



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.) und Haushalts- und Finanzausschuss (15.)**

### **Gemeinsame Sitzung (öffentlich)**

21. Februar 2018

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:35 Uhr bis 14:55 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (AGS)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

### **Verhandlungspunkt:**

**Das derzeitige System der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen muss grundlegend überarbeitet werden! Investitionsstau bei Krankenhäusern abbauen ohne Kommunen mehr zu belasten!**

**3**

Antrag

der Fraktion der SPD

Drucksache 17/811

– Anhörung von Sachverständigen (*siehe Anlage*)

\* \* \*



**Vorsitzende Heike Gebhard (AGS):** Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer 13. Sitzung und der heutigen Anhörung. Ganz besonders begrüße ich die Mitglieder unseres Ausschusses, die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung sowie unsere Experten, deren schriftlichen Stellungnahmen uns sehr frühzeitig erreicht haben, sodass wir uns gut vorbereiten konnten. Ich darf darüber hinaus Zuhörerinnen und Zuhörer sowie Medienvertreter begrüßen. Ganz besonders begrüße ich auch den Sitzungsdokumentarischen Dienst. Was wären wir gerade bei Anhörungen ohne Sie!

Auf der heutigen **Tagesordnung** steht der Antrag:

**Das derzeitige System der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen muss grundlegend überarbeitet werden! Investitionsstau bei Krankenhäusern abbauen, ohne Kommunen mehr zu belasten!**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 17/811

– Anhörung von Sachverständigen (*siehe Anlage*)

Zu dieser Anhörung sind Sie mit der Einladung E 17/218 fristgemäß eingeladen worden. Ich kann damit die Sitzung offiziell eröffnen.

Diesen Antrag haben wir am 11. Oktober 2017 im Parlament erstmalig beraten. Er ist federführend an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales überwiesen worden. Mitberatend sind der Innenausschuss sowie der Ausschuss für Heimat, Kommunales, Bauen und Wohnen und der Haushalts- und Finanzausschuss. Letztgenannter hat sich entschieden, pflichtig an unserer Anhörung teilzuhaben.

Die abschließende Abstimmung wird nach der Beschlussfassung des Plenums in unserem federführenden Ausschuss in öffentlicher Sitzung erfolgen. Wir haben am 8. November 2017 beschlossen, dass wir zu diesem Antrag eine Anhörung durchführen wollen. Diese findet heute statt.

Die Ausschussmitglieder kennen den begrenzten Zeitrahmen. Wir legen die meisten Anhörungen vor unsere regulären Sitzungen, d. h. wir sind zeitlich etwas begrenzt. Die Damen und Herren Sachverständigen dürfen aber davon ausgehen, dass ihre Stellungnahmen von den Abgeordneten gründlich studiert worden sind und wir deshalb auf einführende Statements verzichten können. Die Abgeordneten werden sich so gleich mit Fragen an Sie wenden.

Auch die Abgeordneten kennen die Spielregeln: Es ist hilfreich, wenn Sie präzise benennen, an welche Sachverständigen Sie Ihre Fragen richten. – Ich bitte um Wortmeldungen. Die erste Wortmeldung liegt mir bereits von Herrn Kollegen Yüksel vor.

**Serdar Yüksel (SPD):** Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Verehrte Sachverständige, ganz herzlichen Dank seitens der SPD-Fraktion für die umfangreichen Stellungnahmen. Das Thema ist durchaus nicht neu. Es begleitet uns gerade in diesem Ausschuss schon seit einigen Jahren in der politischen Diskussion. Ich fürchte, dies wird auch nicht die letzte Anhörung zu dem Thema sein, die wir zu bewältigen haben. Es geht aus den Stellungnahmen hervor, dass Regelungsbedarf gesehen wird.

Ich habe konkrete Nachfragen, die sich aus den Stellungnahmen ergeben. Die erste Frage richte ich an die Krankenkasse. Sie schreiben auf Seite 1 Ihrer Stellungnahme – ich zitiere –:

Der rechnerische Investitionsbedarf wird – trotz vollständiger Investitionsverpflichtung – nur zu etwa einem Drittel gedeckt. Jährlich fehlen den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern etwa eine Milliarde Euro an öffentlicher Investitionskostenförderung. Eine Ausweitung der Fördersumme für Krankenhäuser ist daher dringend geboten.

