, diese Entscheidung aus der Notfallsituation herauszuholen und vorzulagern, damit dies schon zum Zeitpunkt des Betretens eines Krankenhauses klar und entschieden ist?

Mit Blick auf den Ländervergleich kann ich sagen, dass die Einführung eines Transplantationsbeauftragten nicht signifikant zu einer Verbesserung geführt hat. Aus meiner Sicht würde das überhaupt nichts ändern. Insofern würde eine solche Vorverlagerung nicht viel mehr bedeuten, aber für die Krankenhäuser viel mehr Entlastung bringen.

Letzter Punkt! Herr Dobos hat gerade die Probleme von bestimmten Disziplinen wie beispielsweise der Naturheilkunde angesprochen. Bestände aus Ihrer Sicht eine Möglichkeit darin, Herr Dobos, mit einem solchen Gutachten, das gefordert wurde, solche Fragen wie die einer anderen Bewertung mit zu klären? Oder haben Sie irgendwelche Antworten parat oder könnten Sie sich welche vorstellen, wie man solchen anderen Finanzierungsnotwendigkeiten an der Stelle gerecht werden könnte?

Heike Gebhard (SPD): Herr Vorsitzender, ich werde nicht die gesundheitspolitischen Vorstellungen der SPD darstellen - das können wir bei der Auswertung dieser Anhörung machen -, sondern konkrete Fragen stellen.

Hier ist von vielen dargestellt worden, dass die Transparenz bei der Aufstellung von Kriterien, wie geplant werden soll, notwendig ist. Frau Greive hat darauf hingewiesen, dass mit diesem Gesetzentwurf eigentlich nahe gelegt wird, die Transparenz verschwinden zu lassen, weil sie nicht mehr im Parlament stattfindet und damit öffentlich ist, sondern gegebenenfalls im Ausschuss stattfindet. Sie äußert daher gewisse Sorgen. Meine Frage an alle Beteiligten: Wäre es sinnvoll, dass - es sind genügend Beispiele dafür genannt worden, wo es Schwierigkeiten bei den Teilgebieten gibt und wo Konkurrenzsituationen entstehen, die keiner will - man prinzipiell zwar keine Planung mehr macht, dass man aber bestimmte Fächer - die Kardiologie ist genannt worden - abschließend auflistet und diese tatsächlich im Gesetz verankert? Könnten Sie sich damit anfreunden? Das ist sicherlich ein spezielles Problem, das nicht alle Häuser betrifft. Wenn es aber eine solche Sondersituation gibt, müsste diese auch irgendwo abgebildet sein und dürfte nicht dem Zufall überlassen bleiben. Könnten wir diese Situation mit aufnehmen?

Ein Punkt ist heute noch gar nicht angesprochen worden; hier richte ich mich insbesondere an die Leitenden Ärzte, an die Pflegedirektoren und an die Krankenhausleitungen generell: Wie stellen wir zukünftig sicher, dass es eine vernünftige Überleitung der Patientinnen und Patienten gibt, wenn sie entlassen werden? Mein Eindruck ist, dass wir einerseits eine zunehmend älter werdende Patientenschaft haben, die nicht mehr so selbstständig wie früher und ohne Angehörige in der Lage ist, das für sich selbst zu regeln. Zum anderen wird diese Patientenschaft viel früher entlassen als in der Vergangenheit. Das heißt, es ist viel mehr Nachsorge erforderlich. Wie stellen wir das vernünftig sicher? Das ist weitgehend aus dem Gesetz herausgenommen worden. Unter dem Kostendruck, unter dem die Krankenhäuser stehen, wäre es nicht ganz abwegig, zu

vermuten, dass die Krankenhäuser dies nicht als ihren Job ansehen, weil sie vom Gesetz nicht dazu verpflichtet werden. Müssten wir an der Stelle nicht präzisere Vorgaben haben?

Die Pflegedirektoren und auch Herr Merholz haben sich in eindeutiger Weise zur Leitung von Krankenhäusern geäußert. Spricht aus Ihrer Sicht irgendetwas dagegen, dieses verpflichtend beizubehalten?

