

le Aufgabenstellung vorsieht, sondern auch eine objektive anonyme Korrektur, wie sie das im Ausland – zum Beispiel in Finnland und anderswo – haben. Es gibt keine Korrekturmammutbehörde. Wir schicken aber die Kölner Klausuren mit einer Matrikelnummer versehen nach Gelsenkirchen und umgekehrt. So haben wir eine wortgleiche Aufgabenstellung, aber natürlich in der Mehrzahl der Fälle immer noch die individuelle Leistungszumessung. Es gibt ein Korrekturschema, und wir haben mehr Vergleichbarkeit. Der Schritt geht in die richtige Richtung.

Frau Schäfer, Sie müssen auch berücksichtigen, dass die reinen Klausuren der Zentralprüfungen, die in dieser Woche geschrieben werden, nur ein Teil – und zwar den kleineren – der Gesamtnote ausmachen. In der Mehrzahl werden Leistungen über einen Zeitraum von zwei Jahren bewertet. Dabei gehen auch mündliche Noten ein.

Aus dem erfolgreichen Verlauf der ersten landesweiten Abiturprüfungen – den wir uns alle wünschen – die Schlussfolgerung zu ziehen, eine 1:1-Identität der Leistungsergebnisse sei hergestellt, ist nicht richtig. Weil mir – ich beantworte in diesem Teil noch die Fragen von Frau Schäfer – an einer ausführlichen Antwort sehr gelegen ist, Frau Ministerin a. D. Schäfer, möchte ich einen Hinweis geben, den Sie mitberücksichtigen müssen, wenn Sie nach der Leistungsfähigkeit von Systemen fragen: Was sagt BIJU dazu? BIJU hat interessante Ergebnisse zutage gefördert: Bereits nach zwei Jahren, also zu Beginn der siebten Klasse, haben Realschüler gegenüber Gesamtschülern einen Leistungsvorsprung von einem Schuljahr in den Kernfächern Englisch und Mathematik.

Am Ende der Jahrgangsstufe 10 liegt das Niveau der Gesamtschülerweiterungsklassen, die auf das Abitur vorbereiten sollen, weit unter dem Niveau von Realschulklassen.

Im Vergleich zwischen gleich begabten Real- und Gesamtschülern liegt der Wissensvorsprung der Realschüler im Fach Mathematik bei etwa zwei Jahren und der der Gymnasiasten sogar bei drei Jahren.

Das gibt – von Wissenschaftlern ermittelt – insgesamt ein etwas vollständigeres Bild. Ich referiere nur das, was die Wissenschaft an Erkenntnissen liefert.

Zum Schluss erlaube ich mir, umgekehrt eine Frage an Sie zu stellen, die Sie jetzt vielleicht technisch nicht beantworten können, aber über die Sie nachdenken können:

Vizepräsident Oliver Keymis: Jetzt ist Ihre Redezeit aber schon zu Ende.

Ralf Witzel (FDP): Ihre Fraktionsvorsitzende hat in den letzten Wochen mit viel Verve dafür plädiert, dass wir zu der einen Schule für alle kommen. Daher frage ich Sie: Warum praktiziert sie das nicht in eigener Angelegenheit, sondern meldet ihr eigenes Kind am Gymnasium an?

(Beifall von FDP und CDU)

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Herr Witzel. – Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht mehr. Damit sind wir am Ende der Beratung zu diesem Tagesordnungspunkt.

Wir kommen zur Abstimmung. Der Ältestenrat empfiehlt die **Überweisung** des **Antrags** der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen **Drucksache 14/4022** an den **Ausschuss für Schule und Weiterbildung** – federführend – sowie an den **Ausschuss für Kommunalpolitik und Verwaltungsstrukturereform**. Die abschließende Beratung und Abstimmung soll im federführenden Ausschuss in öffentlicher Sitzung erfolgen. Wer ist für diese Überweisung? – Wer ist dagegen? – Wer Enthalt sich? – Somit wird dieser Überweisungsempfehlung einstimmig gefolgt.

Wir kommen zu:

9 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/3958

erste Lesung

Zur Einbringung des Gesetzentwurfes erteile ich vonseiten der Landesregierung Herrn Minister Laumann das Wort.

Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Mit dem Regierungsentwurf des Krankenhausgestaltungsgesetzes liegt eines der wichtigsten Vorhaben des Gesundheitsministeriums in dieser Legislaturperiode vor Ihnen. Entsprechend intensiv war der Vorlauf bei der Vorbereitung der konkreten Formulierung und der Abstimmung unter den wichtigsten Beteiligten.

Mit dem neuen Krankenhausgestaltungsgesetz wollen wir gestalten und Freiraum geben und keine bürokratischen Regelwerke schaffen. Damit leben wir in der Gesundheitspolitik ein Stück Sub-

sidiarität. Das Land gibt den Rahmen vor. Die konkrete Gestaltung wird von den Krankenhäusern sowie den Krankenkassen als Kostenträgern vorgenommen.

Wie ist die aktuelle Situation? – Detaillierte Vorgaben engen den Handlungsspielraum von Krankenhäusern und Krankenkassen ein. Eine bis ins Einzelne gehende Krankenhausplanung behindert den Wettbewerb. Sie steht aktiven, planerisch und wirtschaftlich gestaltenden Maßnahmen der Leistungserbringer und Kostenträger entgegen. Bürokratische Hemmnisse stehen konzeptionellen, zukunftsweisenden Ideen im Wege. Das wollen wir ändern.

Die Gestaltungsfreiheit der Krankenhausträger soll durch flexible Regelungen ausgeweitet werden. Auf Detailregelungen soll weitestgehend verzichtet werden. Im Gegensatz zum bislang geltenden Landeskrankenhausrecht wird Selbstverständliches entfallen. Unter Berücksichtigung der Organisationshoheit der Krankenhausträger sollen engmaschige Vorgaben auf ein Minimum reduziert und sogar gänzlich aufgegeben werden.

Darüber hinaus sollen einzelne Regelungen konsequent gestrafft und auf wesentliche Regelungsinhalte zurückgeführt werden. Beispielhaft möchte ich hierfür die Streichung der Vorgaben betreffend Leitung und Organisation sowie die Streichung des Verbotes von Parallelvorhaltungen anführen. Damit ist nicht das Signal verbunden, notwendige Aufgaben zu streichen. Vielmehr sind Aufgaben wie etwa die Arzneimittelkommissionen fest etabliert. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser sie eigenverantwortlich weiterführen. Teilweise sind sie bereits an anderer Stelle, zum Beispiel die Qualitätssicherung im SGB V, geregelt, und es erübrigt sich der deklaratorische Hinweis im Landesrecht.

Das Krankenhausplanungsverfahren mit seinem bisher dreistufigen Aufbau aus Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalem Planungskonzept soll gestrafft werden. Künftig wird es keine Schwerpunktplanung mehr geben. Wir setzen nur noch einen Rahmen. Abstimmungen, wie sich eine Region am besten aufstellt, können die betroffenen Krankenhäuser zusammen mit den Krankenkassen als Kostenträger schneller und effektiver vornehmen, als das heute der Fall ist. Die Verhandlungspartner erhalten damit mehr Kompetenz und Verantwortung.

Es wird somit auch keine Detailplanung des Landes bis zum letzten Bett eines Krankenhauses mehr geben. Das Land wird nur noch die Versorgung in großen medizinischen Gebieten planen.

Eine Planung von Teildisziplinen wird künftig nicht mehr erfolgen. Mit dem neuen Gesetz lassen wir einen kontrollierten Wettbewerb in der Krankenhauslandschaft zu, wobei uns allen klar ist: Die Daseinsvorsorge und der Zugang der Bürger zu wohnortnahen Kliniken vertragen keinen unkontrollierten Verdrängungswettbewerb. Die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung und Investitionsförderung muss daher weiterhin beim Land verbleiben.

