



UNIVERSITÄTS-  
BIBLIOTHEK  
PADERBORN

# **Universitätsbibliothek Paderborn**

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

**Nordrhein-Westfalen / Landesregierung**

**Düsseldorf, 1970**

7. Gesundheit und Soziales

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



## 7. GESUNDHEIT UND SOZIALES

Heute ist der Mensch stärker als früher durch äußere und innere Einflüsse gesundheitlich gefährdet, weil die Umwelt- und Lebensbedingungen sich schwerwiegend verändert haben. Anpassungsschwierigkeiten nehmen vielen Menschen das Gefühl des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Die Folgen von Motorisierung, industrieller Luft- und Wasserverunreinigung, Nahrungsmittelverfälschung, Genußmittel- und Arzneimittelmisbrauch, der weitverbreitete körperliche Trainingsverlust, die seelisch-geistige Überforderung durch Massenkommunikationsmittel haben dazu beigetragen, daß als Ausdruck verminderter Belastbarkeit und Widerstandsfähigkeit die Zivilisationskrankheiten immer mehr zunehmen. Regierung und Verwaltung müssen daher Maßnahmen zum Schutz und zur Erhaltung der Gesundheit sorgfältig planen und festlegen. Zu den Bemühungen, Krankheiten jeder Art zu bekämpfen, müssen soziale Pflege- und Hilfsmaßnahmen besonders für alte Menschen treten.

Kindergärten müssen weiter ausgebaut werden. Bereits hier muß mit Bildungsprozessen begonnen werden, die später über eine differenzierte Jugendbildungsarbeit den jungen Menschen befähigen sollen, die veränderte Umwelt zu meistern. Das Förderprogramm der Jugendpflege wird weiterhin in Landesjugendplänen dargestellt und festgelegt werden. Die Stärkung der sozialstaatlichen Demokratie ist das Ziel. Die jungen Menschen müssen durch mehr Wissen, Einsichten und Kenntnisse befähigt werden, ihre zukünftige Verantwortung zu übernehmen. Über die Landesjugendpläne hinaus wird die gesamte Jugend- und Familienhilfe in den kommenden Jahren eine erweiterte Förderung erhalten. Das gilt insbesondere für die Kindertagesstätten, die Erholungswerke für Kinder, Jugendliche und Familien, die Eltern- und Erziehungsberatungsstellen sowie die Mütterschulen.

### 7.1

#### Öffentliches Gesundheitswesen

Die Maßnahmen der kommunalen Gebietsreform werden auf den öffentlichen Gesundheitsdienst Rückwirkungen haben. Die vergrößerten Zuständigkeitsbereiche der Gesundheitsämter mit mindestens 150 000 Einwohnern werden ein konzentrierteres und besseres Arbeiten bei allen amtsärztlichen Aufgaben ermöglichen, zu vermehrter Beschäftigung von Spezialisten verschiedener Fachrichtungen und zu einer besseren apparativen Ausstattung führen. Die Gesundheitsämter müssen allerdings für die Bevölkerung erreichbar bleiben. Es sind daher verstärkt Bezirks- und Nebenstellen einzurichten, so daß alle Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge und -hilfe jedem Bürger in „Kinderwagenentfernung“ zur Verfügung stehen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst wird zahlreiche neue und erweiterte Aufgaben erfüllen müssen. Sie werden nur von dafür besonders vorgebildeten Ärzten durchgeführt werden können, die über die bisher vermittelte Ausbildung hinaus auf den Gebieten der Verhaltenswissenschaften, Sozialpsychologie, Sozialpädiatrie, Medizinalstatistik und Dokumentation, des Rechts und der Verwaltung, der elektronischen Datenverarbeitung und der Wirkung und Methodik des Einsatzes der Massenkommunikationsmittel geschult sind. Eine derartige Ausbildung läßt sich nur konzentriert und in größerem Rahmen durchführen. Das Land plant daher im Programmzeitraum den Ausbau der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf zu einer von acht Bundesländern getragenen zentralen „Akademie für öffentliches Gesundheitswesen“. Hier sollen alle Ausbildungsvoraussetzungen für die Zukunftsaufgaben der Gesundheitsämter geschaffen werden. Die Ausbildungskapazität für Ärzte, Zahnärzte, Pharmazeuten, Gesundheitsinspektoren und -erzieher wird in der Endausbaustufe 500 Personen jährlich umfassen und 1977 erreicht sein.

#### Langfristiges Ziel

Verbesserung des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsaufsicht sowie der Gesundheitsfür- und -vorsorge durch hochspezielle Ausbildung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen.

