Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4721

23. 05. 96

Sachgebiet 826

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Monika Knoche und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) – Drucksachen 13/3062, 13/3939 –

Der Bundestag wolle beschließen:

Die Bundesregierung wird aufgefordert,

1. die politische Verantwortung für die stationäre Versorgung der Bevölkerung als wesentliche Aufgabe staatlicher Daseinsfürsorge beizubehalten. Die Bundesregierung bereitet mit ihrem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 (KHNG 1997) den systematischen Ausstieg aus der staatlichen Daseinsvorsorge für die Sicherstellung der stationären Krankenversorgung der Bevölkerung vor. Unter der Bezeichnung „Vorfahrt für die Selbstverwaltung" sollen sich Gesundheitstrukturveränderungen vollziehen, die dem kurzsichtigen Prinzip von Markt und Wettbewerb gehorchen. Konkurrenz und kommerzielle Interessen werden zu systemsteuernden Elementen erhoben. Das ist mit der staatlichen Letztverantwortung für das hohe Gut Gesundheit unvereinbar. Mit der Übertragung des Kassen- und Vertragswettbewerbsprinzips auch auf das Krankenhaus wird ein tiefgreifender Systembruch im stationären Bereich vollzogen. Das Aufgeben demokratischer Gestaltbarkeit und der Verlust politischer Verantwortung für die stationäre Versorgungsstruktur ist eine die Sozialstaatlichkeit im Kern gefährdende Position.

   Würden finanzegoistische Überlegungen einzelner Kassen zu strukturplanenden Leitlinien, führte das, wie internationale Beispiele zeigen, dazu, daß die Ressourcen des Gesundheitswesens zu jenen umgelenkt würden, die jetzt schon die geringsten Risiken und größte Zahlungsfähigkeit haben. Beträchtliche Fehlallokationen und Unterversorgung bestimmter Regionen und Bevölkerungsschichten wären die Folge. Die sog. Vorfahrt für die Selbstverwaltung ist nicht geeignet, die komplexen Wirkungszusammenhänge prospektiv positiv – im Allgemeininteresse – zu steuern. Die öffentliche Hand hat für ein einheitliches und gleiches Versorgungsniveau eine unverzichtbare Gestaltungs- und Kontrollfunktion.

   Das Krankenhaus ist in den vergangenen Monaten zu Unrecht und mit sachlich nicht stimmigen Argumenten als Kostentrei-

ber schlechthin dargestellt worden. In den letzten fünf Jahren lagen die Ausgaben für das Krankenhaus konstant zwischen 32 % und 34 % an den Gesamtkosten der Kassen. Trotz beträchtlicher Arbeitsverdichtung durch z. B. verkürzte Liegezeiten und Zuwachs an mutimorbiden Patienten und Patientinnen gelang es, beachtliche Rationalisierungspotentiale freizusetzen. Die Pflegeintensität und die ärztliche Arbeitsbelastung im Krankenhaus haben für die Beschäftigten ein Maximum an Leistung erreicht. Menschliche Zuwendung und ein hohes Maß an fachlicher Qualifikation des Personals sind gesundheitspolitisch notwendige Anforderungsprofile an eine stationäre Versorgung. Daher müssen die Kosten im Krankenhaus die soziale Wahrheit sagen und dürfen nicht zu Lasten der Pflegeberufe externalisiert werden. Die hochqualifizierte Erbringung von Leistungen und die umfassende Betreuung im Krankenhaus rechtfertigen den Kostenanteil des Krankenhauses am Gesamtbudget der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV);

2. die Trennung der ambulanten und stationären Sicherstellung zu überwinden. Die gemeinsame Sicherstellung ist künftig einem regionalen Gremium aus öffentlicher Hand und Krankenkassen zu übertragen. Um die großen Ineffizienzen von geschätzten 20 Mrd. DM jährlich und das ambulante Sicherstellungsmonopol der niedergelassenen Ärzte aufzulösen, ist die Zusammenführung der beiden Seiten notwendig. Mit ihr ist eine Neustrukturierung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens möglich. In einem ersten Schritt sind Regelungen zu treffen, damit die Krankenhäuser in den ambulanten Sicherstellungsauftrag miteinbezogen werden können;

3. auf die im § 116 a SGB V vorgesehene Änderung der stationären und ambulanten Versorgung zu verzichten und mithin keine ambulanten Praxiskliniken zuzulassen. Da diese neuen privaten Praxiskliniken einer Bedarfsprüfung und Krankenhausbedarfsplanung entzogen sind, überdies aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren wären und gleichfalls keiner Regulierung durch z. B. Großgeräteplanung unterliegen, stellen sie lediglich einen neuen Kostenfaktor dar, der eindeutig zu Lasten der sprechenden Medizin geht und zu Mengenausweitungen führen wird.

