



UNIVERSITÄTS-  
BIBLIOTHEK  
PADERBORN

## **Universitätsbibliothek Paderborn**

### **Nordrhein-Westfalen-Programm 1975**

**Nordrhein-Westfalen / Landesregierung**

**Düsseldorf, 1970**

7.3 Behindertenbetreuung

**urn:nbn:de:hbz:466:1-8442**

### Maßnahmen bis 1975

Beteiligung des Landes an dem Aufbau einer Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

### Landesausgaben

im Programmzeitraum 1 Mio DM.

## 7.2

### Lebensmittel und Arzneimittel

Die Bundesregierung bereitet eine umfassende Neuregelung des Lebensmittelrechts vor. Die Hauptziele sind:

- Intensivierung der Lebensmittelüberwachung;
- Verstärkung des Verbraucherschutzes;
- bessere Berücksichtigung der raschen Fortschritte auf dem Gebiet der Lebensmitteltechnologie.

Die Durchführung der Lebensmittelüberwachung wird den Ländern vorbehalten bleiben. In Nordrhein-Westfalen waren zunächst die örtlichen Ordnungsbehörden zuständig. 1969 wurde die Zuständigkeit auf die Kreisordnungsbehörden verlagert. Deren Außendienstbeamte müssen über die notwendigen warenkundlichen, lebensmitteltechnischen und rechtlichen Kenntnisse verfügen. Um dieses Ziel zu erreichen, muß eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den lebensmitteltechnischen Dienst geschaffen werden. Die Außendienstbeamten sollen an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ausgebildet werden. Ferner muß eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Lebensmittelchemiker erlassen werden. Um die Lebensmittelüberwachung und den Verbraucherschutz wirkungsvoller zu gestalten, wird angestrebt, neben Amtsärzten und Amtstierärzten bei den Kreisen und kreisfreien Städten auch Lebensmittelchemiker (Amtschemiker) generell anzustellen.

Es ist zu prüfen, wie die bestehenden kommunalen Lebensmitteluntersuchungsämter neu organisiert werden können. Die Versuche, durch Schwerpunktbildung bei einzelnen Aufgaben der Lebensmitteluntersuchung im Rahmen der Überwachung eine Rationalisierung herbeizuführen, um nach Möglichkeit auch halb- bzw. vollautomatische Analysenge-

räte einzusetzen, sind nicht in dem erwarteten Ausmaß positiv verlaufen.

Für die verstärkte Lebensmittelüberwachung werden im Programmzeitraum Landeszuschüsse in Höhe von 20 Mio DM vorgesehen.

Der Arzneimittelverkehr muß wegen der notwendigen Qualitätskontrolle der Arzneispezialitäten stärker überwacht werden. In Nordrhein-Westfalen wurden z. B. im Jahr 1967 nur etwa 1,3% der in unserem Land hergestellten oder nach hier importierten Arzneispezialitäten untersucht. Die Arzneimittelabteilung beim Chemischen Landesuntersuchungsamt muß in die Lage versetzt werden, jährlich etwa 10% der in Nordrhein-Westfalen hergestellten oder nach hier importierten Arzneispezialitäten analytisch überprüfen zu können.

Im Programmzeitraum werden für die verstärkte Überwachung der Arzneispezialitäten Landesausgaben in Höhe von 6 Mio DM entstehen.

### Langfristiges Ziel

Verbesserung der Lebensmittelüberwachung auf Kreisebene; Schaffung eines „lebensmitteltechnischen Kontrolldienstes“; wesentliche Steigerung der Anzahl der Arzneimitteluntersuchungen.

### Maßnahmen bis 1975

Vorlage eines Gesetzes über den Lebensmittelchemiker; Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Lebensmittelchemiker und Lebensmittelkontrolleure; Konzentration der Chemischen Untersuchungsämter; Ausbau des Chemischen Landesuntersuchungsamtes in Münster.

### Landesausgaben

im Programmzeitraum 26 Mio DM.

## 7.3

### Behindertenbetreuung

Von hundert Einwohnern sind sechs körperbehindert, sinnesgeschädigt oder geistig-seelisch behindert. Da das Zurückdrängen der Kindersterblichkeit von einem relativen Anstieg der Zahl kranker Kinder begleitet ist, wird sich dieses Verhältnis kaum ver-

bessern lassen. Um so mehr muß die Betreuung der Behinderten intensiviert werden.