Dann machen Sie Vorschläge für eine Mittelverteilung durch eine aktivere Krankenhausplanung. Wann sagen Sie Ihren Versicherten oder den Krankenhäusern, mit welchen Ressourcen die Kliniken künftig im Markt gehalten werden können? Wann sagen Sie, welche Klinik vom Markt genommen werden soll? Die Patienten bleiben. Sinkt die Versorgung der Patienten nicht automatisch, wenn es zu einer Bereinigung der Krankenhauszahlen kommt?

Herrn Mintrop, Sie schildern in Ihrer Stellungnahme sehr eindrucksvoll den Investitionsbedarf in Ihrem Haus. Handelt es sich bei den Einzelförderplänen von Minister Laumann also nur um eine unausgereifte Kür, die die Pflicht der flächendeckenden Erhöhung der Investition vergisst? In welcher Form gefährdet der anhaltende Investitionsstau konkret die Versorgung der Bevölkerung? Dazu interessiert mich die Sicht des Praktikers.

Sie sagen weiterhin, ein Drittel der Investitionen der Krankenhäuser wird aus Eigenmitteln der Häuser und Träger finanziert. Ist die Landespolitik damit Teilschuld an der schlechten Situation der Pflegenden, da diese Gelder aus dem DIG-System eigentlich für das Personal verwendet werden sollten? Wie stark hängen attraktive Arbeitsplätze in der Pflege an der Investitionsfinanzierung?

Die KGNW schreibt – ich zitiere –:

Wir brauchen eine verlässliche und transparente Aussage darüber, wie wir das Problem der anerkannten Förderlücke in den nächsten Jahren angehen. Eine Debatte über Strukturen darf davon nicht ablenken.

Können Sie ausführen, warum Sie der Landesregierung an dieser Stelle eine Scheindebatte vorwerfen? Was ist der Informationsstand bezüglich der Möglichkeit eines Investitionsprogramms über die NRW.BANK?

Minister Laumann gibt Ihnen die geforderte zusätzliche Milliarde Euro nicht jährlich, aber auf die gesamte Legislaturperiode verteilt. Warum sind Sie damit nicht zufrieden?

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)  
Haushalts- und Finanzausschuss (15.)  
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21.02.2018

Die Vertreter der Kommunen frage ich: Wie bewerten Sie ein Investitionsprogramm über die NRW.BANK?

**Peter Preuß (CDU):** Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst geht auch von unserer Seite ein Dank an die Sachverständigen für die umfangreichen Stellungnahmen. Ich habe eine Frage, bei der ich nicht genau weiß, an wen ich sie richten soll.

Es geht um das Investitionsprogramm, das gegebenenfalls über die NRW.BANK finanziert werden soll. Die Vorlage ist das Programm „Gute Schule 2020“, bei dem die Kommunen als Kreditnehmer auftreten. Wir wissen alle, dass die Kommunen nicht in die Insolvenz gehen können. Sie sind also sehr sichere Kreditnehmer.

Wie sieht es unter den Bedingungen der Kreditvergabe – insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Risiken und Beurteilung nach Basel III – aus, wenn die NRW.BANK Kredite an die Krankenhausträger vergibt? Ist das aus Ihrer Sicht ein Problem? Ich stelle die Frage an Frau Lorke und an Herrn Brink.

**Dr. Martin Vincentz (AfD):** Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch von unserer Seite geht zuerst ein Dank an die Sachverständigen für ihre ausgearbeiteten Gutachten. Für mich ergab sich daraus die Frage an Frau Lorke, Herrn Mintrop und Herrn Brink, was diese Minderdeckung der vergangenen Jahre tatsächlich für die Krankenhäuser und die Versorgung am Patienten bedeutet. Wenn man über Zahlen redet, ist es gut, das aus der Praxis zu erfahren.

Aus einem Interview der „WAZ“ vom 27. April 2016 – damals gab es noch eine rot-grüne Regierung – zitiere ich sinngemäß, dass Frau Steffens die Forderungen von Herrn Brink nach 1 Milliarde € mehr für die Krankenhausfinanzierung damals als „befremdlich“ empfand. Wie befremdlich finden Sie es jetzt, dass diese Kritik ausgerechnet von SPD und Grünen – Herr Mostofizadeh wird dazu gleich bestimmt noch etwas sagen – aufflammt, und die Förderung durch CDU und FDP als zu gering dargestellt wird?

Herr Mintrop, Sie sagen zum Abschluss Ihres Gutachtens, es wird sich die Frage stellen, woher die Mittel kommen. Welche Mittelherkunft wäre von Ihnen erwünscht, und welche Höhe sehen Sie als angemessen an?