   Da als einziges Steuerungsinstrument die selbstgestellte Bedarfslage durch niedergelassene Spezialärzte und -ärztinnen vorgesehen ist, geht diese neue Versorgungseinrichtung auch zu Lasten der Krankenhäuser. Es würden im ambulanten Bereich Überkapazitäten geschaffen, die den Krankenhäusern die Rentabilitätsgrundlagen entzögen. Daher ist § 116 a SGB V ersatzlos zu streichen. Zur Verhinderung eines weiteren Kostenanstiegs ist es zudem notwendig, die medizinisch-technische Großgeräteplanung und die entsprechenden Regelungen im KHG und SGB V beizubehalten. Ohne eine Großgeräteplanung werden die kostenintensiven Großgeräte von niedergelassenen Ärzten und Praxiskliniken vermehrt angeschafft. Die Folge wird eine Zunahme der Indikationen und die Lei-

stungsausweitung außerhalb des Krankenhauses, vergleichbar mit der Expansion des ambulanten Operierens bei den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen und bei den ambulanten Praxiskliniken, sein, ohne daß eine reale Unterversorgung als Ursache der Leistungsausweitung nachvollziehbar wäre;

4. das Krankenhaus zu reformieren, zu demokratisieren und ihm eine soziale Zukunft zu geben, indem ihm die Möglichkeit eingeräumt wird, sich zu einem modernen Gesundheitszentrum weiterzuentwickeln. Dies beinhaltet die Erweiterung des Aufgabenbereichs und die finanzielle Stärkung des Krankenhauses. Eine generelle Öffnung des Krankenhauses für die ambulante spezialärztliche Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages muß gewährleistet werden. Angebote von Kurzzeitpflege, von psychosozialer Behandlung, Rehabilitation und poliklinischer Medizin sind in den Krankenhäusern auszubauen. Durch die Neufassung des § 116 SGB V wird das Krankenhaus für ambulante Behandlungen geöffnet: „Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung muß im Rahmen des Sicherstellungsauftrages erteilt werden.";

5. die dualistische Finanzierung des Krankenhauses beizubehalten, um die öffentliche Gestaltungshoheit zu wahren. Die monistische Finanzierung führt zu selektiven Investitionen, Auszehrung der Substanz der Krankenhäuser und zu Funktionsbauten. Öffentliche Anliegen und Reformansätze wie Rooming-In und Baubiologie werden durch eine monistische Finanzierung gefährdet. Zu einem umfassenden Verständnis von gesundheitspolitischer Planung gehört es, die Ästhetik des Bauens keinen Funktionsbauten zu opfern und eine demokratische Öffnung der Planungserfordernisse und Mitgestaltung der Öffentlichkeit zu garantieren;

6. sicherzustellen, daß die Krankenkassen auch in Zukunft nur einheitlich und gemeinsam Verträge mit den Krankenhäusern oder Landeskrankenhausgesellschaften abschließen können. Deshalb sind die §§ 109 und 110 SGB V in ihren jetzigen Fassungen beizubehalten. Die freie Krankenhaus- und Arztwahl für Versicherte ist zu gewährleisten. Da die Kosten- und Leistungseffizienz des gesamten Gesundheitswesens nur bei einheitlichem Leistungskatalog und einheitlichen Vertragsabschlüssen gewährleistet werden kann, und das egalitäre territoriale Zugangsrecht für alle nicht zur Disposition gestellt werden darf, muß auf diese Wettbewerbs- und Deregulierungselemente in Gänze verzichtet werden. Nur so kann das freie Arzt- und Krankenhauswahlrecht für Versicherte der GKV sichergestellt werden. Ein bürgerrechtliches ziviles Prinzip wäre ansonsten durch diese Form der Deregulierung aufgegeben;

7. auf eine Zwangsverkörperschaftung und gegenseitige Budgetverantwortung der Krankenhausträger, wie es im neuen § 17 b KHNG vorgesehen ist, wird verzichtet. Eine solche Re-

glementierung widerspräche dem Prinzip der Selbstverwaltung. Sie würde die bisherige direkte und autonome Form der Pflegesatzverhandlungen der Krankenhäuser mit den Kassen untergraben und Selbstverwaltung – dort, wo sie real existiert und funktioniert – den Boden entziehen.