Die engen haushaltsrechtlichen Spielräume verlangen neue und intelligente Finanzierungsverfahren. Das Landeskrankenhausrecht ist für Anreize zu wirtschaftlichem, sparsamem und effektivem Verhalten zu öffnen. Dem negativen Anreiz zur Beibehaltung von Bettenkapazitäten, die nicht mehr benötigt werden, soll durch eine geänderte pauschale Förderung begegnet werden; leistungsbezogene Anreize werden gefördert.

Das Gesetz soll eine Verordnungsermächtigung zur Festsetzung der Pauschalen und der dazu erforderlichen Bemessungskriterien enthalten. Falschen Anreizen kann somit verfahrenstechnisch leichter entgegengewirkt werden. Andererseits ist durch eine Ordnungsregelung die notwendige Verlässlichkeit der laufenden Finanzierung für die Krankenhäuser gewährleistet.

Dabei ist aus meiner Sicht eines völlig klar: Betten dürfen zukünftig nicht mehr der Maßstab der Vergabe von Landesmitteln sein. Mir begegnet immer wieder der Vorwurf, Nordrhein-Westfalen habe zu viele Krankenhäuser, zu viele Krankenhausbetten und damit natürlich auch mehr Krankenhaussfälle als andere Länder. Trotz gut gemeinter Regelungen im heutigen Gesetz, die einen Anreiz zum Abbau von Betten darstellen, sind diese über weite Strecken wirkungslos geblieben und stoßen inzwischen an ihre Grenzen.

Inhaltlich will ich damit an den sogenannten CMI-Tarif anknüpfen, der die Abkehr vom Planbett als Vollzugsgröße vollzieht. Mit der Loslösung vom Planbett als Berechnungsgrundlage und der Bindung an Leistungen und wirtschaftliche Ergebnisse sollen Leistungsfähigkeit und gute Organisation der Krankenhäuser belohnt werden. Künftig sollen sich die Pauschalen nach der tatsächlichen Leistung richten und knüpfen dabei an bis zu drei Maßstäben an.

Erstens: Fallwertpauschalen. Für die Leistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten abgerechnet werden, sind die nach dem Schweregrad bewerteten Krankenhaussfälle zugleich Maßstab der Krankenhauspauschale.

Zweitens: Budgetpauschalen. Für andere Leistungen erhalten die Krankenhäuser einen Zuschlag auf die entsprechenden Entgelte, und zwar in Höhe von 2 % bzw. bis zur Höhe von 2,5 %.

Drittens: Ausbildungsplatzpauschalen. Für Ausbildungsplätze, die im Krankenhausplan anerkannt sind, wird ein jährlicher Pauschalbetrag in Höhe von 100 € gezahlt.

Wichtig ist: Der Haushaltsansatz für die pauschale Förderung des Landes bleibt unverändert bei weiterhin jährlich 300 Millionen €.

Das neue System hat auch zur Folge, dass jedes Krankenhaus durch Steigerung seiner Leistungen dazu beitragen kann, seine Situation günstiger zu gestalten. Die Umstellung führt zwangsläufig dazu, dass Häuser höhere Pauschalen als bislang erhalten. Ebenso wird es Häuser geben, die geringere Pauschalen erhalten. Bei der aktuellen Umstellung sind Gewinner und Verlierer nicht gleich verteilt. Die Anzahl derer, die von der Umstellung profitieren, ist höher als die der Benachteiligten.

Gleichwohl sieht der Entwurf eine Verordnung zur Abmilderung von Härten vor: Verluste von mehr als 50.000 € gegenüber der bisherigen Förderung werden über drei Jahre ausgeglichen, und zwar in Höhe von 75 %, dann in Höhe von 50 % und schließlich noch in Höhe von 25 %.

Auch dieses Modell ist sehr intensiv mit der Krankenhausgesellschaft besprochen worden. Da diese jedoch sämtliche Krankenhäuser mit ihren häufig sehr unterschiedlichen Interessen vertritt, gibt es in dieser Frage leider kein einhelliges Votum. Es werden weitere Diskussionen und langfristige Übergangslösungen gefordert. Ich sage allerdings: Übergangslösungen, die auf so lange Zeit angelegt sind, dass sich eine Wirkung der neuen Maßnahmen nie zeigen wird, werden mit mir nicht gemacht werden.

Je nach Betroffenheit erleben wir auch an dieser Stelle das bekannte Phänomen, dass sich die Häuser, die künftig besser abschneiden, zu einer eher schweigenden Mehrheit zusammenfinden, negativ Betroffene hingegen zu einer deutlich vernehmbaren Minderheit. Bislang hat jedoch noch kein Kritiker nachweisen können, dass das System der Vergangenheit eine gerechtere Verteilung der Fördermittel bewirkt hätte.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich unser Anliegen noch einmal auf den Punkt bringen. Mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz leistet das Land einen wichtigen Beitrag, damit die Krankenhäuser die künftigen Herausforderungen bewälti-

gen können. Bei Struktur und Organisation lassen wir den Krankenhäusern mehr Flexibilität und Gestaltungsspielräume. Die Krankenhausplanung wird wesentlich vereinfacht, und das Land zieht sich aus der Detailplanung zurück. Bei der pauschalen Krankenhausfinanzierung belohnen wir nicht, wie in der Vergangenheit, die mögliche Leistung, sondern orientieren uns an der tatsächlichen Leistung.

Ich freue mich auf die Beratungen im Ausschuss, auf die Fachanhörungen zu diesem Gesetz und denke, dass wir eine gute Grundlage für Ihre Beratungen geschaffen haben mit dem Ziel, die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen positiv weiterzuentwickeln. Ebenfalls hoffe ich, dass wir spätestens nach der Sommerpause zur Verabschiedung dieses Gesetzentwurfs kommen. – Schönen Dank.

(Beifall von CDU und FDP)

Vizepräsident Oliver Keymis: Ich danke dem Herrn Minister. – Für die SPD-Fraktion hat jetzt der Herr Abgeordneter Bischoff das Wort.

Rainer Bischoff (SPD): Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Sehr geehrter Minister Laumann, lassen Sie mich einleitend feststellen, dass es in der Tat notwendig gewesen ist, seitens der Landesregierung das neue Krankenhausgestaltungsgesetz einzubringen. Lassen Sie mich darüber hinaus feststellen, dass unter uns Einigkeit besteht, dass es richtig ist, bei der Investitionsförderung von der bisherigen Maßzahl Bett auf die Anzahl der Fälle und die Schweregrade der Fälle umzustellen. Aus unserer Sicht ist dieses Vorgehen ganz klar und eindeutig richtig; es wird von uns getragen und ist im Übrigen von uns im November 2005 im Rahmen der Diskussion eines Antrages von diesem Pult aus so gefordert worden. – So weit besteht also Einigkeit zwischen uns als sozialdemokratischer Fraktion, zwischen den Koalitionsfraktionen, dem Ministerium und im Grunde auch in der Fachwelt und in der Fachdiskussion.

Im weiteren Beratungsverfahren ist uns allerdings Folgendes ausgesprochen wichtig:

Wichtig ist die Fortsetzung der von uns in den Jahren unserer Regierungszeit eingeleiteten Reformschritte, die Nordrhein-Westfalen zum bundesweiten Vorbild in der Gesundheitspolitik gemacht haben;

(Minister Karl-Josef Laumann: Wo denn?)