### 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.

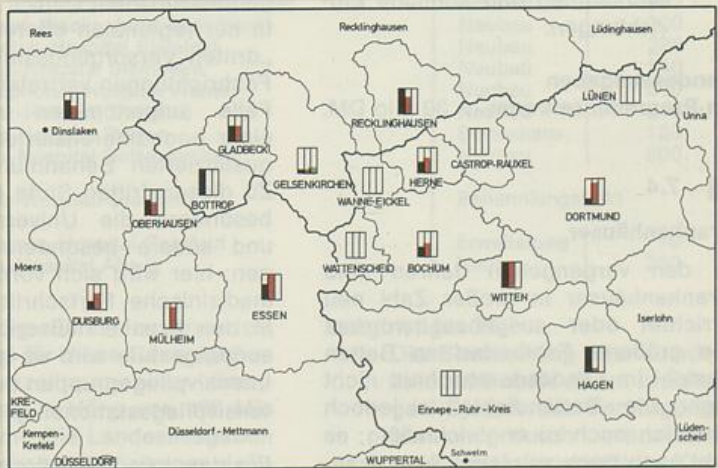
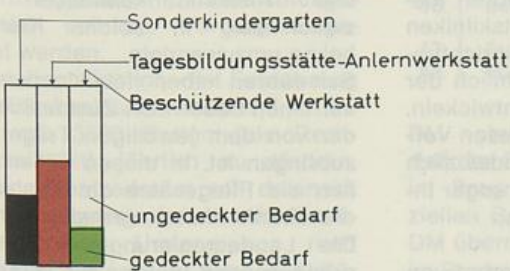
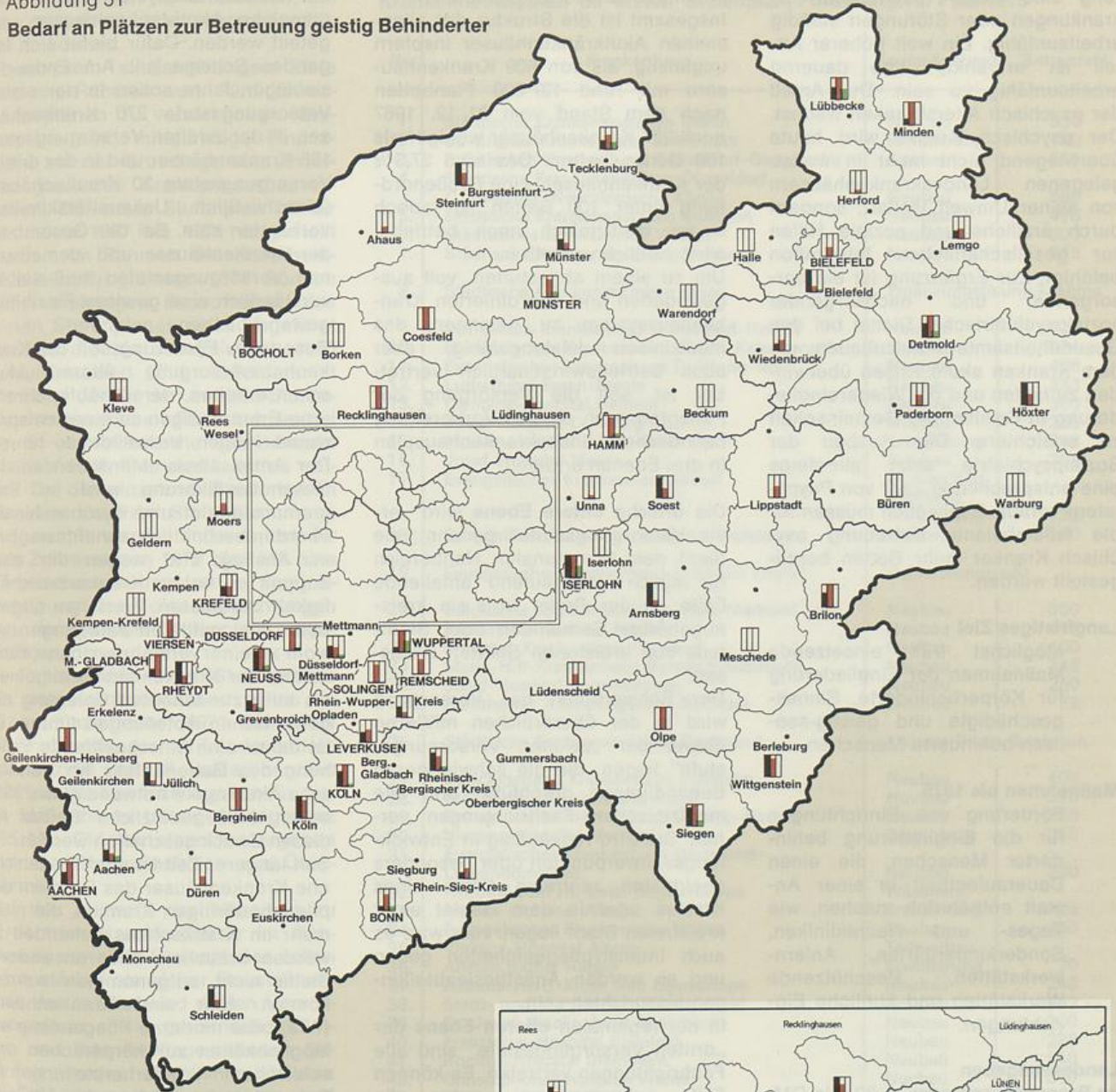
Den Behinderten muß bei der Eingliederung in Beruf und Gesellschaft geholfen werden. Ein großer Teil der dafür erforderlichen Einrichtungen ist noch zu schaffen. Ärztliche, schulische, berufliche und soziale Maßnahmen der Eingliederung in die Gemeinschaft sind möglichst in geeigneten Tageseinrichtungen 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.