Ursula Monheim (CDU): Ich habe eine Frage zum Bereich der Organspende. - Ich habe mit Erstaunen bzw. Verwunderung in der schriftlichen Stellungnahme von Herrn Boltz gelesen - Sie haben das hier auch mündlich wiederholt -, dass Sie die im Gesetz angedeutete Koordinierungsleistung mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation in Zweifel ziehen. Frau Dr. Wirges, Sie haben schon in der Vergangenheit Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern auf diesem Gebiet gemacht. Halten Sie es für möglich und sinnvoll, diese Koordination auch landesweit mit den entsprechenden Krankenhäusern, die hier definiert sind, aufzubauen und durchzuführen?

Uns beschäftigen hier schon seit Langem - der Vorsitzende hat auch darauf hingewiesen, dass wir an diesem Thema fraktionsübergreifend weiterarbeiten werden - die geringen Organspenderzahlen in Nordrhein-Westfalen. Wenn ich richtig informiert bin, haben diese Zahlen allerdings in den letzten zwei oder drei Monaten deutlich zugenommen. Können Sie einen Hinweis geben, worauf das zurückzuführen ist?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir kommen nun zur Antwortrunde. - Wir beginnen mit dem Themenkomplex Organtransplantation.

Dr. Ulrike Wirges (Deutsche Stiftung Organtransplantation, Organisationszentrale Region NRW): Ich kann Ihnen sagen, dass wir personaltechnisch die Koordinierungsstelle deutlich aufgestockt haben. Wir sind in der Lage, mit unseren Mitarbeitern 339 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu betreuen und zu versorgen; auf jeden Mitarbeiter kommen somit 30 Krankenhäuser.

Ich bin mir sicher, dass die Einlassung des Bundesverbandes der Organtransplantierten falsch verstanden worden ist. Soweit ich weiß, haben wir keine Probleme in der Zusammenarbeit oder Differenzen dahin gehend, dass die Koordinierungsarbeit vom BDO infrage gestellt wird oder der Kritik preisgegeben ist. Das müsste man noch einmal nachfragen.

Die Leistung in der Betreuung der Krankenhäuser ist zu erbringen. Wir haben ein umfangreiches Service- und Unterstützungsangebot für die Krankenhäuser zusammengefasst. Dieses stellen wir den Krankenhäusern eigentlich jederzeit, 24 Stunden am Tag zur Verfügung. Die Krankenhäuser sind in keiner Weise mit der Umsetzung einer Organspende allein gelassen.

Zu den geringen Organspenderzahlen! Den Tiefstand in Nordrhein-Westfalen gab es in 2004. Wir hatten damals 8,6 Organspender und realisierte Organspenden auf 1 Million Einwohner. Inzwischen haben wir uns über 25%- und 10%-Steigerungen auf bis zu 12,0 Organspender auf 1 Million Einwohner hochgearbeitet. Das ist zwar ein kleiner Er-

folg, aber gemessen an den Wartezeiten, die wir in Nordrhein-Westfalen haben, bei Weitem nicht ausreichend. Nordrhein-Westfalen macht als eines von 16 Bundesländern mit 2.600 Patienten fast ein Viertel aller Patienten auf der Warteliste aus.

Die Transplantationsbeauftragten können uns bei dieser Aufgabenstellung deutlich helfen, damit es nicht wie zurzeit häufig dazu kommt, dass wir in Krankenhäusern für die jeweiligen Teilbereiche von der einen Verantwortlichkeit in die nächste durchgereicht werden. Wir möchten gerne einen festen Ansprechpartner haben und denken, dass wir so eine Struktursicherheit finden und der ganzen Sache weiterhin zum Erfolg verhelfen.