Reformen im Bereich der Versorgungsstrukturen, zum Beispiel durch Förderung der Gesundheitszentren, im Bereich der integrierten Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung, der Erweiterung der Möglichkeiten der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung im Bereich der Disease-Managementprogramme. Dies alles sind Dinge, die von uns angestoßen worden sind und bei denen wir davon ausgehen, dass sie fortgesetzt werden. Sie haben sie bisher auch fortgesetzt. Wir erwarten aber auch, dass sie im weiteren Beratungsverfahren deutlich in den Vordergrund gestellt werden.

Das Zweite, was uns im Beratungsverfahren wichtig ist: Die Trägervielfalt der Häuser des Landes muss erhalten bleiben. Alle Tendenzen, die dahin gehen würden, einer Privatisierung Vorschub zu leisten, die Privatisierung zu favorisieren, werden wir als SPD-Fraktion nicht mittragen. Ganz deutlich: Wir wollen die Trägervielfalt; wir wollen den Erhalt der öffentlich-rechtlichen und der gemeinnützigen Träger und der von ihnen betriebenen Krankenhäuser.

Ob die Übertragung der Krankenhausplanung an die Selbstverwaltung wirklich so klug, so durchdacht und eine solch gute Idee ist, wie es von Ihnen dargestellt wird, Herr Minister Laumann, daran hegen wir gerade nach den in den letzten Tagen von uns geführten Gesprächen durchaus Zweifel. Es erscheint uns fraglich, ob es eine gute Idee ist, die Selbstverwaltung mit der Krankenhausplanung zu beauftragen und nicht mehr das Land im Vordergrund zu haben. Wir werden darauf in der zu erwartenden Anhörung und in den Beratungen ganz stark unser Augenmerk legen und werden es weiter diskutieren.

Ganz klar kritisch betrachten wir folgende Punkte:

Wir betrachten ausgesprochen kritisch und lehnen ab die Abkehr von der bisherigen Praxis, die Zusammensetzung der Betriebsleitung der Krankenhäuser verbindlich festzulegen. Wir gehen davon aus und die Praxis geht davon aus, dass das dazu führen wird, dass die Pflegedienstleitungen häufig nicht mehr in der Betriebsleitung vertreten sein werden. Das halten wir für falsch, Herr Laumann. Das halten wir für den falschen Weg. Ich füge hinzu: Wir haben den Verdacht, dass dies ein Einknicken des Ministers vor der Ärztelobby gewesen ist. Das sage ich Ihnen ganz deutlich.

(Minister Karl-Josef Laumann: Vor wem?)

– Vor der Ärztelobby, denn die Pflegedienstleitungen sollen aus den Betriebsleitungen ausgegrenzt werden. Es hat natürlich Vorgespräche und Schriftverkehre gegeben; ein Teil davon ist uns

auch bekannt. Darüber hinaus ist auch festzustellen, dass nach § 13 die Ärztekammern auch im Landesausschuss vertreten sind. Das ist vielleicht ein weiteres Indiz dafür, dass Sie die Interessen der Ärztelobby insofern wesentlich stärker als die der Pflegeberufe berücksichtigt haben.

Sehr kritisch betrachten wir, dass die Situation der Gewinner und Verlierer nach wie vor nicht bekannt ist, Herr Minister. Es steht immer noch nicht fest, welche Häuser zu den Gewinnern und welche zu den Verlierern gehören werden. Sie haben uns, der Fachwelt, der Krankenhausgesellschaft NRW und auch dem Parlament und dem Ausschuss bisher verschwiegen, welche Auswirkungen das konkret haben wird. Das muss man ganz deutlich sagen.

Unsere große Sorge ist, dass die Verlierer in den Häuser zu suchen sind, die die Grundversorgung im ländlichen Raum leisten.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Genau!)

Wir vermuten das deswegen, weil die durch ihren Versorgungsauftrag – da sie eben eine Grundversorgung leisten müssen – nicht so spezialisiert sein können und auch eine höhere Anzahl von Betten bereithalten müssen, die nicht immer belegt sein können. Aber wir haben von Ihnen keine Zahlen. Mit uns wird eine Aufhebung der Grundversorgung der Menschen in der Fläche nicht zu machen sein, weil diese völlig unentbehrlich und notwendig ist und weil es zu den Grundsätzen sozialdemokratischer Gesundheitspolitik gehört hat und gehört, dass die Grundversorgung der Menschen in der Fläche eine ganz wichtige Determinante unserer Politik ist. Das werden wir nicht mitmachen. Das ist klar.

Zurück zum Stichwort Gewinner und Verlierer, Herr Minister Laumann, und zurück zu den in den Medien veröffentlichten im Umlauf befindlichen detaillierten Listen, in denen Gewinner und Verlierer dargestellt werden. Diese Listen sind weder der Krankenhausgesellschaft NRW noch dem Parlament noch dem zuständigen Ausschuss vorgelegt worden. Offensichtlich sind sie allerdings aus Ihrem Ministerium an die Öffentlichkeit, an die Presse lanciert worden. Das hat große Unruhe bei den Krankenhäusern ausgelöst. Das Ganze ist ein völlig unakzeptabler Vorgang.

(Beifall von Barbara Steffens [GRÜNE] – Minister Karl-Josef Laumann: Sehe ich auch so!)

Es ist auch ein Missbrauch geschützter, schützenswerter und schützensnotwendiger betriebsinterner Daten.

Ich will jetzt nicht aus dem nichtöffentlichen Teil einer Sitzung berichten, aber ich will schon darüber berichten, dass wir einen nichtöffentlichen Teil im Ausschuss hatten, in dem wir als Opposition dieser Frage nachgegangen sind und in dem wir entweder überhaupt keine Antworten oder völlig unakzeptable Antworten des Ministers erhalten haben.

Weil das so ist, Herr Minister Laumann, will ich die drei Fragen, welche die zentralen in dieser Angelegenheit sind, noch einmal stellen: Wurde der Datenmissbrauch von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern Ihres Ministeriums begangen? Falls Ihnen das nicht klar ist, falls es bisher nicht eruiert werden konnte, ist die Frage: Was haben Sie als Minister bisher getan, was haben Sie unternommen, um Aufklärung in dieser Frage zu erreichen? Die dritte Frage ist: Wann wird der Ausschuss nun dezidiert darüber informiert, was Sie getan und was Sie erreicht haben?

(Zuruf von der CDU)

Das sind offene Fragen. Ich respektiere den nichtöffentlichen Teil einer Sitzung, aber die Fragen darf man öffentlich stellen, und die haben Sie nach wie vor nicht beantwortet, weder öffentlich noch nichtöffentlich.

Zusammenfassend: Die Veränderung der Förderstruktur ist richtig und wichtig. Sie wird von uns mitgetragen; sie ist von uns geradezu gefordert worden. In wichtigen Details des Gesetzes haben wir Anregung und Kritik. Die habe ich soeben vorgebracht. Diese Punkte werden im Gesetzgebungsverfahren noch einmal zu beraten sein. – Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von der SPD)

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Bischoff. –Für die Fraktion der CDU hat jetzt Kollege Henke das Wort.

Rudolf Henke (CDU): Herr Präsident! Verehrte Damen, meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die CDU-Fraktion bewertet den Entwurf der Landesregierung als einen guten Gesetzentwurf im Dienste der Patienten.