Abbildung 51

Bedarf an Plätzen zur Betreuung geistig Behinderter



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 Krankenhausssystem 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 Krankenhausssystem 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-



stellt wird, daß alle Krankenhäuser die notwendigen Mittel erhalten, um ihre Aufgaben bedarfsgerecht erfüllen zu können.

Diese zum Teil langfristigen Ziele sind im Rahmen von Fünf-Jahres-Stufenplänen zu verwirklichen. Stufenpläne sind mittelfristige Finanzpläne auf der Grundlage von einzelnen geplanten Krankenhausbauvorhaben. Der erste Stufenplan ist für die Jahre 1967 bis 1971 aufgestellt worden. Im Rahmen des Nordrhein-Westfalen-Programms 1975 können daher diejenigen Bauvorhaben des ersten Stufenplanes nicht angeführt werden, die bis einschließlich 1970 schlußfinanziert sind. Außerdem ist die Höhe der für den zweiten Stufenplan vorgesehenen Förderungsmittel soweit vermindert, wie Bauvorhaben erst ab 1976 finanziert werden sollen. Da die einzelnen Bauvorhaben für den zweiten Stufenplan noch ausgewählt werden müssen, ist für den Zeitraum von 1972 bis 1975 eine Vergleichsrechnung unter Berücksichtigung der Folgeverpflichtungen aus dem ersten Stufenplan aufgestellt worden.

Im Rahmen des ersten Stufenplanes für den Krankenhausbau sollen im Programmzeitraum (1971 bis 1975) 21 Krankenhäuser mit Landesmitteln anfinanziert und 27 weiterfinanziert werden. Die Landesausgaben für diese Maßnahmen betragen insgesamt 535 Mio DM. Im einzelnen ergeben sich die Baumaßnahmen aus Übersicht 52.

Bei der Auswahl der einzelnen zu fördernden Krankenhäuser im Rahmen des zweiten Stufenplanes sollen noch stärker als bisher Baumaßnahmen der zweiten und dritten Versorgungsstufe sowie geriatrische Kliniken und Intensivpflegestationen gefördert werden. Krankenhausbauten in Entwicklungsschwerpunkten und in besonders geeigneten zentralen Orten in ländlichen Gebieten sowie Ergänzungsbauten in Verdichtungsgebieten soll der Vorrang eingeräumt werden.

Es ist beabsichtigt, die Erneuerung des Krankenhausbestandes im Umfang von 3500 Betten (als Rechnungseinheit) jährlich zu fördern. Im Programmzeitraum soll demnach eine Erneuerung des Krankenhausbestandes im Umfang von rund 17 500 Betten erreicht werden. Dafür sind Ausgaben in Höhe von 1711 Mio