Ulrich Boltz (Bundesverband der Organtransplantierten e. V.): Mir ist nicht bewusst, dass ich die DSO in irgendeiner Weise angegriffen oder kritisiert habe. Ich habe es als Ergänzung verstanden wissen wollen, dass der Transplantationsbeauftragte eingesetzt wird. Es ist meiner Meinung nach wie vor so, dass die DSO keineswegs mit jedem Krankenhaus zusammenarbeitet. Vonseiten der Krankenhäuser ist diese Zusammenarbeit nicht immer erwünscht. Wenn wir allerdings einen Transplantationsbeauftragten im Krankenhaus haben, dann haben wir automatisch in jedem Krankenhaus einen Ansprechpartner für die DSO. Das war die Intention.

Dr. Thomas Windhorst (Ärzttekammer Nordrhein/Ärzttekammer Westfalen-Lippe): Ich finde es gut, dass das Thema noch einmal auf diesem Wege angesprochen wird. Ich war froh, als ich den § 7 Abs. 1 las, welcher einen Regulationsvorschlag zu einer verpflichtenden Maßnahme, die im Bundesgesetz geregelt ist, enthält. Es ist Pflicht, einen Transplantationsbeauftragten bzw. einen Ansprechpartner in einem Krankenhaus zu haben. Das ist nicht der Beliebigkeit unterstellt; das ist klar. Und der Bezug in diesem Landesgesetz auf § 12 TPG ist meiner Meinung nach ein guter Hinweis. Denn wir alle wissen - Frau Howe hat es gesagt -, dass der Transplantationsbeauftragte nicht das Allheilmittel ist. Er erleichtert der DSO die Ablauforganisation und ist insofern ein wichtiger Partner im Krankenhaus, wie auch immer er eingesetzt wird.

Es gibt allerdings auch Krankenhäuser, die keinen Transplantationsbeauftragten haben und trotzdem spenden. Es gibt natürlich auch dort unterschiedliche Auffassungen über diese Verpflichtung. Viele Leute machen es lieber freiwillig. Ich denke an ein Krankenhaus in Bielefeld mit acht oder neun Spenden. Die machen es freiwillig, weil ihre Unternehmensphilosophie da hingehört. Frau Howe sagt, es wäre schöner, wenn man es aus dem Krankenhaus herausnähme. Das wäre schön.

Die BZgA, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, hat bereits fünfmal 60 Millionen Ausweise gedruckt, aber trotzdem haben nur 12 % der Bevölkerung diesen Ausweis. Es ist nicht monokausal. Man kann mit dem Transplantationsbeauftragten die Ablauforganisation unterstützen. Ich weiß nicht, ob man noch einen Riesenparagrafenteil erstellen muss. Wenn es aber einen fraktionsübergreifenden Entschluss gibt, dann ist das ein deutliches Signal. Wenn man den als solchen implementieren und veröffentlichen kann, dann ist es ein ganz wichtiges Signal. Das würde ich gerne in die Diskussion in den Krankenhäusern - beispielsweise mit der DSO, mit der wir gut zusammenarbeiten - hineinbringen.

Ich kann nur sagen: Auf allen Gebieten müssen alle Register gezogen werden - ob nun mit oder ohne Transplantationsbeauftragten. Wichtig ist, dass wir die Krankenhausgesellschaft noch stärker mitnehmen. Wir müssen etwas zusammen machen.

Es wurde die Frage gestellt, ob man nicht ein paar Schwerpunkte katalogisieren sollte. Früher war es so, dass die Herzchirurgie und die Verbrennungszentren unter den Teilgebietsdarstellungen aufgelistet worden sind. Ich glaube, wir wollten nicht in diese Zeit zurückfallen. Wir kriegen es mit morbiditätsorientierten Daten hin. Man kann Daten aus der Vergangenheit aggregieren und hochrechnen, wie wahrscheinlich es ist, dass Hüftprothesen in einer Region gebraucht werden. Dann muss man sehen, ob man drei, vier, fünf oder zehn Zentren nimmt. Dort ein Regulativ zu schaffen, macht für mich den Wettbewerb aus, der etwas gedrosselt ist und etwas reguliert bzw. strukturiert wird. Wir sollten den Mut haben - das wurde schon an anderer Stelle gesagt -, diese Gestaltungsfreiheit durchzuleben - allerdings nicht als Vabanquespiel.