(Beifall von der CDU)

Wir sind zufrieden, dass wir über diesen Gesetzentwurf beraten können. Wir sind auch mit der bisherigen öffentlichen Resonanz aus der Fachdebatte zufrieden. Das heißt nicht, dass wir nicht über Details in den Ausschussberatungen zu sprechen haben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in Nordrhein-Westfalen gibt es keine Einrichtung, die Tag für Tag so viele Menschen aus akuter Lebensgefahr rettet und so viele Menschen vor schweren bleibenden Gesundheitsschäden bewahrt, wie dies in den Krankenhäusern geschieht. Über 30.000 Ärztinnen und Ärzte, gut die Hälfte Fachärzte, und fast 100.000 Pflegekräfte, darunter mehr als 80.000 examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger, tun in unseren Krankenhäusern Dienst. Ihnen allen und den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den verschiedenen Diensten der Krankenhäuser, dem medizinisch-technischen Dienst, in den Apotheken, im Funktionsdienst, in der Krankengymnastik und Physiotherapie, im Wirtschafts-, Versorgungs-, Verwaltungsdienst und im sozialen Dienst, gebührt der Dank des Landtags für die Arbeit, die sie leisten. Ich bin sicher, dass ich da für alle in diesem Haus spreche.

(Beifall von CDU und FDP)

Krankenhäuser heutiger Prägung gibt es erst seit gut 200 Jahren. Sie gehören zu den großen Innovationen unserer modernen Zeit, und wir verdanken sie in ihrer heutigen Form den wachsenden Möglichkeiten der Medizin und ihrer immer stärkeren Differenzierung und Spezialisierung. Diese Differenzierung und Spezialisierung wurden seit dem 19. Jahrhundert zur wichtigsten Triebfeder für die Entwicklung der Krankenhäuser.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes von 1972 hatte nach einer vorangegangenen Enquete der Krankenhäuser eine zuvor kaum für möglich gehaltene Leistungssteigerung der deutschen Krankenhäuser zur Folge. Parallel dazu wuchsen allerdings auch die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung von 6 Milliarden DM im Jahr 1970 auf heute 50 Milliarden € allein aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen. Dafür muss sich niemand entschuldigen. Dies ist nicht Ausdruck einer Kostenexplosion, dies ist Ausdruck einer Leistungsexplosion, und für diese 50 Milliarden € erhalten die Menschen eine Versorgung, die auch ihr Geld wert ist. Also, ich verbinde das nicht mit Vorwürfen und Attacken und Dergleichen.

Die Krankenhäuser hatten von 1972 bis 1992 den Anspruch auf Festsetzung eines prospektiv kalkulierten, seine wirtschaftlichen Betriebskosten deckenden Budgets; das hieß damals Selbstkostendeckungsprinzip. Das wurde 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von den damaligen Regierungsparteien abgelöst durch den Anspruch auf medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze, die einem Krankenhaus die Erfüllung des Versorgungsauftrages ermöglichen sollten.

Gleichzeitig hat man den Grundsatz der Beitragsstabilität für die Ermittlung der Pflegesätze vorgegeben, sodass in der Folge an die Stelle früherer Kostenerfassungen und der Legitimation dieser Kostenerfassungen in den Pflegesatzverhandlungen nun ein anderes System trat, nämlich Leistungs-, Kosten- und Erlöspläne und die Controllinginstrumente zur Überprüfung ihrer Einhaltung bzw. ihres Anpassungsbedarfs.

Damit verbunden war eine Botschaft, eine dann neue Botschaft an die Krankenhäuser, nämlich die, dass Krankenhäuser keine sozialen Einrichtungen mehr wären, sondern Dienstleistungsunternehmen, wenn auch besonderer Art. Sie hätten mehr oder weniger wie normale Wirtschaftsbetriebe zu wirtschaften, und über Gewinn und Verlust entschieden die Qualität des Managements, die Motivation und die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Zuspruch der Patientinnen und Patienten.

Die Einführung des Fallpauschalensystems mit inzwischen über 1.000 unterschiedlichen Preisen für unterschiedliche Leistungskomplexe hat die Entwicklung beschleunigt. Und der 2009 bevorstehende Übergang zur vollen Wirksamkeit dieses Systems stellt eine zusätzliche Herausforderung dar. Leistungsorientierte Vergütung bedeutet nämlich, dass volle Mehr- und Mindererlöse bei mehr oder weniger Leistung möglich werden, sodass sowohl die Fesselung als auch der Schutz durch die bislang gedeckelten Budgets der Krankenhäuser entfallen.

Wer die einschlägigen Studien auswertet, dem treten Trends vor Augen, die sich kurz so beschreiben lassen: Zunahme, auch kostenintensive Zunahme des medizinisch-technischen Fortschritts, erhebliche Herausforderungen durch die Krankheits- und Altersentwicklung der Bevölkerung, eine bisher – da wollen wir ehrlich sein – ausgebliebene Konzeption einer neuen nachhaltigen Architektur der Krankenversicherung, eine weitere Konzentration der Krankenhäuser, eine wachsende Bereitschaft zu privater Finanzierung von Gesundheitsleistungen und stärkere Auswirkungen des Wettbewerbs, und zwar des Wettbewerbs um Versorgungsaufgaben, um Patientinnen und Patienten, um Einnahmen, um Personal und um Innovationen.

Zu diesen Innovationen gehört auch der Ausbau sektorübergreifender Integrationsversorgung, von dem schon die Rede war, wie er sowohl mit dem GKV-Modernisierungsgesetz als auch mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angestrebt wurde und wird.

Wie in anderen Wirtschaftsbereichen sind Trends zur Zusammenführung von Kliniken innerhalb von Klinikketten, Trends zur Markenbildung, zur Qualitätsorientierung und Qualitätsentwicklung sowie zur Zertifizierung wahrzunehmen.

In dieser Situation ist es unsere Aufgabe, die alte Krankenhausgesetzgebung in Nordrhein-Westfalen zu überarbeiten und ein Gesetz zu gestalten, mit dem die Krankenhäuser den Herausforderungen der Zukunft besser gewachsen sind als bisher, wobei wir dem zuständigen Minister, lieber Karl-Josef Laumann, und dem Ministerium und darüber hinaus der gesamten Landesregierung dankbar sind für den Gesetzentwurf, der in vielen Punkten Vorstellungen und Überlegungen der CDU-Landtagsfraktion folgt.

(Beifall von der CDU)

Erstens. Die Gewährleistung des Zugangs zu Krankenhäusern bleibt zentrales Element der Daseinsvorsorge, in den Ballungsgebieten wie im ländlichen Raum. Zur stationären Versorgung soll jeder Mensch in Nordrhein-Westfalen ein Krankenhaus der Grundversorgung in der Nähe und Krankenhäuser der Spezialversorgung in jeweils angemessener Entfernung finden. Wo es notwendig ist, ist auch das Mittel des Sicherstellungszuschlags, das das Bundesrecht bereitstellt, im Einzelfall zu nutzen, wenn wir dies brauchen, um die Versorgung im ländlichen Raum zu gewährleisten.

Zweitens. Um dem verschärften Wettbewerb besser gerecht zu werden, muss das Gesetz auf überflüssige Eingriffe in den Entscheidungsspielraum der Krankenhäuser verzichten. Der Gesetzentwurf ist auch in dieser Beziehung insgesamt gut gelungen. Bislang ist auch die Reaktion darauf gut, dass zum Beispiel die Vorschriften zur Zusammensetzung der Betriebsleitung entfallen. Ob in dieser Hinsicht noch einmal neu diskutiert werden muss, wird zum Beispiel die Anhörung im Ausschuss zeigen, die wir beantragen werden.

Drittens. Ob und mit welchen Merkmalen Krankenhäuser Privatstationen bilden, kann ihnen unmittelbar überlassen bleiben. Auch Privatstationen mit ausländischen Patientinnen und Patienten sollen möglich sein. Aber ich sage für die CDU-Fraktion: Uns ist wichtig, dass die vom Krankenhaus eingesetzten Investitionsmittel für die medizinische Ausstattung allen Patienten des Krankenhauses zur Verfügung stehen. Wir dulden nicht, dass gesetzlich Versicherte medizinisch schlechter versorgt werden als privat Versicherte oder Beamte mit Beihilfeanspruch.