## Übersicht 52

### Krankenhausbauten im ersten Stufenplan, Förderung 1971 bis 1975

Nr.	Krankenhaus	Baumaßnahme	Bettenzahl
1.	Städtische Krankenanstalten Düren	Neubau	536
2.	St.-Brigida-Krankenhaus Simmerath	Erweiterung	130
3.	Städtisches Krankenhaus Düsseldorf-Gerresheim	Neubau	511
4.	Städtische Krankenanstalten Düsseldorf (Universität, Neurologische Klinik)	Neubau	560
5.	Städtische Krankenanstalten Solingen	Neubau	475
6.	Städtisches Krankenhaus Velbert	Neubau	600
7.	Städtische Krankenanstalten Duisburg	Neubau	545
8.	Städtische Krankenanstalten Essen	Ergänzungsbaumaßnahme	
9.	Dominikus-Krankenhaus Düsseldorf-Heerd	Neubau	427
10.	Evangelisches Krankenhaus D'dorf-Kaiserswerth	Neubau	424
11.	Evangelisches Krankenhaus Duisburg-Nord	Neubau	466
12.	Lutherhaus Essen-Steele	Neubau	333
13.	Clemens-Hospital Geldern	Neubau	360
14.	Josef-Hospital Duisburg-Laer	Neubau	280
15.	Marien-Hospital Essen-Altenessen	Erweiterung	248
16.	Josef-Hospital Moers	Neubau	368
17.	Evangelisches Krankenhaus Wesel	Zweiter Bauabschnitt, Erweiterung	170
18.	Evangelisches Altenkrankenheim Krefeld	Neubau	160
19.	Evangelisches Krankenhaus Mülheim (Ruhr)	Behandlungstrakt	
20.	Städtische Krankenanstalten Köln-Merheim	Neubau	300
21.	Katharinen-Hospital Frechen	Neubau	455
22.	Malteser-Krankenhaus Duisdorf	Neubau	400
23.	Maria-Hilf-Krankenhaus Bergisch-Gladbach	Neubau	248
24.	Josef-Hospital Engelskirchen	Neubau	250
25.	Städtisches Altenpflegeheim Bochum	Neubau	79
26.	Städtische Krankenanstalten Dortmund	kleinere Baumaßnahmen	
27.	Zweckverband Krankenhaus Schwelm	Neubau	400
28.	Städtisches Krankenhaus Soest	Neubau	275
29.	Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel	Neubau	320
30.	Vinzenz-Hospital Menden	Bettenhaus	318
31.	Evangelisches Krankenhaus Dortmund-Lütgendortmund	Neubau	300
32.	Hospital zum Hl. Geist Hagen-Haspe	Wäscherei	
33.	Marien-Hospital Witten	Erweiterung	175
34.	Evangelisches Krankenhaus Witten	Neubau	450
35.	Vinzenz-Hospital Altena	Teilneubau	
36.	Anstalt Bethel Hagen	Erweiterung	70
37.	Asthma-HNO-Klinik Bad Lippspringe	Neubau	243
38.	Stadt- und Kreiskrankenhaus Herford	Neubau	652
39.	St.-Josef-Krankenhaus Paderborn	Neubau	200
40.	Franziskus-Hospital Bielefeld	Neubau	280
41.	Rochus-Hospital Steinheim	Neubau	140
42.	Christophorus-Hospital Werne	Neubau	310
43.	Vinzenz-Hospital Datteln	Neubau	200
44.	Marien-Hospital Borken	Bettenhaus	180
45.	Marien-Hospital Gelsenkirchen	Neubau	600
46.	Barbara-Hospital Gladbeck	Behandlungstrakt	
47.	St.-Vinzenz-Hospital Coesfeld	Erweiterung	70
48.	Marien-Hospital Ahaus	Neubau	260

DM notwendig. Es ist zu erwarten, daß der Bund für diese Bauaufgaben im Programmzeitraum einen finanziellen Beitrag in Höhe von 400 Mio DM übernimmt. Die Landesausgaben im Programmzeitraum betragen demnach 1311 Mio DM.

#### Langfristiges Ziel

Die Bevölkerung aller Landesteile muß nach einem dreistufigen System der Versorgungsbereiche durch ausreichend große und leistungsfähige Krankenhäuser versorgt werden.

### Maßnahmen bis 1975

Förderung des Baues von Krankenhäusern im Umfang von rund 3500 Betten jährlich; verstärkte Förderung des Baues von Krankenhäusern der zweiten und dritten Versorgungsstufe, von geriatrischen Kliniken und von Intensivpflegestationen; Vorrang des Baues von Krankenhäusern in Entwicklungsschwerpunkten und besonders geeigneten zentralen Orten ländlicher Gebiete sowie Vorrang von Ergänzungsbauten in Verdichtungsgebieten.

### Landesausgaben

im Programmzeitraum 1311 Mio DM.

## 7.5

### Arbeitsunfallverhütung

Die Zahl der gemeldeten Arbeitsunfälle in Nordrhein-Westfalen hat bis 1960 jährlich zugenommen. Seither schwankt die Zahl der Unfälle um einen Mittelwert, ohne sich wesentlich zu verändern. Die Zahl der Unfalltoten am Arbeitsort betrug im letzten Jahrzehnt etwa 1100 jährlich, die Zahl der Toten im häuslichen Bereich über 3000. Die Zahl der gemeldeten und anerkannten Berufskrankheiten ist, abgesehen von kleineren Schwankungen, konstant. Der wirtschaftliche Aufwand für die Unfallheil- und -folgekosten wird allein für die Unfälle im gewerblichen Bereich auf jährlich etwa 5 Mrd DM geschätzt. Die gleichbleibende Tendenz in der Unfallentwicklung zeigt, daß man mit den Wegen, die die Unfallverhütung bisher beschritten hat, wesentliche Erfolge nicht mehr erzielen kann. Es müssen daher neue Ansätze gemacht werden.