Eine Steuerung werden wir brauchen. Dafür sind wir da. Datenmaterial haben wir, um morbiditätsorientierte Daten zu aggregieren. Die Führungstrias - ich bin selbst Chefarzt im Krankenhaus - erachte ich als sehr wichtig. Wenn man einen großen Personalstand wie in der Pflege hat, dann muss man diese Corporate Identity auch in der Führungsposition wiederfinden, und man muss wissen, dass der Mensch, der die Pflege vertritt, auch innerhalb der Führungstrias die Pflege vertritt und Verantwortung trägt. Für mich ist klar, dass man sich innerhalb eines Krankenhauses absprechen muss. Die Ökonomie macht manchmal flotte Galoppsprünge. Diese können nur von den Beteiligten, die am Patienten und nicht patientenfern tätig sind, dosiert und gesteuert werden. Wir sollten es so hinnehmen und es nicht den Sparmaßnahmen opfern und sagen, dass es dann eine Stelle weniger in dem Bereich ist.

Karsten Gebhardt (KGNW): Erstens zur Transplantation! Lieber Herr Windhorst, seit 2005 macht die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen acht regionale Motivationsveranstaltungen und arbeitet mit dem Ministerium in der Steuerungsgruppe zusammen. Sie arbeitet auch mit der Stiftung intensiv zusammen. Also: Wir sind in der vordersten Linie und versuchen, das Thema zu transportieren.

Zweitens. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sperrt sich überhaupt nicht gegen einen Transplantationsbeauftragten. Wir möchten nur darauf hinweisen: Bitte glauben Sie nicht, dass Sie damit das Thema erledigt haben. Denn das Thema ist sehr vielschichtig. Es wurde eine Untersuchung zu Transplantationen in Deutschland gemacht. Diese zeigt keine Signifikanz auf, dass die Zahlen in den einzelnen Bundesländern in direktem Zusammenhang mit einem Transplantationsbeauftragten stehen. Das ist nicht nachweisbar. Wir wissen aus derselben Untersuchung, dass Nordrhein-Westfalen eine besondere Struktur in der Krankenhausversorgung hat. Wir haben nämlich unterdurchschnittlich viele Abteilungen von Neurochirurgien, und wir haben unterdurchschnittlich viele Krankenhäuser der Maximalversorgung. Diese beiden Faktoren wirken sich aus.

Herr Windhorst, Sie meinen das eine Krankenhaus in Bielefeld mit relativ vielen...

(Dr. Thomas Windhorst [Ärztekammer Nordrhein/Ärztekammer Westfalen-Lippe]: Die kennen Sie auch!)

- Ja, wir haben eine Neurochirurgie. Das ist eben häufig ein direkter Zusammenhang; auch dieser ist nicht monokausal.

(Dr. Thomas Windhorst [Ärztekammer Nordrhein/Ärztekammer Westfalen-Lippe]: Nein!)

Drittens. Wir müssen in der Öffentlichkeit mehr für Organspende werben, und zwar gezielt und kontinuierlich. Denn die Frage wird positiv beantwortet, wenn sie vor dem Betreten des Krankenhauses oder vor der Eingliederung in das Krankbett gelöst ist.

Also, wenn Sie eine Regelung treffen, dann bitte ich Sie, damit nicht das Thema zu erledigen. Das Thema, Menschen dafür zu gewinnen, sich für eine Organspende zur Verfügung zu stellen, muss weiterhin aufgegriffen werden. Dafür müssen Sie sich einsetzen, und das ist altersunabhängig. Das können Sie mit 62 - wie ich - oder mit 65 oder 70 machen. Dafür braucht es eine breite Unterstützung in der Bevölkerung. Also, wir wehren uns nicht dagegen, aber wir weisen darauf hin, dass es ein Problem sein könnte. Wenn Sie es allerdings hineinschreiben und sagen: „Da kommen zusätzliche Aufgaben“, dann müssen Sie auch einen Hinweis darauf geben, wer diese bezahlen soll.