(Beifall von der CDU)

Viertens. Das Verfahren zur Aufstellung des Krankenhausplanes muss vereinfacht und gestrafft werden. Dazu kann nach Auffassung des Gesetzentwurfs auf die Planung von Teilgebieten verzichtet werden. Die Fristen bei den regionalen Planungskonzepten sind zu verkürzen. Die Publikation des Krankenhausplanes kann kontinuierlich über das Internet erfolgen. Um die fachliche Abstimmung zu beschleunigen und zu verbessern, werden die Ärztekammern wie in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen in den Landesausschuss für Krankenhausplanung integriert. Das hat nichts mit Kotau vor Lobbys zu tun. Das hat etwas mit der fachlichen Strukturverantwortung der Ärztekammern zu tun, die ihnen mit dem Heilberufsgesetz auch zu rot-grünen Zeiten zugewiesen worden ist. Es hat damit zu tun, dass sie die Weiterbildung gliedern, dass sie die Weiterbildungsstätten anerkennen und dass sie die Weiterbilder zur Weiterbildung ermächtigen und dass sie im Übrigen die Instanz sind, in der stationäre und ambulante Versorgung abgebildet werden wie sonst in keiner anderen Instanz. Deswegen ist das richtig.

Die Koordination, Kooperation und gegebenenfalls auch Fusion von Krankenhäusern wird dadurch erleichtert, dass wir das im jetzigen Gesetz für den Fall eines Zusammenschlusses enthaltene Verbot von gleichen Fachdisziplinen an unterschiedlichen Standorten aufheben.

Fünftens. Die Bettenorientierung der pauschalen Investitionsförderung muss aufgegeben werden. An ihre Stelle soll das Fördersystem treten, das Karl-Josef Laumann dargestellt hat. Damit würde die Investitionsförderung auf eine Strukturkomponente mit wegweisendem Charakter umgestellt. Wir freuen uns über die positive Resonanz, auf die dieses Vorhaben gestoßen ist.

Sechstens. Der Minister hat es gesagt: Bei einer solchen Umstellung wird es Gewinner und Verlierer geben. Dass die so ausfallen, wie das in irgendwelchen Listen steht, bezweifle ich, weil diese Listen eine virtuelle Berechnung auf der Basis von Daten von 2005 zu sein scheinen.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Virtuell nicht!)

Es kann sich ja durchaus bis zum Jahr 2011, wenn die letzte Tranche dann wirksam wird, in der Wirklichkeit noch sehr viel ändern. Ich wäre vorsichtig, das alles schon in Bilanzen einzukalkulieren. Wir sind in der Anhörung oder im direkten Dialog mit den Beteiligten auch für Veränderungen im Detail offen. Aber eine Rückkehr zu dem altergebrachten System bettengestützter Förde-

rung nach dem Motto „extra Geld fürs Extrabett“ wird es mit Sicherheit nicht geben.

Siebtens. Ein unverzichtbares Merkmal guter Krankenhausqualität ist die Unabhängigkeit der für die Behandlung verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte. In der Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten darf keine Bindung der verantwortlichen Ärzte an fachfremde Weisungen erfolgen. Die Koalition hält deshalb daran fest, dies im Gesetz zu regeln. Wir halten diese auch bisher gültige Bestimmung des bisherigen Krankenhausgesetzes für sehr wesentlich. Wir wollen helfen, dass der medizinische Sinn und die Patientenorientierung der Krankenhäuser nicht unter die Räder einer rein ökonomischen Zielsetzung geraten.

Achtens. Es ist eine gute Entscheidung, auf deklaratorische Selbstverständlichkeiten, die inzwischen entbehrlich sind, zu verzichten. Beispiele dafür sind genannt worden. Wir haben nicht die Meinung, dass da alle Punkte schon in Stein gemeißelt sind. Aber es bedürfte schon sehr starker Argumente, damit sich in diesen Punkten noch etwas ändert.

Den Vorschlag, dass die Krankenhäuser ihre Behandlungsergebnisse publizieren sollen, halten wir für bemerkenswert und interessant. Wir wollen ihm gerne im Ausschuss nachgehen, weisen allerdings auf die bundesrechtliche Gestaltung dieser Fragen hin.

Neuntens. Mit Interesse haben wir Wünsche aus der Kinderheilkunde gehört, dass der Landesgesetzgeber festlegen soll, dass alle Kinder und Jugendlichen regelhaft in speziellen Fachabteilungen bzw. Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin betreut werden sollen. Wir haben viele Fragen zu diesem Konzept. Wenn es medizinische Überlegungen im Sinne einer bestmöglichen Versorgung erfordern, muss es möglich sein, Kinder auch in Erwachsenenstationen aufzunehmen und zu behandeln. Hier geht die Behandlung einem theoretischen Konzept vor. Aber wir gehen dem gerne noch einmal in den Ausschussberatungen nach.

Abschließend möchte ich sagen: Wir schließen natürlich nicht aus, dass die Weiterentwicklung des Bundesrechts in einiger Zeit auch für das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen neuen Anpassungsbedarf auslöst. Wenn ich mir die Debatte um duale und monistische Finanzierung auf Bundesebene angucke und sehe, dass die Gesundheitsminister in ihrer Konferenz am 8. März auf Initiative Nordrhein-Westfalens die Tür zu einer Weiterentwicklung zu einem bundeseinheitlichen Basisfallwert aufgestoßen haben, sind das

alles Entwicklungen, über deren Konsequenzen man zu gegebener Zeit diskutieren muss.

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.

Die CDU-Landtagsfraktion stimmt der Überweisung in die Ausschüsse zu. Wir wollen das Gesetzgebungsverfahren im Herbst abschließen und das neue Krankenhausgestaltungsgesetz zum 1. Januar 2008 in Kraft setzen. Das ist wichtig, damit allen genügend Zeit bleibt, sich auf das neue Recht einzustellen. – Ich danke Ihnen, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall von CDU und FDP)

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Henke. – Für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hat jetzt Frau Kollegin Steffens das Wort.

(Minister Karl-Josef Laumann: Ich bin gespannt, was die jetzt sagt! – Sylvia Löhrmann [GRÜNE]: Sie sollten immer gespannt sein, was sie sagt!)

Barbara Steffens^{*)} (GRÜNE): Darauf sind Sie doch immer gespannt, Herr Minister.

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben heute die erste Beratung zu einem sehr umfassenden Gesetz. Vorab kann ich sagen, dass schon Rot-Grün diesen Weg in der Vergangenheit eingeschlagen hatte. Es ist klar, dass man mit der Umstellung auf DRG vom bisherigen Finanzierungskonzept weg muss. Wir können nicht einfach weiter Betten finanzieren. Wir müssen zu einem neuen Finanzierungskonzept kommen. Trotzdem gibt es bei dem jetzt vorgelegten Gesetzentwurf natürlich auch eine Reihe von Fragezeichen. Aber dafür haben wir den anstehenden Beratungsprozess.

Uns Grünen ist ganz wichtig, dass die Daseinsvorsorge und die Grundversorgung bei den Krankenhäusern in der Fläche sichergestellt sind. Es gibt noch das eine oder andere Fragezeichen, ob das mit diesem Krankenhausgesetz möglich ist. Für uns ist nicht nur wichtig, dass das nur im länd-

lichen Raum in der Fläche sichergestellt ist, sondern auch in städtischen Ballungsgebieten mit Zeit und Tempo. Denn wir wissen, dass gerade bei manchen Akuterkrankungen nur kurze Wege möglich sind. Das muss auch in Ballungsgebieten der Fall sein. Wir brauchen also eine Dichte an Häusern, die diese Versorgung wirklich sicherstellt.