Durch die zunehmende Automatisierung werden die klassischen Berufskrankheiten abnehmen, dafür werden Erkrankungen durch nervöse Belastungen zunehmen. Die Erkenntnisse der Arbeitsmedizin auf dem Gebiet der nervösen Beanspruchung müssen daher erheblich erweitert und vertieft werden; die arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Forschung ist mit Schwerpunkten in dieser Richtung anzusetzen. Um dem Anwachsen der Frühinvalidität vorzubeugen, ist auch die praktische

Arbeitsmedizin in ihrem Umfang erheblich zu erweitern. Die Betriebe sollten sich zusammenschließen und gemeinsame Werkarztzentren einrichten, von denen aus die Arbeitnehmer arbeitsmedizinisch versorgt werden können. Die Einrichtung solcher Dienste ist besonders im Hinblick auf die zunehmende nervöse Belastung zu fordern.

Die Bevölkerung ist durch ständige Maßnahmen über die Unfallgefahren in Betrieb und Haushalt aufzuklären und vom Wert der Sicherheit zu überzeugen. Nur so ist mit einer wesentlichen Senkung der Unfallzahlen zu rechnen. Im Programmzeitraum werden dafür Kosten in Höhe von 4 Mio DM entstehen.

An den Hochschulen soll Sicherheitstechnik verstärkt gelehrt werden. Ein entsprechender Unterricht an den Berufs- und Berufsfachschulen müßte eingeführt werden. Die bereits in der Praxis befindlichen Kräfte sollten durch Fortbildungstagen mit dem Problem der Sicherheit konfrontiert werden. Um geeignete wissenschaftliche Grundlagen für die Unfallbekämpfung zu erhalten, soll eine zentrale Einrichtung für Unfallforschung und Sicherheitstechnik errichtet werden. Im Programmzeitraum werden dafür Kosten in Höhe von 5 Mio DM entstehen.

### Langfristiges Ziel

Die Zahl der Berufsunfälle und Berufskrankheiten, insbesondere die mit tödlichem Ausgang und die, die zur Frühinvalidität führen, muß gesenkt werden.

### Maßnahmen bis 1975

Fortdauernde Aufklärungstätigkeit; Einrichtung eines Instituts für Unfallforschung und Sicherheitstechnik.

### Landesausgaben

im Programmzeitraum 9 Mio DM.

## 7.6

### Kindergärten

Am Jahresende 1970 wird es in Nordrhein-Westfalen rund 5000 Tageseinrichtungen für Kinder (Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Krippen und Krabbelstuben) mit rund 350 000 Plätzen geben.

Von 100 Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren können etwa 42 Tageseinrichtungen besuchen.

Das Land hat in den Jahren 1968 und 1969 besondere Anstrengungen unternommen, um die bauliche Verbesserung und den Neubau von Tageseinrichtungen zu fördern. Während in den Jahren 1960 bis 1967 durchschnittlich jährlich rund 11 000 neue Plätze geschaffen werden konnten, wurde 1968 und 1969 die Einrichtung von rund 45 000 Plätzen gefördert.

Der weitere Bedarf an Kindergartenplätzen hängt von der Entscheidung über das künftige Kindergartenalter und von der künftigen Nachfrage nach Kindergartenplätzen ab.

Der Kindergarten hat im Zusammenwirken mit der Familie einen Erziehungsauftrag zu erfüllen. Die Erziehung des Kleinkindes im Kindergarten stellt noch die Individualisierung des erzieherischen Umgangs und das schöpferische Selbsttun in den Vordergrund, vermittelt aber doch schon – möglichst informell und natürlich – die gesellschaftlichen Bezüge. Dabei bereitet der Kindergarten das Kind, das sich nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen in einer günstigen Lernphase befindet, auch auf die Schule vor. Die Frage, ob die vorschulische Erziehung der Fünfjährigen künftig der Vorklasse der Grundschule vorbehalten bleiben soll, wird die Landesregierung nach Auswertung des Schulversuchs „Vorklasse“ entscheiden.