Durch die Neueinführung eines § 17 b (landesweite Vergütung) würden alle Krankenhäuser in Mithaftung für die Budgetüberschreitung einzelner Krankenhäuser genommen. Da die einzelnen Krankenhäuser keinerlei Einfluß aufeinander haben, würde in Form einer Gesamthaftung die allgemeine Budgetierung sichergestellt, ohne daß die einzelnen Krankenhäuser eine Chance besitzen, einen Einfluß auf die Gesamtsituation zu nehmen. Durch diese Zwangsverkörperschaftung und gegenseitiges Haftbarmachen wird das neue Landesbudget zur Zwangsjacke in einer Zwangsehe für die Krankenhäuser. Von Selbstverwaltung kann keine Rede sein. § 17 b ist dementsprechend ersatzlos zu streichen;

8. keine Fortführung einer sektoralen Budgetierung für den stationären Bereich vorzunehmen, sondern die Gesamtkostenentwicklung einer globalen Budgetierung zu unterwerfen. Als Maß für die Steigerung der Krankenkassenausgaben wird sich an der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts orientiert. Des weiteren würde die beabsichtigte einseitige Budgetierung der Krankenhäuser die Sinnwidrigkeit sowie Unvereinbarkeit mit der Umsetzung leistungsbezogener Entgeltsysteme nur unterstreichen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts ist die hohe Qualität der stationären Versorgung für alle Patienten und Patientinnen unabhängig von ihrer Versicherung zu gewährleisten;

9. eine umfassende Qualitätsgestaltung und ein modernes teamorientiertes, interdisziplinäres und berufsgruppenübergreifendes Management im Krankenhaus allgemeinverbindlich einzuführen, die Pflegeberufe aufzuwerten und die Chefarztliquidation aufzuheben. Qualitäts- und Umweltgestaltung im Gesundheitswesen dienen dazu, personelle, ökologische und soziale Ressourcen effizient so einzusetzen, daß sowohl ein Maximum an Wohlbefinden, Transparenz und Sicherheit für die Patienten und als auch Arbeitszufriedenheit und Mitgestaltungsmöglichkeiten für alle Beteiligten im Gesundheitswesen entstehen. Qualitätsmanagement ist durch Einfügung von § 139 a SGB V und § 70 Abs. 3 zu regeln. Die Chancen einer Neuorientierung auf die Potentiale einer interdisziplinären Patientenversorgung im Krankenhaus müssen genutzt werden;

10. Patientenrechte im Krankenhaus auszubauen. In Krankenhäusern sind Anlaufstellen für Patientenbeschwerden einzurichten. Patientenfürsprecher sind vom Krankenhaus zu unterstützen. Es muß gewährleistet werden, daß die Krankenhäuser regelmäßige Sprechzeiten der Patientenfürsprecher anbieten. Dementsprechend müssen Änderungen in § 66 SGB V vorgenommen werden.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Bundesregierung bereitet mit ihrem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 (KHNG 1997) den systematischen Ausstieg aus der staatlichen Daseinsvorsorge für die Sicherstellung der stationären Krankenversorgung der Bevölkerung vor. Unter der Bezeichnung „Vorfahrt für die Selbstverwaltung" sollen sich Gesundheitsstrukturveränderungen vollziehen, die dem Prinzip von Markt und Wettbewerb gehorchen. Konkurrenz und kommerzielle Interessen werden zu systemsteuernden Elementen erhoben. Das ist mit der staatlichen Letztverantwortung für das hohe Gut Gesundheit unvereinbar. In umfassender Weise würde das Kassenwettbewerbs- und neue Vertragsschlußprinzip, wie es im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zum Ausdruck kommt, auch auf das Krankenhaus übertragen. Damit wäre ein tiefgreifender Systembruch vollzogen. Über Entdemokratisierung und Deregulierung soll nach den Vorstellungen der Bundesregierung der öffentlichen Hand jegliche demokratische Gestaltung und politische Verantwortung für die stationäre Versorgungsstruktur und -qualität entzogen werden. Als eine die Solidargemeinschaft aufkündigende und die Sozialstaatlichkeit im Kern gefährdende Position muß dieses Deregulierungsvorhaben angesehen werden. Es stellt eine Ausrichtung der sich verfestigenden Zwei-Drittel-Gesellschaft auf eine Zwei-Klassen-Medizin dar. Gewaltige Fehlallokationen und Unterversorgung bestimmter Regionen und Bevölkerungsschichten wären die Folge.