Häuser mit einem breiten medizinischen Leistungsangebot sind darauf angewiesen, laufend sehr hohe und umfangreiche Investitionen zu tätigen. Dass diese Häuser in dem System von knappen Fallpauschalen bei diesem Gesetzentwurf überleben können, sehen wir noch nicht so ganz.

(Beifall von den GRÜNEN)

Aber auch darüber hinaus habe ich bei dem einen oder anderen Punkt noch Fragen. Ich habe das Gefühl, dass das jetzige System noch nicht wirklich ausgereift ist. Wir haben zum Beispiel in Bezug auf die Abschreibungen für kurz- und mittelfristige Anlagegüter noch Probleme. Vor allen Dingen werden Fachabteilungen mit hohem Wiederbeschaffungsaufwand und einem niedrigen Casemix – also die Gynäkologie und die Pädiatrie – benachteiligt. Hier gibt es hohe Anschaffungskosten, aber einen geringen Casemix. Hier brauchen wir für die Finanzierung einen Korrekturfaktor, weil die Finanzierung nach der Zahl belegter Betten und der Schwere des Falls gerade hier nicht ausreicht.

Auch der Kollege Bischoff hat eben gesagt, dass wir auf jeden Fall keine veränderte Krankenhauslandschaft in NRW in dem Sinne haben wollen, dass wir hinterher keine Trägervielfalt mehr haben. Wenn wir uns einen Teil der Listen, die in der Öffentlichkeit breit diskutiert und in einigen Medien abgedruckt worden sind, angucken, stehen gerade die kommunalen Krankenhäuser auf der Verliererseite.

Gleichzeitig werden sie durch eine andere Beteiligung an der Finanzierung mit der Erhöhung von 20 % auf 40 % noch mehr zur Kasse gebeten. Wir sehen das Problem, dass die Trägervielfalt bei den kommunalen Krankenhäusern an der einen oder anderen Stelle massiv infrage gestellt ist. Herr Dr. Stefan Articus hat dazu für die Kommunen klar Stellung bezogen und diese Gefahr auch schon angemahnt. Ich denke, darüber werden wir diskutieren müssen.

Wir werden aber auch noch darüber reden müssen – das hat der Kollege Bischoff vorhin auch schon angesprochen –, dass die Pflegedienstleitung nach Ihrem Gesetzentwurf aus der Betriebsleitung heraus soll. Das halten wir für ein extre-

mes Problem. Das Gleiche diskutieren wir bei den Unikliniken. Das ist kein sinnvoller Weg. Hier müsste man das Gesetz deutlich korrigieren.

Wir haben aber auch eine Menge von anderen Fragen, etwa: Welche Perspektiven sind eigentlich für kleine Krankenhäuser in ländlichen Regionen, etwa Portalkliniken, Gesundheitszentren oder eine Bündelung von stationärer und ambulanter Versorgung, vorgesehen? Das ist aus dem Gesetzentwurf nicht wirklich ersichtlich. Auch eine Weiterentwicklung und Verbesserung der integrierten Versorgung ist für mich bei diesem Gesetzentwurf überhaupt nicht zu erkennen. Das waren gerade Ansatzpunkte, die unter Rot-Grün gemeinsam massiv vorangetrieben worden sind und in der Krankenhauslandschaft unumstritten waren.

Zu den Listen möchte ich auch noch das eine oder andere sagen. Ich finde, dass das im weiteren Verlauf der Diskussion nichts direkt mit dem Krankenhausgesetz zu tun hat. Natürlich ist es sinnvoll, dass ein Ministerium seinen eigenen Gesetzentwurf durchrechnen lässt. Es ist immer sinnvoll, wenn man weiß, welche Auswirkungen ein Gesetz hat.

Wenn wir uns jetzt anschauen, was das Durchstechen dieser Listen bedeutet, kann ich nur sagen: Es wäre doch gut, wenn der Minister auf solche Daten, die extrem sensibel sind, ein bisschen besser aufpasst und sie nicht in der Art und Weise durchstechen lässt, wie es jetzt passiert ist.

(Beifall von der SPD)

Daher gibt es eine Menge Fragen, die im Detail diskutiert werden müssen, und eine Menge Forderungen, die aus unserer Sicht nachgebessert werden.

(Minister Karl-Josef Laumann: Ja, ja, ja!)

Herr Minister Laumann, wichtig wird vor allen Dingen die Diskussion um den Korrekturfaktor, den auch die Krankenhausgesellschaft und andere fordern und der die Daseinsvorsorge, die flächendeckende Grundversorgung und die Trägervielfalt wirklich sicherstellt.

(Minister Karl-Josef Laumann: Nein!)

Darüber werden wir diskutieren müssen.

(Beifall von den GRÜNEN)

Sie hatten sich eben gefreut, als Herr Henke gesagt hat: „Lieber Karl-Josef Laumann ...“ Herr Minister, wenn Sie im Laufe dieses Prozesses die eine oder andere Korrektur in die richtige Richtung mit uns machen, werden wir als Opposition bei der Beschlussfassung des Gesetzes auch sa-

gen: „Lieber Karl-Josef Laumann ...“ Daher wird es ganz von Ihnen abhängig, wie freundlich wir als Opposition mit Ihnen umgehen. Die Türen sind dafür auf jeden Fall offen.

(Beifall und Heiterkeit von den GRÜNEN – Lachen von der CDU – Minister Karl-Josef Laumann: Das ist ein Anreiz! – Zuruf von Sylvia Löhrmann [GRÜNE] – Weitere Zurufe)

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Frau Kollegin Steffens. – Für die Fraktion der FDP hat nun der Kollege Dr. Romberg das Wort.

Dr. Stefan Romberg^{*)} (FDP): Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr verehrte Damen und Herren! Selten ist ein so wichtiges Reformwerk, das die Landesregierung einbringt, im Grundsatz so wenig umstritten wie dieses neue Krankenhausgesetz. Das zeigt die Qualität dieses Gesetzentwurfs.

(Beifall von FDP und CDU)

Dass die generelle Umstellung vom Grundsatz der Abkehr von der reinen Bettenförderung her von allen Fraktionen mitgetragen wird, zeigt, dass das ein richtiger und wichtiger Schritt ist, um die Krankenhauslandschaft langfristig zu stabilisieren.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Das haben wir auch schon gefordert! – Weitere Zurufe)

Herr Bischoff, auch ich finde es richtig, dass wir eine Trägervielfalt haben, die erhalten werden soll. Ich denke, dass sie unter den jetzigen Voraussetzungen erhalten bleibt, weil sie bereichernd wirkt.

Bei Ihrer Argumentation kann ich die Zusammensetzung der Betriebsleitung nicht unterschreiben. Ein Staat muss sie nicht vorschreiben. Das hat nichts mit Ärztelobby zu tun. Das ist ein Stück mehr Freiheit für Krankenhäuser und weniger Staat. Das ist der richtige Weg, den wir mit diesem neuen Krankenhausgesetz gehen wollen.

Auch bei der Qualitätstransparenz und bei den verbraucherfreundlichen Informationen, die für potenzielle Patienten dringend erforderlich sind, wenn sie ein Krankenhaus betreten, sind wir im weiteren Gesetzgebungsverfahren sehr diskussionsfreudig.