Es gibt zur Zeit keine völlig gesicherten Erkenntnisse darüber, wieviel Kindergartenplätze im Verhältnis zur Bevölkerungszahl oder zur Kinderzahl erforderlich sind. Es steht jedoch fest, daß die Nachfrage über den heutigen Bestand erheblich hinausgeht. Der Wert des Kindergartens als Bildungsstätte wird in der Bevölkerung immer stärker anerkannt. Da ein Kindergarten einen Mindesteinzugsbereich voraussetzt und ein Teil der Dreijährigen für einen Kindergartenbesuch nicht in Betracht kommt, ist die Annahme des Bedarfs an Kindergartenplätzen von etwa 75% der Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren durchaus realistisch. Bei einer angenommenen Jahrgangsstärke von 280 000 Kindern besteht in Nordrhein-Westfalen ein zusätzlicher Bedarf von etwa 250 000 Plätzen. Dieser Bedarf wird sich auch durch die mögliche Einführung der

Vorklasse nicht wesentlich vermindern, da die soziale Aufgabe des Kindergartens für die Fünfjährigen erhalten bleibt und die Reduzierung der Gruppenstärke dringend notwendig ist. Im Programmzeitraum sollen daher durchschnittlich pro Jahr 40 000 Plätze in Tageseinrichtungen für Kinder gefördert werden. Dadurch werden Landesausgaben in Höhe von insgesamt 300 Mio DM entstehen.

Die Vergrößerung des Platzangebotes in Tageseinrichtungen für Kinder hängt vor allem davon ab, daß genügend sozialpädagogische Fachkräfte zur Verfügung stehen. In den Tageseinrichtungen für Kinder werden Ende 1970 rund 7000 voll ausgebildete sozialpädagogische Fachkräfte tätig sein, so daß etwa jede dritte Gruppe in einer Tageseinrichtung für Kinder nicht mit einer sozialpädagogischen Fachkraft besetzt sein wird.

Die Gruppenstärke soll nach den vorliegenden Richtlinien bei Kinderkrippen 6 bis 10 Kinder, bei Krabbelstuben 8 bis 10 Kinder, bei Kindergärten 25 bis 30 Kinder, bei Kinderhorten 20 bis 25 Kinder und bei Tagesstätten 15 bis 30 Kinder betragen. Diese Richtsätze werden zur Zeit nicht selten überschritten, weil die vorhandenen Plätze und Fachkräfte nicht ausreichen. Der Fachkräftemangel in Tageseinrichtungen für Kinder ist nicht darauf zurückzuführen, daß die sozialpädagogischen Berufe nicht gewählt werden. Die Bereitschaft, den Beruf einer Kindergärtnerin und Hortnerin oder einen sonstigen sozialpädagogischen Beruf zu ergreifen, hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Die vorhandenen 51 Fachschulen für Erzieher, die neun Höheren Fachschulen für Sozialpädagogik sowie die fünf Höheren Fachschulen für Sozialpädagogik in Aufbauform sind zur Zeit nicht in der Lage, alle Bewerbungen zu berücksichtigen. Die Zahl der Bewerbungen im Bereich der Fachschulen für Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen übersteigt vielfach die Aufnahmekapazität dieser Bildungseinrichtungen um das Doppelte.

Im Programmzeitraum sind deshalb neue Ausbildungsstätten zu schaffen und die Kapazität der vorhandenen Fachschulen zu erweitern. Die Fachrichtung Sozialpädagogik soll in den

Jahren 1971 bis 1975 so ausgebaut werden, daß sich die Zahl der Abschlüsse von etwa 270 auf etwa 500 erhöht. Außerdem sollen 15 weitere Fachschulen für Erzieher eingerichtet werden; der jährliche Schulabschluß erhöht sich damit von bisher etwa 1300 auf etwa 1800. Die neuen Ausbildungsplätze werden teils in neuen Ausbildungsstätten, teils durch Parallelzüge geschaffen werden. Von 1971 bis 1975 sind für den Bau dieser Ausbildungsstätten rund 30 Mio DM Landesmittel erforderlich.

Außerdem müssen die Betriebskosten der Kindergärten neu verteilt werden. Ein Kindergartenplatz kostet jährlich etwa 750 DM. Davon tragen die Eltern durchschnittlich ein Drittel, die öffentliche Hand 5 bis 10 Prozent, den Rest die Träger. Träger sind zu 91 Prozent freie Verbände der Wohlfahrtspflege. Das Land Nordrhein-Westfalen wendet zur Zeit jährlich 12 Mio DM auf. Bis 1975 soll erreicht werden, daß die Eltern, die Träger und die öffentliche Hand je ein Drittel der Betriebskosten übernehmen. Darüber hinaus sollen die Eltern langfristig von Beitragsverpflichtungen freigestellt werden, so daß dann Kindergärten ebenso wie die Schule kostenlos besucht werden können.

#### Langfristiges Ziel

Jedes Kind muß die Möglichkeit haben, einen von sozialpädagogischen Fachkräften betreuten Kindergarten gebührenfrei zu besuchen, wenn dies von den Eltern gewollt wird.

