

ben, das fixiert werden sollte. Praktiker, mit denen ich diesen Entwurf diskutiert habe, haben geäußert, daß man mit dieser Übergangsregelung ganz gut arbeiten kann, wenn sie finanziell abgesichert wird. Dafür zu sorgen ist die Aufgabe der Noch-Regierung der DDR, und deshalb stimmt meine Fraktion der Überweisung in die Ausschüsse zu. Danke.

(Beifall)

Stellvertreter der Präsidentin Helm :

Danke. Nächster Reder ist der Abgeordnete Schmidt von der Fraktion der DSU.

Dr. Schmidt für die Fraktion der DSU:

Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Abgeordnete! Mit dem bereits von diesem Hohen Haus verabschiedeten Kammergesetzbildungsgesetz und dem morgen zu beratenden Krankenkassenerneuerungsgesetz bildet das vorliegende Krankenhausfinanzierungsgesetz die Grundlage zur Anpassung unseres krankenden Gesundheitswesens an das bedeutend leistungsfähigere, aber auch bedeutend kostenaufwendigere Gesundheitswesen der Bundesrepublik.

Jährlich werden nahezu 2,5 Millionen Bürger unseres Landes in den stationären Bereichen unserer Krankenhäuser behandelt. Das ist selbstverständlich Anlaß für die DSU, sich intensiv mit der Funktionstüchtigkeit dieses größten Bereiches des Gesundheitswesens zu befassen. Es geht dabei auch um die langfristige Sicherstellung von mehr als 100 000 Arbeitsplätzen.

Das vorliegende Gesetz soll die Krankenhausfinanzierung auf dualer Basis sichern. Neben den Einnahmen der Häuser, von den Krankenkassen, aus den örtlich auszuhandelnden Pflegeätzen pro Bett und Pflegetag erhalten die Krankenhäuser anders als ambulante Einrichtungen auch künftig erhebliche Zuschüsse aus dem Staatshaushalt. Im Prinzip jedoch ist das Krankenhaus für seine Effektivität selbst verantwortlich. Das duale Finanzierungssystem wird weltweit praktiziert, und der Staat leistet Zuschüsse im Bereich bis zu 50 %, in den Vereinigten Staaten sogar bis 58 %. Dieser Gesetzentwurf sieht pauschale Förderungsmittel in Höhe von 8 000 bis 17 000 Mark pro Bett jährlich vor. Dieser Betrag richtet sich nach den Aufgaben des Krankenhauses. Diese sind in einem Stadtkrankenhaus von denen in einer Universitätsklinik sehr verschieden. Das Gesetz zwingt auch zu einer Bettenreduzierung um über 10 %, während andererseits im Sozialwesen die Bettenzahl zu vergrößern ist.

Die durch die Vorlage abgedeckten Mittel sind jährlich auf 1,5 Mrd. DM zu schätzen. Rechnet man diese Sätze auf den Tag um, so ergeben sich Zuschüsse pro Tag und Bett zwischen 21 und 46 DM. Bei den tatsächlichen Bettenkosten und der kommenden Preis- und Lohnentwicklung wird sich schnell eine erhebliche Erhöhung dieser Sätze notwendig machen. Das wird selbst dann erforderlich sein, wenn die größeren Rekonstruktionen über eine Einzelförderung gesondert finanziert werden.

Das derzeitige Finanzvolumen für das DDR-Gesundheitswesen liegt bei jährlich etwa 12 Mrd. DM, das der Bundesrepublik bei etwa 300 Mrd. DM. Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Bevölkerungszahlen kommt man auf einen mehr als fünffachen Finanzbedarf. Für diese Einzelförderung werden in den nächsten Jahren pro Jahr mehr als 2 Mrd. DM benötigt.

Ein wesentliches, meines Erachtens noch zu lösendes Problem liegt darin, daß in der Bundesrepublik eine scharfe Trennung zwischen stationärer Therapie und ambulanter diagnostischer und therapeutischer Versorgung besteht.

In der DDR sind dagegen nahezu alle Krankenhäuser auch ambulant tätig - überwiegend in der Form angegliederter Polikliniken. Nach Ansicht wohl aller medizinischen Fachgesellschaften hat dies eindeutig ökonomische und fachliche Vorteile für die prästationäre Diagnostik und für nachstationäre Betreuung. Unter anderem liegt das an der höheren Spezialisierung der Einrichtung und der leicht zugänglichen Technik. Der Verbleib der Polikliniken an den Krankenhäusern hat auch erhebliche Vorteile für die Qualifizierung der Betreuung einschließlich der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und mittlerem medizinischen Personal. Dieses ist in den Universitätskliniken der Bundesrepublik bewährte Praxis. Unter diesem Gesichtspunkt

schlägt die Deutsche Soziale Union vor, dieses seit vielen Jahren bewährte System der Zusammenarbeit des stationären und des ambulanten Bereiches in den Einigungsvertrag einzubinden.