Der vorliegende Gesetzentwurf ist eine gute Grundlage, um eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit Krankenhausleistungen in NRW langfristig sicherzustellen. Jeder Mensch soll auch in Zukunft darauf zählen können, dass ihm bei gesundheitlichen Problemen, die der sta-

tionären Behandlung bedürfen, ebenso schnell wie wirksam geholfen wird. Das gilt insbesondere für die Notfallversorgung, aber natürlich auch für die planbaren Eingriffe und Therapien bis hin zur Palliativbehandlung und -pflege.

Bekannt ist, dass sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem in den letzten Jahren massiv verändert haben und deshalb gerade bei den Krankenhäusern die Veränderung bei der Förderung nötig war, seitdem die Fallpauschalen eingeführt worden sind.

Der Druck, in den Krankenhäusern wirtschaftlich zu handeln, ist extrem hoch geworden. Die Liegezeit der Patienten ist extrem gesunken: von 14 Tagen im Jahre 1991 auf mittlerweile nur noch 8,7 Tage. Das ist eine Reduzierung um 38 %. Im gleichen Zeitraum sind die Behandlungsfälle um 15 % gestiegen. Das alles hat dazu beigetragen, dass die bisherigen Konzepte nur noch sehr bedingt brauchbar waren.

Wenn man nach einer sorgfältigen Analyse zu einem solchen Ergebnis kommt, muss man den Mut aufbringen, die Planung und Finanzierung der Krankenhäuser auf neue Beine zu stellen, auch wenn das für manche sicherlich unbequem ist, die sich an die alten Strukturen gewöhnt haben. Aber nur mit der Neuorientierung kann man das Erhaltenswerte, nämlich die hohe Qualität der Versorgung der Menschen, bewahren und so organisieren, dass der demografische Wandel seinen Charakter als Horrorszenario verliert und zu einer Herausforderung wird, die sich bewältigen lässt.

Die Letztverantwortung des Staates bleibt bestehen, was in einem derart sensiblen Bereich auch sehr wichtig ist.

Ein weiteres, derzeit besonders aktuelles Zeichen für verantwortungsvolles staatliches Handeln ist die Regelung für eine konsequenten Nichtraucherschutz, die im Gesetz verankert wurde und die dennoch Ausnahmeregelungen ermöglicht, falls es therapeutisch geboten ist. An diesem Beispiel zeigt sich, dass es möglich ist, unterschiedliche Bedürfnisse von Betroffenen miteinander in Einklang zu bringen, ohne auf eine hohe Verbindlichkeit verzichten zu müssen.

Ein zentraler Aspekt im neuen Gesetz ist die Umstellung der Pauschalförderung, die sich nicht mehr an der Anzahl der Betten, sondern an den behandelten Fällen orientiert. Das ist ein echter Paradigmenwechsel, der angesichts der Entwicklungen im Gesundheitswesen zwingend notwendig ist.

Hinzu kommt die deutliche Straffung des Planungs- und Förderverfahrens. Ich will daran erinnern, dass sich die CDU und die FDP im Koalitionsvertrag darauf verständigt haben, diesen Prozess insgesamt transparenter und effizienter zu gestalten. Wir sind der Auffassung, dass ein Abbau bürokratischer Regeln ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität ist.

Bereits die rot-grüne Landesregierung hatte sich mit der Novellierung des Krankenhausgesetzes im Jahre 1998 für die Einführung einer Rahmenplanung entschieden, die mit einem regionalisierten Planungsverfahren arbeitet und eine stärkere Mitwirkung der beteiligten Akteure einbezieht. Allerdings behielt das Ministerium weiterhin die Schwerpunktfestlegung für besondere überregionale Aufgaben.

Aus derartigen Detailregelungen wird sich das Land künftig heraushalten. Stattdessen bekommen Krankenhausträger mehr Gestaltungsspielraum. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat diese Neuausrichtung der Krankenhauspolitik in NRW ausdrücklich begrüßt.

Gerade weil wir als Land Verantwortung tragen, müssen wir dafür sorgen, dass die Anreize, Doppelstrukturen aufzubauen und vor allem auf Größe statt auf Qualität durch Kooperation und Vernetzung zu setzen, verschwinden. Investitionsmittel, also das Geld des Steuerzahlers, dürfen nicht zum Spielball unterschiedlicher Standortinteressen werden und lediglich dem Bestandsschutz dienen. Deshalb müssen sich alle Beteiligten kritisch mit der Frage auseinandersetzen, wie die Qualität der Versorgung erhalten oder sogar verbessert werden kann.

Aus naheliegenden Gründen wird dieser Prozess nicht ohne Einschnitte und finanzielle Einbußen für das eine oder andere Krankenhaus umzusetzen sein. Dabei müssen die Häuser Verluste bis zu einer Höhe von 50.000 € selbst tragen. Alles, was darüber hinausgeht, wird in einer mehrjährigen Konvergenzphase gestaffelt werden.

Wichtig ist, die Kombination aus marktlichen Elementen, die zu mehr Wettbewerb führen und dadurch einen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln eröffnen, und dem Erhalt bzw. der bedarfsorientierten Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, die sehr viel flexibler auf den tatsächlichen Bedarf der Patienten und Patientinnen zugeschnitten sein muss, fortzusetzen.

Wir geben den Akteuren vor Ort bei diesem Prozess mehr Freiräume an die Hand. Anders ausgedrückt: Detailfragen sollen eben nicht mehr vom Land gelöst werden, sondern dort, wo sie relevant

sind, nämlich in den jeweiligen Regionen. Das Land liefert in erster Linie den Rahmen und achtet auf das Ergebnis. Diese Selbstbeschränkung wird sicher entscheidend dazu beitragen, dass sich die Krankenhauslandschaft in NRW zukunftsorientiert entwickeln kann. – Danke schön.

(Beifall von FDP und CDU)

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Dr. Romberg. – Für die SPD-Fraktion hat sich noch Frau Abgeordnete Gebhard zu Wort gemeldet. Bitte.

Heike Gebhard (SPD): Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich würde gerne an das anknüpfen, was Herr Kollege Henke gesagt hat, der in eindrucksvoller Weise die Richtung vorgegeben hat, was das Ziel eines Krankenhausgesetzes oder von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen und im gesamten Bundesgebiet ist. Ich glaube, was die Zielvorstellung anbetrifft, sind wir überhaupt nicht auseinander. Die Frage ist, wie – mit welchen Mitteln – wir diese Ziele erreichen und ob die in diesem Gesetzentwurf vorgelegten Grundlagen geeignet sind, sie tatsächlich umzusetzen.

Wir alle wollen gleichermaßen Versorgungssicherheit: im Ballungsraum wie in der Fläche. Wir sind es den Menschen in diesem Lande schuldig, weil sich unser Gesundheitswesen aus Solidarbeiträgen und Steuermitteln finanziert und wir deshalb höchsten Wert darauf legen müssen, dass mit diesen Mitteln sehr verantwortlich umgegangen wird.

Wir sind deshalb der Ansicht, dass wir uns intensiv darüber unterhalten müssen, wie Rahmenplanung aussieht. Herr Minister, Sie haben vorhin noch einmal darauf hingewiesen: Das Land will nach diesem Gesetzentwurf zukünftig auf die Schwerpunktplanung verzichten.

(Minister Karl-Josef Laumann: Gott sei Dank!)