Zunächst sind im Programmzeitraum die Beratungsstellen für Behinderte oder für Eltern behinderter Kinder auszubauen. Die zentralen Stellen für die Beratung und die Einleitung der Eingliederungsmaßnahmen sind die Gesundheitsämter. Auf Grund ihrer Erfahrungen sollten sie Einrichtungen der Behindertenbetreuung in ihrem Bereich koordinieren und planen.

Den Behinderten muß bei der Eingliederung in Beruf und Gesellschaft geholfen werden. Ein großer Teil der dafür erforderlichen Einrichtungen ist noch zu schaffen. Ärztliche, schulische, berufliche und soziale Maßnahmen der Eingliederung in die Gemeinschaft sind möglichst in geeigneten Tageseinrichtungen oder im Wege teilstationärer Behandlung in Tages- und Nachtkliniken, Sonderkindergärten, Anlernwerkstätten, Beschützenden Werkstätten und an sonstigen Arbeitsplätzen durchzuführen; Maßnahmen in Krankenhäusern, Anstalten und Heimen müssen auf das erforderliche Maß beschränkt werden. Die Landesregierung ist der Ansicht, daß es möglich sein muß, die fehlenden Einrichtungen für die Behindertenbetreuung bis 1980 zu schaffen. Dafür sollen den Trägern Förderungsmittel des Landes in Höhe von 30 Mio DM zur Verfügung gestellt werden.

Den gedeckten und den geschätzten ungedeckten Bedarf an Plätzen in Sonderkindergärten, Tagesbildungsstätten, Anlernwerkstätten und Beschützenden Werkstätten für geistig Behinderte als der stärksten Behindertengruppe nach dem Stand vom 1. 8. 1969 zeigt Abbildung 51.

Eine große Zahl behinderter Kinder könnte erfolgreicher rehabilitiert werden, wenn es gelänge, die Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einer gezielten Behandlung zuzuführen. Die Frühdiagnose bedarf besonderer ärztlicher Fachkenntnisse. Daher wird angestrebt, bei allen Neugeborenen die Untersuchung durch einen Kinderarzt sicherzustellen. „Risikokinder“ bedürfen einer besonders sorgfältigen fortlaufenden ärztlichen Kontrolle.



Drei Prozent der Gesamtbevölkerung sind wegen psychischer Erkrankungen oder Störungen ständig arbeitsunfähig. Ein weit höherer Anteil ist erkrankt, ohne dauernd arbeitsunfähig zu sein. Der Anteil der psychisch Alterskranken wächst. Der psychisch Kranke wird heute überwiegend nicht mehr in weitab gelegenen Landeskrankenhäusern von seiner Umwelt isoliert, sondern durch ärztliche und soziale Hilfen zur gesellschaftlichen Integration befähigt. Zur Ergänzung ist ein vorsorgender und nachsorgender sozialpsychiatrischer Dienst bei den Gesundheitsämtern aufzubauen, um dem Kranken akute Krisen überwinden zu helfen und die Wiedereingliederung in Familie und Gemeinschaft zu erleichtern. Der Ausbau der Sozialpsychiatrie setzt allerdings eine entsprechende Zahl von Psychiatern voraus. Schließlich müssen für die teilambulante Betreuung psychisch Kranker mehr Betten bereitgestellt werden.

#### Langfristiges Ziel

Möglichst früh einsetzende Maßnahmen der Eingliederung für Körperbehinderte, Sinnesgeschädigte und geistig-seelisch behinderte Menschen.

#### Maßnahmen bis 1975

Förderung von Einrichtungen für die Eingliederung behinderter Menschen, die einen Daueraufenthalt in einer Anstalt entbehrlich machen, wie Tages- und Nachtkliniken, Sonderkindergärten, Anlernwerkstätten, Beschützende Werkstätten und ähnliche Einrichtungen.

#### Landesausgaben

im Programmzeitraum 30 Mio DM.

## 7.4

### Krankenhäuser

In den vergangenen Jahren sind Krankenhäuser in großer Zahl neu errichtet oder ausgebaut worden. Ein größerer Fehlbedarf an Betten besteht im Landesdurchschnitt nicht mehr. Die „Bettendichte“ ist jedoch räumlich noch zu ungleichmäßig; es gibt auch noch zu viele kleine Krankenhäuser. Leistungsfähige neue

Krankenhäuser fehlen insbesondere in einigen ländlichen Gebieten.