Ich möchte ausdrücklich betonen, daß die Patientengruppe, die prä- und poststationär in Krankenhauspolikliniken behandelt wird, relativ klein ist. Von wesentlicher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Medizinalstatistik, die in bekannter Weise für die medizinische Ausbildung und die fachspezifische Profilierung eine große Bedeutung hat. In der Diskussion der zu schaffenden Rechtsvorschriften für unser Gesundheitswesen in der breiten Öffentlichkeit gibt es Stimmen, die relativ unkritisch die Weiterführung nahezu aller bisherigen Gesundheitseinrichtungen fordern. Ich kann hingegen diese Auffassung nicht teilen, denn ein effektives Gesundheitswesen bedeutet auch einen Bettenabbau. Ein effektives Gesundheitswesen bedeutet eine Erhöhung der Lebenserwartung unserer Bürger, die bekanntlich drei Jahre kürzer als die der Bürger z. B. Japans, der skandinavischen Länder, Griechenlands und Frankreichs liegt. Und ein effektives Gesundheitswesen bedeutet auch eine höhere Qualifizierung der Ärzte und eine Optimierung der Gerätestruktur mit den finanziellen Konsequenzen.

Die Deutsche Soziale Union fordert die Macher des Einigungsvertrages auf, unseren hohen Ausbildungsgrad des medizinischen Personals und die Weiterbildungsprinzipien zum Facharzt im Einigungsvertrag festzuschreiben.

Die Deutsche Soziale Union stellt fest, daß dieses vorliegende — Gesetz den Ausschüssen übertragen werden soll. Danke schön.

(Beifall bei der DSU)

Stellvertreter der Präsidentin Helm :

Danke. Der letzte Redner ist der Abgeordnete Opitz von der Fraktion der F.D.P.

Dr. Opitz für die Fraktion der F.D.P.:

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wenn man konstruktiv Opposition machen möchte - Herr Gysi hat gestern davon gesprochen - dann soll man auch sachlich bleiben und nicht immer nur auf die gestrige Nachtsitzung anspielen. Zur sachlichen Opposition ist in diesem Gesetzentwurf sehr viel Grund, aber die Gerechtigkeit gebietet es doch, daß man der Regierung wenigstens nachsagen muß, daß die grauenvollen Mißstände im Gesundheitswesen eben von ihr nicht verursacht worden sind. Daß diese jetzt aufgearbeitet werden müssen, das ist eben eine sehr schwere Sache. Eine Regierung, ich meine jetzt die vorhergehende Regierung, die einen Qualitätsstandardabfall vom Regierungskrankenhaus in Berlin-Buch bis zum letzten Kreiskrankenhaus, wo mit einem Backstein der Operationstisch stabilisiert wurde, damit er nicht dem Gesetze der Gravitation folgend, sich nach unten bewegt hat, zugelassen hat, ist eine Regierung, der ich ein asoziales Verhalten unterstelle.

(Beifall bei der SPD, F.D.P., DSU und CDU/DA)

Wir müssen auch ehrlich zugeben, daß es belastende Vorentscheidungen gegeben hat, ich meine jetzt belastend, daß sie finanziell belastend werden. Im Staatsvertrag heißt es, daß das DDR-Gesundheitswesen dem der Bundesrepublik angeglichen werden soll. Das wird eine sehr, sehr schwierige und sehr, sehr teure Sache. Das muß man zugeben, an dieser Tatsache kommen wir nicht vorbei. Ich werde mich vorwiegend kritisch mit diesem Gesetzentwurf befassen, möchte doch aber auch sagen, daß in diesem Gesetzentwurf viele sehr positive Sachen zu finden sind.

Ich stelle als Chefarzt eines konfessionellen Krankenhauses fest, daß zum ersten Mal ein Gesetzentwurf vorliegt, der konfessionelle Einrichtungen nicht diskriminiert. Das war früher der Fall. Die Möglichkeit, mit Pauschalbeträgen zu fördern, ist eine große Sache, und das, was im Staatsvertragsentwurf steht, ist hier auch sehr großzügig dimensioniert.

Kritisch muß ich anmerken, zunächst zum Stil der Erarbeitung: Offiziell habe ich diesen Gesetzentwurf am 21. 8. zur