Bedenken Sie bitte auch, was in anderen Ländern gemacht wurde: Krankenhäuser, bei denen die Wahrscheinlichkeit niedrig ist, dass Patienten zu einer Organtransplantation kommen, müssen in einem bestimmten Verfahren von dieser Verpflichtung freigestellt werden. Es macht keinen Sinn, dies bei allen Krankenhäusern in allen Regionen unabhängig von der Größe und Disziplinenstruktur zu veranlassen. Andere Länder haben Sonderregelungen. Auf Antrag kann man davon freigestellt werden. Das ist meiner Meinung nach vernünftig.

Zum Eigenkapital! Wenn ich die duale Finanzierung richtig verstanden habe, dann ist das System so aufgebaut, dass in einem Krankenhaus in Deutschland die Finanzierung der Betriebskosten über die Kostenträger erfolgt und dass die Finanzierung der Investitionskosten nach dem Gesetz über das Land erfolgt. Sie brauchen dann Eigenkapital in der Größenordnung, dass Sie eine Gesellschaft - ich greife jetzt eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts auf - einigermaßen führen können. Sonst haben Sie Sonderposten. Das sind die Fördermittel. Leider ist die Kollegin von der Wirtschaftsprüfung nicht mehr da. Das sind dann eigenkapitalähnliche Positionen, Herr Garbrecht, die wie Eigenkapital behandelt werden. Damit besteht für den Fall, dass man aus der Versorgung ausscheidet, eine bedingte Rückzahlungsverpflichtung.

Eigenkapital ist bei einem Krankenhaus der dualen Finanzierung - die beiden Herren von den Universitäten können mir vielleicht helfen - eigentlich ein Thema. Eigenkapital ist ein Riesenthema, wenn Sie die Finanzierung umstellen. Wenn Sie die Fördermittel umstellen und es anders machen, dann bekommen Sie ein riesiges Thema. Und das muss gelöst werden, bevor man es macht. Sie müssen zuerst sagen, wie Sie diese Themenbereiche lösen wollen. Ich habe vorhin darauf hingewiesen: Wir haben nichts dagegen, aber diese Fragen müssen sauber geklärt werden.

Mechthild Greive (Klinikum Dortmund gGmbH): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Zum Eigenkapital habe ich den grundsätzlichen Ausführungen von Herrn Gebhardt natürlich nichts hinzuzufügen. Ich möchte es allerdings auf die Dortmunder

Situation herunterbrechen, um das Missverständnis zwischen Herrn Henke und mir aufzuklären.

Die duale Krankenhausfinanzierung hätte bei Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung bedeutet, dass die 109 Millionen € Investitionen der letzten zehn Jahre im Klinikum Dortmund zu 100 % aus Landesmitteln finanziert worden wären. Landesmittel standen aber nur zu 20 % zur Verfügung. Die anderen 80 % mussten am Kapitalmarkt aufgenommen oder durch den Träger finanziert werden. Und das waren keine spaßigen Investitionen zur Verbesserung der Hotel- und Servicequalität, sondern sie dienten gesetzlich verpflichtende Informationen zum Beispiel wegen geänderter Hygiene- und Brandschutzvorschriften.

Aus der Not geboren haben wir also diese Finanzierungsform gewählt. Sie belastet unsere jährliche Bilanz im Moment mit Zinsen und Abschreibungen in Höhe von 6 Millionen €. Das entspricht ungefähr der Höhe unseres strukturellen Defizits, Herr Henke. Wenn das nicht unser strukturelles Defizit wäre, dann müssten die Krankenkassenvertreter jetzt unter der Decke hängen, weil dies der Einstieg in die monistische Krankenhausfinanzierung wäre und die Dortmunder Investitionen aus Krankenkassenbeiträgen finanziert worden wären.