#### Maßnahmen bis 1975

Förderung des Ausbaues von rund 200 000 Kindergartenplätzen; Erhöhung der Ausbildungskapazität der Fachrichtung Sozialpädagogik an Fachhochschulen auf jährlich etwa 500 Abschlüsse; Errichtung von 15 Fachschulen für Erzieher.

#### Landesausgaben

im Programmzeitraum 330 Mio DM.

## 7.7

### Altenhilfe

In allen hochentwickelten Industriegesellschaften steigt die Lebenserwartung an. Am Beginn unseres Jahrhunderts lag die mittlere Lebenserwartung in Deutschland noch bei etwa 46 Jahren. Im Jahre 1980 wird die Lebenserwartung seit 1900 um etwa 25 Jahre gestiegen sein. Der technische, soziale und medizinische Fortschritt erweitert bisher ständig die Lebensspanne der Menschen.

Der Anteil der über 65jährigen in der Bundesrepublik Deutschland betrug 1960 10,9 Prozent der Gesamtbevölkerung, er umfaßt 1970 rund 12 Prozent, wird 1980 etwa 14,4 Prozent erreichen und sich bis zum Jahre 2000 bei etwa 12 bis 13 Prozent einpendeln.

Der im Grundgesetz verankerte Sozialstaat hat die Aufgabe, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die älteren Bürger die gewonnenen Lebensjahre mit Inhalt erfüllen können. Diese Aufgabe kann vor allem durch gesundheitspolitische Maßnahmen und durch die Sicherung menschenwürdiger Wohn- und Lebensbedingungen erfüllt werden.

## 7.7.1

### Gesundheit für alte Menschen

Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge für alte Menschen müssen nach Auffassung der Landesregierung unter den zahlreichen Arten und Formen der öffentlichen Hilfen einen noch bedeutenderen Platz einnehmen. Die vom Land bereits bisher geförderte Altenerholungsfürsorge wird in den nächsten Jahren noch an Bedeutung gewinnen. Aus Gründen der gesundheitlichen Erholung, aber auch als Möglichkeit der aktiven Lebensgestaltung im Alter, schätzen immer mehr alte Bürger die Urlaubsreise. Gesundheit und Zufriedenheit stehen vielfach in einer Wechselbeziehung. Deshalb kommt es darauf an, den alten Menschen mit allen Mitteln und Kräften gesund zu erhalten. Die Mittel und Wege zu diesem Ziel sind so verschieden wie die Bedürfnisse der einzelnen alten Menschen. Um gesund und zufrieden zu bleiben, muß der alte Mensch die noch vorhandenen Kräfte aktivieren, sei es durch



geeignete Formen der Arbeit oder mehr noch durch die Beschäftigung mit Hobbys. Wenn auch nur selten neue Aktivitäten und Interessen im alten Menschen zu wecken sind, so können doch die vorhandenen, insbesondere durch Bildung und Erholung, erhalten und gefördert werden.

#### Langfristiges Ziel

Die Altenerholung ist stark auszubauen und zu verbessern; älteren Bürgern müssen angemessene Wege der Bildung und Fortbildung eröffnet werden; das Land wird sich dafür einsetzen, daß älteren Menschen langfristig ärztliche Vorsorgeuntersuchungen kostenlos angeboten werden können.

#### Maßnahmen bis 1975

Die Altenerholung wird stärker und zugunsten eines größeren Kreises von Alten gefördert; das Bildungsprogramm der Volkshochschule für alte Menschen muß angemessen ausgebaut werden.

#### Landesausgaben im Programmzeitraum

25 Mio DM (Altenerholung)

### 7.72

#### Wohnungen und Heime für alte Menschen

Die modernen Wohn- und Lebensbedingungen der alten Bürger müssen aus deren Vorstellungen und Bedürfnissen ermittelt werden. Ein Teil der alten Bürger wird auch heute an die Familie gebunden bleiben, obwohl es mit Sicherheit kein Zurück zu der Dreigenerationenfamilie der vorindustriellen Gesellschaft geben wird. Der größere Teil erstrebt unabhängige Lebensverhältnisse („Frauen mit eigenem Haushalt“), wenn auch mit besonderen Hilfen und Sicherheiten. Zu den Wohn- und Lebensbedingungen haben heute die meisten alten Menschen drei Wünsche:

- Solange wie möglich selbständig zu sein,
- mitten in der Öffentlichkeit (Gemeinschaft) und nicht isoliert zu leben,
- Hilfe, Betreuung und Sicherheit für den Fall der Hinfälligkeit zu haben.