Sollte künftig allein den Krankenhäusern als Leistungserbringern und den Kassen als Leistungsfinanzierenden die Gestaltungskompetenz über die stationäre Versorgung übertragen werden, würde ein grundlegendes Sozialstaatsprinzip preisgegeben.

Das Krankenhaus ist in den vergangenen Monaten zum Kostenexplosionsherd schlechthin hochstilisiert worden. Der Ausgabenanteil des Krankenhauses ist demgegenüber trotz erheblicher Leistungssteigerungen und international anerkannt hohem Versorgungsstandard bei relativ geringer Pflegepersonalstärke auffällig stabil geblieben. In den letzten fünf Jahren lagen die Ausgaben konstant zwischen 32 % und 34 % an den Gesamtkosten der Kassen.

Zwischen 1990 und 1994 wurden 110 Krankenhäuser geschlossen, ca. 70 000 Betten abgebaut, ca. 24 Millionen Pflegetage reduziert. Die Zahl der stationären Patienten und Patientinnen stieg um ca. 7 % auf 14,6 Millionen pro Jahr an. Das Krankenhaus – ein großer hochqualifizierter Wirtschafts- und Ausbildungssektor mit 100 Mrd. DM Umsatzvolumen und 1,1 Millionen Beschäftigten – hat seine Effizienzreserven weitgehend erschlossen.

Menschliche Zuwendung für Kranke und steigende fachliche Qualifikationen des Personals sind notwendige Anforderungsprofile an die stationäre Versorgung. Daher müssen Krankenhauskosten, von denen 70 % Personalkosten sind, die soziale Wahrheit sagen. Mit einer einseitigen Budgetierung, wie sie im KHNG 1997 vorgesehen ist, kann nicht mehr Effizienz und Rationalität erzielt werden. Das Krankenhaus braucht eine zukunftsweisende Neuorientie-

rung unter positiver Bezugnahme auf sein einzigartiges medizinisch-technisches Know-how und seine spezialärztlichen, diagnostisch und therapeutisch ambulant zu nutzenden Ressourcen sowie seine integrierte interdisziplinäre Patienten- und Patientinnenversorgungskompetenz.

Wichtige Reformansätze liegen in der Überwindung des deutschen Sonderweges „ambulantes Sicherstellungsmonopol der niedergelassenen Ärzteschaft" durch Einbeziehung des Krankenhauses in den ambulanten Sicherstellungsauftrag. So kann die jährlich ca. 20 Mrd. DM teure Überbelastung der Kassen, die in der Trennung des ambulanten und stationären Sektors begründet ist, vermieden werden. Doppelstrukturen und Doppeluntersuchungen können durch die Öffnung der Krankenhäuser und ihre Weiterentwicklung zu Gesundheitszentren mit ambulanten und teilstationären integrierten Versorgungsleistungen vermieden werden. Poliklinische Aufgaben ergänzen das Leistungsspektrum der Krankenhäuser im Sinne einer patienten- und patientinnenzentrierten Verzahnung.

Darüber hinaus kann effektiv nur ein neu zu bildendes regionales Gremium die Versorgungsbedarfe eruieren und unbürokratisch problemnahen Lösungen zuführen. Eine lokale und regionale Ausrichtung des Gesundheitswesen bringt Überschaubarkeit und demokratische Mitgestaltungsmöglickeiten ins System. Hierin liegt eine reale Gegenstrategie zur Deregulierung, Entstaatlichung und Entdemokratisierung, wie sie die Bundesregierung betreibt.