Insgesamt ist die Struktur der allgemeinen Akutkrankenhäuser insofern ungünstig, als von 609 Krankenhäusern mit rund 137 000 Planbetten nach dem Stand vom 31.12. 1967 noch 227 Krankenhäuser weniger als 100 Betten hatten. Das sind 37,3% der Krankenhäuser. Eine Größenordnung unter 100 Betten ist jedoch weder medizinisch noch betriebswirtschaftlich vertretbar.

Um zu einem abgestuften, voll ausgewogenen und koordinierten Krankenhausystem zu gelangen, das medizinisch leistungsfähig, aber auch betriebswirtschaftlich vertretbar ist, soll die Versorgung der Patienten nach dem in Vorbereitung befindlichen Landeskrankenhausplan in drei Ebenen erfolgen.

Die örtliche **untere Ebene** wird „erste Versorgungsstufe“ genannt; sie dient dem kommunalen Nahbereich für täglich und laufend anfallende Fälle. In der Regel wird sie kreisangehörige Gemeinden oder Stadtteile von kreisfreien Städten umfassen.

Der Schwerpunkt der Versorgung wird in der überörtlichen **mittleren Ebene** der „zweiten Versorgungsstufe“ liegen, die die schwierigeren Behandlungen durchführt und alle medizinischen Fachrichtungen vorhält. Sie wird regelmäßig in Entwicklungsschwerpunkten oder besonders geeigneten zentralen Orten eines Kreises oder in dem Gebiet einer kreisfreien Stadt liegen. Hier wird es auch Intensivpflegeeinheiten geben und es werden Anästhesieabteilungen einzurichten sein.

In der regionalen **oberen Ebene** der „dritten Versorgungsstufe“ sind alle Fachrichtungen vertreten. Es können Fälle aufgenommen werden, die einer hochdifferenzierten und hochqualifizierten Behandlung bedürfen. Zu dieser dritten Stufe gehören insbesondere die Universitätskliniken und andere besondere Einrichtungen; hier wird sich vornehmlich der medizinische Fortschritt entwickeln. In den Krankenhäusern dieser Versorgungsstufe wird es grundsätzlich Intensivpflegegruppen oder sogar Intensivpflegestationen geben.

Für das Jahr 1980 ist ein Bedarf von rund 137 000 Krankenhausbetten an-

zunehmen. Dieser Bedarf muß auf ein Krankenhausystem von 438 allgemeinen Akutkrankenhäusern aufgeteilt werden. Dafür bietet sich folgendes Schema an: Am Ende der siebziger Jahre sollen in der ersten Versorgungsstufe 270 Krankenhäuser, in der zweiten Versorgungsstufe 138 Krankenhäuser und in der dritten Versorgungsstufe 30 Krankenhäuser (einschließlich Universitätskliniken) vorhanden sein. Bei der Gesamtzahl der Krankenhäuser und der einzelnen Versorgungsstufen muß selbstverständlich eine gewisse Flexibilität gewahrt bleiben.

Besondere Förderung soll die Krankenhausversorgung älterer Menschen erhalten, deren häufig chronische Erkrankungen zu einer entsprechend langen Verweildauer führen. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird im Programmzeitraum und darüber hinaus überdurchschnittlich zunehmen. Dieser Anstieg wird wegen der etwa doppelt so hohen Krankenhaushäufigkeit bei älteren Menschen gegenüber den mittleren Jahrgängen sowohl zu einer vermehrten Inanspruchnahme der Krankenhäuser allgemein als auch zur erhöhten Belegung der geriatrischen Abteilungen führen. Es ist daher eine einschneidende Erhöhung des Bettenanteils für geriatrische Akutranke notwendig. Bis 1980 sollen 6400 zusätzliche Betten für diesen Zweck geschaffen werden.

Seit längerer Zeit besteht für zahlreiche Krankenhäuser das Problem der pflegebedürftigen Kranken, die nicht mehr im Krankenhaus behandelt zu werden brauchen, aber an anderer Stelle nicht aufgenommen werden können. Hier sind Krankenheime (7.72) oder moderne Pflegeheime mit Möglichkeiten zur körperlichen und seelischen Wiederherstellung im Rahmen der verbliebenen Kräfte einzurichten, die die Krankenhäuser entlasten. Noch bestehende Klein- und Kleinstkrankenhäuser sind zweckmäßig in solche Krankenheime umzuwandeln.

Seit Jahren haben viele Krankenhäuser einen dauernden Zuschußbedarf, der von dem jeweiligen Träger aufzubringen ist. In diesen Fällen decken die Pflegesätze die Kosten für die Krankenhausunterhaltung nicht. Die Landesregierung wird darauf drängen, daß durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz sicherge-