Dem Verlangen nach Selbständigkeit entspricht vor allem die „altengerechte“ Wohnung, die Altenwohnung. Daher ist die Förderung von Altenwohnungen ein Schwerpunkt des künftigen öffentlich geförderten Wohnungsbaues (5.3). Die Altenwohnung muß nach Lage, Größe, Grundriß und Einrichtung dem Vermögen und den Bedürfnissen der alten Menschen entsprechen. Die Wohnlage darf nicht zu einer Isolierung des alten Menschen führen.

Auch im hohen Alter ist der Mensch auf die Chance möglichst vieler Kontakte zur Umwelt angewiesen. Die Überbetonung der Ruhe für den alten Menschen hat nicht selten zu einer gefährlichen Isolierung und Vereinsamung geführt. Es kommt darauf an, Altenwohnungen, wenn auch gruppiert, den allgemeinen Wohngebieten zuzuordnen. Altenwohnungen wie auch Heime dürfen nicht allzu fern vom Stadtkern oder von den gewerblichen und kulturellen Zentren und Nebenzentren gebaut werden. Die alten Menschen dürfen nicht aus den gesellschaftlichen Zentren abgeschoben werden. Dem Wunsche, bei Krankheit oder Hinfälligkeit in sicherer Nähe Hilfe zu erhalten, kann dadurch entsprochen werden, daß man in unmittelbarer Nähe von Altenwohnungen ein Krankenhaus errichtet oder Altenwohnungen einem Altenheim mit Altenpflegeabteilung zuordnet.

Das bisherige, auf konservative Pflege abgestellte Pflegeheim muß durch das Krankenhaus abgelöst werden, das auf Rehabilitation in dem Sinne abzielt, daß die verbliebenen Kräfte geübt und erhalten werden. Es muß über entsprechende Einrichtungen der physikalischen Therapie, der Bewegungs- und Beschäftigungstherapie verfügen.

Der Bedarf an Wohnungen und Heimen für alte Menschen richtet sich nach der Zahl der alten Menschen und nach deren Nachfrage. Im Jahre 1980 werden in der Bundesrepublik Deutschland etwa 8,4 Mio alte Menschen leben, davon etwa 2,8 Mio in Nordrhein-Westfalen.

Der Bedarf an Altenheimen wie an Altenwohnheimen wird stark von dem Bestand an Altenwohnungen beeinflusst. Die Landesregierung will den Altenwohnungsbau in Zukunft noch stärker fördern. Die Landesre-

gierung schätzt den Bedarf an Altenheim- oder Altenwohnheimplätzen auf 2,7 Prozent der über 65jährigen Bürger. Der Bedarf an Altenkrankenheimplätzen (Altenpflegeheimplätzen) wird dagegen mit 1,5 Prozent angesetzt.

Im Jahre 1969 gab es in Nordrhein-Westfalen 61 000 Plätze in Altenheimen einschließlich Altenwohnheimen. 1980 wird ein Bedarf von rund 76 000 Plätzen bestehen, also ein Fehlbedarf von rund 15 000 Plätzen. Der Bedarf an Altenheimplätzen ist daher im wesentlichen gedeckt. Allerdings entspricht ein beträchtlicher Teil des gegenwärtigen Bestandes nicht modernen Anforderungen, so daß ein Zusatzbedarf an Ersatzbauten und an Modernisierungsmaßnahmen vorliegt. Dafür sollen im Programmzeitraum 105 Mio DM Landesmittel eingesetzt werden. 1969 gab es 5400 Plätze in Krankenheimen (Altenpflegeheimen), 1980 wird ein Bedarf von 42 000 Plätzen bestehen, also ein Fehlbedarf von rund 36 000 Plätzen.

Im Programmzeitraum sollen 10 000 Plätze in Altenkrankenheimen mit Förderungsmitteln des Landes in der Gesamthöhe von 250 Mio DM errichtet werden. Außerdem sollen 30 000 Altenwohnungen mit Landesmitteln in Höhe von 195 Mio DM gefördert werden. Bei den Beträgen für Altenheime und Altenwohnungen handelt es sich um Wohnungsbau-mittel (5.36).

#### Langfristiges Ziel

In Nordrhein-Westfalen müssen etwa 110 000 Plätze in Altenheimen oder Altenwohnheimen und Krankenheimen (Altenpflegeheimen) vorhanden sein. Dabei ist ein Bestand von mindestens 40 000 Altenwohnungen vorausgesetzt.

#### Maßnahmen bis 1975

Förderung von 30 000 Altenwohnungen (auch solchen in Altenwohnheimen), 7000 Plätzen in Altenheimen und 10 000 Plätzen in Krankenheimen (Altenpflegeheimen).

Landesausgaben  
im Programmzeitraum 550 Mio DM.