Entgegen diesen – nicht zuletzt auch durch die Sachverständigenanhörungen des Deutschen Bundestages positiv kommunizierten – Vorschlägen der Opposition zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist die Bundesregierung bestrebt, die politische Verantwortung für das deutsche Gesundheitswesen insgesamt ab- und damit die Krankenhäuser selbst aufzugeben. Eine Notwendigkeit hierfür ist in keinem Fall gegeben.

Die Absicht der Bundesregierung, neue Versorgungseinheiten in Form von ambulanten Praxiskliniken ins System einzuführen, konterkariert die von ihr vorgegebenen Ziele, eine sinnvolle Verzahnung beider Sektoren zu erreichen.

Weder ist eine reale Unterversorgung der Bevölkerung noch eine aus der fortschreitenden medizinisch-technischen Entwicklung resultierende neue Nachfrage nach ambulanten Operationen erkennbar, die für eine Zulassung ambulanter Praxiskliniken außerhalb des Krankenhausbedarfsplanes und jenseits einer Großgeräteplanung sprächen.

Diese sogenannten Praxiskliniken zuzulassen würde kostenträchtige Doppelstrukturen heraufbeschwören. Gesundheitlich fragwürdige Ausweitungen der Indikationsstellungen sind heute schon auf dem Gebiet des ambulanten Operierens beobachtbar.

Die Praxiskliniken werden die Kostenstruktur der Krankenhäuser und eine kosteneffiziente Planung der Leistungserbringung insgesamt negativ beeinflussen. Überkapazitäten und Mengenexplosion würden die Leistungseffizienz des Gesundheitssystems nachhaltig behindern. Da die Praxiskliniken außerhalb der Nie-

derlassungssperre und des Sicherstellungsauftrages ihre Ausbreitung fänden, würde hier ein teurer Irrweg beschritten. Die Bedarfsdefinition unterläge nicht mehr einem festgestellten gesamtgesellschaftlichen Interesse, sondern wäre einzig der Selbsteinschätzung der niedergelassenen Ärzteschaft unterstellt.

Der Ausstieg aus der dualen Finanzierung des stationären Sektors – Monistik – gefährdet die Beitragssatzstabilität der Kassen. Mit ihm ginge ein Verlust gesellschafts- und gesundheitspolitischer „Planungshoheit" der öffentlichen Hand einher.

Entscheidende Reformansätze für den Krankenhausbau, wie sie in der Abkehr von der Verwahrpsychiatrie, in Rooming-In, in Baubiologie und in Familienräumen bei modellhaften Intensiv- und Palliativstationen zum Ausdruck kamen, waren möglich, weil das Bauen eine öffentliche Aufgabe ist. Klinikarchitektur drückt Haltung gegenüber den Kranken aus. Bei einer monistischen Finanzierung gingen diese allgemeingültigen Ansprüche ins Leere. Augenblicklich beläuft sich der Investitionsstau im Krankenhaus auf geschätzte 3 Mrd. DM. Aufgrund der Beitragssatzrelevanz und wegen der durch sie ausgelösten Diskussion um Kostenkompensation für die Kassen sowie im Rahmen des von der Regierung gewollten Vertrags- und Kassenwettbewerbs werden eine Renaissance der Funktionsbauten, eine selektive Investitionstätigkeit und das Sterbenlassen der Substanz nicht verhindert werden können.

Die territoriale Zugänglichkeit zur stationären Versorgung auf gleichem oder gleichwertigem Niveau in Stadt und ländlicher Region sowie die freie Krankenhauswahl wären unter den Kautelen des Kassen- und Vertragswettbewerbs nicht für alle GKV-Versicherten zu garantieren. Auf die Beibehaltung der dualen Krankenhausfinanzierung kann daher nicht verzichtet werden.

Die größte Gefahr für ein egalitäres Gesundheitssystem liegt in der Absicht der Bundesregierung, die Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern aufzugeben. Dieses egalitäre Recht ist in der bisher geltenden gesetzlichen Festlegung real.