Zu den Fragen von Frau Gebhard, welche die Auflistung von Fächern betreffen! Mein Petitum geht wie das von Herrn Windhorst nicht so sehr in die Richtung, Fächer aufzulisten, sondern Kriterien transparent zu machen. Herr Windhorst hat ein Kriterium genannt, das man vielleicht dem Landesausschuss mit auf den Weg geben könnte: Das ist die Morbidität.

Andere Kriterien sind hier von den Krankenkassen genannt worden. Da ist die Investitionslastigkeit bestimmter Fächer. Herzkathedermessplatz, Stroke Units und Perinatalzentren sind sehr investivteure Fächer.

Ich füge hinzu, dass auch die Qualität ein Kriterium sein muss. Beispielsweise gibt es bei den Perinatalzentren und der Frühgeborenenmedizin nachweislich einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität. Auch das könnte eines der Kriterien sein. Diese Liste beinhaltet nur das, was mir gerade einfällt, und ist insofern sicherlich nicht abschließend.

Zu Ihren Fragen zu den Organisationsvorschriften, Frau Gebhard, die Sie im Hinblick auf die Überleitung und auch auf die Leitungsfunktion gestellt haben. - Wir haben uns mit der KGNW darauf verständigt, möglichst wenig an Organisationsvorgaben für Krankenhausunternehmen zu machen. Dies bedeutet aber nicht, dass uns diese Organisationsvorgaben im Binnenverhältnis in Unternehmen wichtig sind. Ich habe deshalb in meiner Stellungnahme geschrieben, wir würden niemals auf die Betriebsleitung verzichten. Denn wir brauchen genau dieses interdisziplinäre Handeln im Krankenhaus. Ob wir dazu eine gesetzliche Regelung brauchen, ist eine andere Frage.

Ähnliches gilt für die Überleitung. Es ist im Land möglicherweise noch nicht so breit durchgesickert, wie sehr man eine Überleitung braucht. Für Dortmund kann ich sagen, dass sich die Dortmunder Gesundheitskonferenz sehr intensiv mit dem Thema beschäftigt. Auch die Stadt selber als Leitung der Gesundheitskonferenz legt sehr viel Wert dar-

auf, dass es eine saubere Überleitung zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gibt und dass diese auch standardisiert dokumentiert wird.

Prof. Dr. Gustav Dobos (Kliniken Essen-Mitte): Ich möchte auf die Fragen von Frau Steffens und Frau Gebhard eingehen. Ich habe auf die Problematik hingewiesen, die bei einer Finanzierung besonders personalintensiver Einrichtungen basierend auf dem Case-Mix-Index speziell für den Bereich Naturheilkunde entsteht. Es ist ein Bereich mit einem relativ niedrigen Case-Mix-Index. In diesem Bereich spiegelt der Case-Mix-Index nicht die Leistungsfähigkeit einer Einrichtung wider; das gilt in modifizierter Form auch für andere Bereiche wie zum Beispiel die Psychiatrie oder die Palliativmedizin.

Mögliche Lösungen sind die Bewertung der Investitionsförderung nicht allein basierend auf dem Case-Mix-Index, sondern auch basierend auf Zusatz- bzw. Sonderentgelten. Alternativ könnte eine spezielle Regelung zum Beispiel bei Modellvorhaben angedacht werden, um die längere Verweildauer mit zu berücksichtigen.

Eine exakte Bewertung im Rahmen eines Gutachtens halte ich in jedem Fall für sinnvoll.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, es konnten leider nicht alle Fragen beantwortet werden, da wir in eine zeitliche Enge gerieten.

Ich danke allen, die an der heutigen Anhörung teilgenommen haben, für ihre Beiträge. Das Protokoll wird gefertigt und Ihnen zugesandt. Über das weitere politische Verfahren werden Sie sicherlich nicht nur über Briefe aus Düsseldorf, sondern auch über die Medien informiert.

Ich danke Ihnen und schließe die Sitzung.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

hoe/03.09.2007/07.09.2007

245