Dieses „Gott sei Dank!“ kann ich nicht so ganz unterschreiben. Ich will Ihnen ein Beispiel geben. Wenn wir beispielsweise die Planungen für die Perinatalzentren aufgeben würden, könnte das zu nicht unerheblichen Konsequenzen führen. Wir haben gerade eine rechtliche Umstellung. Es wird vorgeschrieben, dass die Perinatalzentren direkt an Kreißsälen angedockt sein müssen. Im Moment stellen sich die Krankenhäuser, deren Träger finanziell dazu in der Lage sind, auf und investieren, um diesen Anforderungen Genüge zu tun. Ausschlaggebend dafür sind nur die finanziellen

Möglichkeiten, unabhängig davon, ob das an einem sinnvollen Ort oder mengenmäßig in der richtigen Form geschieht. Das hat das Land nicht in der Hand; es ist außer Kontrolle.

Da die Gefahr besteht, dass der Ort der falsche sein kann oder die Quantitäten nicht stimmen, halte ich es für notwendig, klare Schwerpunkte zu setzen. Letzte Woche hat Ihre Mitarbeiterin, Abteilungsleiterin Frau Dr. Prütting, dieses auch so ausgeführt: Es sei Aufgabe der Planungsbehörden, eine ausgewogene Mischung zwischen medizinisch und ökonomisch sinnvoller Schwerpunktbildung einerseits sowie der wohnortnahen Versorgung mit Regelleistungen andererseits zu finden.

Taugt dazu eine bloße Rahmenplanung? Ich kann das nur so verstehen: Wenn ich das mit dem, was Sie gesagt haben, in Einklang bringen will, müsste das in der Rahmenplanung stattfinden. Das bedeutet aber: Wir müssen erwarten, dass dieses im Landesausschuss hin und her gewendet werden wird.

Dann denke ich daran zurück, was sich im letzten halben Jahr im Bereich der Psychiatrie abgespielt hat. Dort haben wir einen ganz eklatanten Stillstand zu verzeichnen.

(Beifall von den GRÜNEN)

Das heißt, die Einrichtung schon bewilligter Tagesklinikplätze ist plötzlich gestoppt worden. Für den stationären Bereich gilt das Gleiche. Ich habe das Gefühl, wir befinden uns dort momentan völlig im luftleeren Raum und wissen nicht, wo es langgehen soll.

Wir sind uns wohl auch darin einig, was Krankenhäuser brauchen. Ich knüpfe an das Ergebnis der Gesundheitsministerkonferenz vom 8. März an, die dargestellt hat: Krankenhäuser brauchen Finanzierungssicherheit und Planungssicherheit. Daran führt kein Weg vorbei, und es ist die Frage, ob dies gegenwärtig sichergestellt ist.

(Minister Karl-Josef Laumann: Ja!)

Die Kollegin Steffens hat schon darauf hingewiesen, dass diese Umstellung auf Fallzahlen und ...

(Minister Karl-Josef Laumann: Wenn wir die Verpflichtungsermächtigungen aus der alten Zeit abgebaut haben, wird es noch besser! Sie haben das Geld doch für die nächsten fünf Jahre ausgegeben!)

– Ich bitte Sie! Ich denke, Sie haben hier genau deshalb den Haushaltsvorbehalt aufgenommen, um nachträglich zu rechtfertigen, warum Sie den

Investitionsstopp in 2006 verhängt haben. Lassen wir das einmal dahingestellt.

Mir geht es darum, wie wir zukünftig sicherstellen, dass die Krankenhäuser wissen, womit sie zu rechnen haben. Frau Steffens hat vorhin schon darauf hingewiesen, wir haben es jetzt nur mit zwei Parametern zu tun: die Schwere und die Anzahl der Fälle. Die Frage ist, ob das ausreichende Parameter sind

(Minister Karl-Josef Laumann: Ja!)

oder ob nicht für strukturell benachteiligte Fachabteilungen mit hohem Wiederbeschaffungsbedarf, mit niedrigem Casemix, wie zum Beispiel gynäkologische Abteilungen, Kinderheilkunde, ein Korrekturfaktor aufgenommen werden muss.

(Beifall von SPD und GRÜNEN)

Ich ergänze einen weiteren Punkt. Wir zwingen zurzeit große Einrichtungen dazu, für den Eventualfall, wenn etwa Unfälle passieren,

(Beifall von SPD und GRÜNEN)

eine hohe Anzahl an Intensivbetten vorzuhalten, was für sie in der Regel nicht wirtschaftlich ist. Dies wird allerdings überhaupt nicht honoriert. Wir erlauben es ihnen aber auch nicht, sie aufzugeben. Und ich glaube, unter dem Gesichtspunkt Versorgungssicherheit dürfen wir es ihnen auch gar nicht erlauben. Wenn dem aber so ist, brauchen wir einen entsprechenden Korrekturfaktor.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Natürlich! – Minister Karl-Josef Laumann: Nein!)

Ich möchte noch einen Punkt ansprechen – dieser wurde hier nämlich noch nicht erwähnt –, der einer Nachjustierung im Gesetzentwurf bedarf. Dieser betrifft die Pflegeüberleitung. Ich bedauere sehr, dass dieser Punkt in dieser Knappheit aufgenommen worden ist. Es ist so, dass die Krankenhäuser die Aufenthaltszeit pro Patient reduzieren. Das wird sich auch weiterhin so ergeben.

Umso mehr ergibt sich die Notwendigkeit, die Pflegeüberleitung anschließend vernünftig zu organisieren. Das ist auch deshalb umso wichtiger, weil unsere Patientinnen und Patienten zunehmend älter werden. Das heißt, die Selbstorganisation der Hilfe funktioniert nicht mehr in der Form, und insofern müssen wir entsprechende Hilfestellungen leisten. Auch an der Stelle sollten wir nachjustieren.

Ein Wort zur Berücksichtigung der Pflegedienstleistung in der Betriebsleitung; ich möchte einen Hinweis geben. – Ich hatte gestern das Vergnügen,

auf dem Gesundheitskongress an einem Panel teilzunehmen, in dem der Frage nachgegangen wurde, ob wir es denn für sinnvoll erachten, Krankenhäuser als Unternehmen zu betrachten.

Das ist eine juristisch sehr schwierige Fragestellung, weil sich daraus eine Menge an steuerrechtlichen und EU-wettbewerbsrechtlichen Konsequenzen ergeben könnte. Von daher rate ich, mit dem Begriff „Wettbewerb“ vorsichtig umzugehen. Sie haben selbst das Adjektiv „kontrolliert“ vorangestellt. Ich glaube, dass wir uns über die Spielregeln, unter denen Wettbewerb stattfinden soll, verständigen müssen, um nicht ein Fass aufzumachen, das wir alle nicht wollen können. In diesem Wettbewerb spielt die Pflege eine bedeutende Rolle. – Ich danke recht schön.

(Beifall bei der SPD)

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Frau Abgeordnete Gebhard. – Wir sind damit am Ende der Beratung und kommen zur Abstimmung.

Der Ältestenrat empfiehlt die **Überweisung des Gesetzentwurfs Drucksache 14/3958** an den **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales** – federführend – sowie an den **Haushalts- und Finanzausschuss**. Wer ist für diese Überweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist diese Überweisungsempfehlung einstimmig angenommen und der Tagesordnungspunkt 9 somit erledigt.

Ich rufe auf:

10 Transparenz im Strommarkt herstellen

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 14/4020

Eine Beratung ist heute nicht vorgesehen. Die Beratung soll nach Vorlage der Beschlussempfehlung des Ausschusses erfolgen.

Wir kommen deshalb unmittelbar zur Abstimmung. Der Ältestenrat empfiehlt die **Überweisung des Antrags Drucksache 14/4020** an den **Ausschuss für Wirtschaft, Mittelstand und Energie**. Wer ist für diese Überweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist diese Überweisung einstimmig angenommen.

Ich rufe auf:

11 Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Personennahverkehr in Nordrhein-Westfalen (ÖPNVG NRW)