Die Einführung des Vertragskündigungsrechts einzelner Kassen gegenüber einzelnen Leistungsträgern und Leistungsträgerinnen resp. der selektive Vertragsabschluß einzelner Kassen mit einzelnen Krankenhäusern, Krankenhauskonzernen und Praxiskliniken stellt die freie Arzt- und Krankenhauswahl der Versicherten fundamental zur Disposition.

Darüber hinaus wäre das funktionierende, landesweit aufeinander abgestimmte stationäre Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland in Gefahr, ruiniert zu werden. Nur mit der jetzigen Fassung der §§ 109 und 110 SGB V kann garantiert bleiben, daß ein bürgerrechtliches Prinzip, das der freien und gleichstellenden territorialen Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem sowie die freie Arzt- und Krankenhauswahl in der Substanz gewahrt bleiben.

Die jetzige Form der direkten Finanzierungsverhandlungen einzelner Krankenhausträger und Krankenhausträgerinnen mit den Kassen stellt eine sehr autonome Form der Selbstverwaltung dar.

Eine Zwangsverkörperschaftung der Krankenhäuser, wie sie die Regierungsfraktionen vorsehen, brächte eine beträchtliche Bürokratisierung und einen Verlust von Selbstverwaltung mit sich. Des weiteren würde die beabsichtigte Mithaftung aller Krankenhäuser für Budgetüberschreitungen einzelner Häuser bei fehlender Kooperation – via gewollter Konkurrenz und fehlender Leistungserbringungsabstimmung – die Sinnwidrigkeit der sektoralen Budgetierung sowie ihre Unvereinbarkeit mit der Umsetzung leistungbezogener Entgeltsysteme nur unterstreichen.

Die im KHNG 1997 vorgesehene Zwangsjacke Landesbudget ist insbesondere in der Zwangsehe Verkörperschaftung mit dem postulierten Zweck des KHNG 1997 in Verbindung mit dem GSG „Vorfahrt für die Selbstverwaltung" ein Widerspruch par exellence.

Nur wenn die Gesamtkosten des Gesundheitswesen einer globalen, ans BIP orientierten Budgetierung unterliegen und gleichfalls einer regionalen – die unterschiedlichen Risiken der Kassen ausgleichenden – Verteilung im Rahmen eines zusammengeführten, alle Versorgungsbereiche umfassenden Sicherstellungsauftrages in die Hände regionaler Gesundheitsgremien zugeordnet werden, sind Fehlsteuerung und Fehlallokationen vermeidbar sowie integrierte Versorgungskonzepte planbar.

Die Reformpotentiale im Krankenhaus selbst liegen in einer umfassenden Qualitätsgestaltung und in einem modernen teamorientierten-interdisziplinären berufsübergreifenden Management. Diese allgemeinverbindlich einzuführen, die Pflegeberufe aufzuwerten und die Chefarztprivilegien aufzuheben eröffnet Chancen, personelle und soziale Ressourcen so einzusetzen, daß ein Maximum an Wohlbefinden, Sicherheit und Transparenz für die Patienten und Patientinnen entsteht.

Nach der Überwindung des Pflegenotstandes stehen die Arbeitszufriedenheit und Mitgestaltungsmöglichkeit für alle Beschäftigten, eingebunden in einen – über betriebswirtschaftliches Kostendenken hinausreichenden – Qualitätsbegriff, im Zentrum der Neuorientierung auf interdisziplinäre Patienten- und Patientinnenversorgung im Krankenhaus.

Als ein Hindernis in der patienten- und patientinnenzentrierten Quatitätssicherung sind die Hierachisierung der Berufsgruppen und mangelnde „Subjektstellung des Patienten und der Patientin" im Krankenhaus anzusehen. Die Rechte und Informationsmöglichkeiten von Versicherten und Patienten und Patientinnen sind auszubauen. Unabhängige professionelle Patienten- und Patientinnenbeauftragte sind erforderlich. Um der gesundheitspolitisch wünschenswerten Eigenkompetenz der Patienten- und Patientinnen auch eine materielle Fundierung zu geben, ist ihre Rechtsstellung zu verbessern.

Bonn, den 23. Mai 1996

Monika Knoche
Joseph Fischer (Frankfurt), Kerstin Müller (Köln) und Fraktion

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333