Herr Brink, Sie zitieren in Ihrem Gutachten den Koalitionsvertrag. Sehen Sie diesen mit den aktuellen Maßnahmen als umgesetzt an? – Danke schön.

**Stefan Lenzen (FDP):** Ich schließe mich gern dem Dank an die Sachverständigen für ihr heutiges Erscheinen und für ihre umfangreichen Stellungnahmen an. Meine Frage richtet sich an Herrn Ruiss und Herrn Mohrmann. Wie bewerten Sie im Entfesselungspaket die vorgesehene Einführung einer Einzelförderung im Hinblick auf eine gezielte Förderung von Strukturanpassungen? Wie könnte dies durch die Krankenhausplanung des Landes unterstützt werden? – Danke.

**Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE):** Vielen Dank auch von der grünen Fraktion für die umfassenden Stellungnahmen und dafür, dass Sie uns heute Rede und Antwort stehen. Die Vorfragen richteten sich an ein etwas breiteres Themenfeld. Wir reden offensichtlich nicht nur über den Antrag der SPD-Fraktion, sondern über die Krankenhauspolitik insgesamt.

Deswegen erlaube ich mir, das Stichwort der wohnortnahen Krankenhausversorgung aufzugreifen. Diese Frage richte ich außer an die kommunalen Spitzenverbände an alle Sachverständigen. Wir haben zwei Sachverhalte. Zumindest nehme ich das so wahr. Auf der einen Seite wird gesagt, wir haben zu viele Krankenhäuser. Zumindest im Fachbereich der Geburtshilfe könnte eine Unterversorgung im ländlichen Raum drohen. Daraus ergeben sich zwei Fragen:

Erstens. Wie stellen Sie sich ganz konkret den angemahnten Konsolidierungsprozess vor? Das geht in die gleiche Richtung, in die Herr Preuß gefragt hat. Wie kann das gehen? Das frage ich insbesondere die Vertreter der AOK und des vdek.

Zweitens. Wie kann es gelingen, wichtige Funktionen wie z. B. die Geburtshilfe sicherzustellen? Ich bitte insbesondere die Krankenhausgesellschaft, darauf zu antworten.

Ich bitte die kommunalen Spitzenverbände, eines deutlich zu machen: Wir haben jetzt ein etwas außergewöhnliches Verfahren zur Krankenhausfinanzierung. Ich meine den finanziellen Anteil der Kommunen. Sie haben die Geschichte sehr ausführlich dargestellt. Jetzt kommt ein weiterer Anteil hinzu. Ist mit Ihnen konkret darüber gesprochen worden, wie das in Zukunft aussehen soll, wie sich die Kommunen also daran beteiligen sollen? Wie schätzen Sie es ein, dass Fakten geschaffen werden, bevor Verbändeanhörungen zu diesem Thema stattgefunden haben?

Welche Folgen hat das Defizit der bestehenden Krankenhausstruktur? Können Sie das noch einmal schildern? Die Dortmunder haben sehr ausführlich beschrieben, dass Mittel, die eigentlich nicht für Investitionen vorgesehen waren, aus dem laufenden Betrieb genommen wurden. Welche Folgen hat das für den Betrieb vor Ort?

Die anderen Fragen sind schon von den anderen Kollegen gestellt worden. Deswegen kann ich es dabei belassen.

**Vorsitzende Heike Gebhard (AGS):** Ich sehe im Moment keine weiteren Fragen. Wir steigen daher in die erste Antwortrunde ein. Wenn ich es richtig verfolgt habe, wurden an alle Expertinnen und Experten Fragen gestellt, sodass ich vorschlage, in der Reihenfolge des Tableaus vorzugehen. Das heißt, wir beginnen mit Frau Lorke.

**Birgitta Lorke (Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter GmbH):** Vielen Dank, Frau Gebhard. – Die erste Frage betraf die Aufnahme eines Investitionsprogramms analog zur „Guten Schule 2020“ mit einer Finanzierung über die NRW.BANK. Wie kann eine Kreditvergabe erfolgen, bzw. was bedeutet das? Da die meisten Krankenhausträger in NRW keine Kommunen sind, sondern freigemeinnützige Träger – insbesondere konfessionelle Träger –, müsste die Kreditaufnahme nach meinem Verständnis durch diese Träger erfolgen. Die NRW.BANK müsste die Bonität der Krankenhau-

träger beurteilen. Eine Voraussetzung wäre, dass eine konkrete Investitionsmaßnahme voll über einen Kredit finanziert wäre. Wenn dieses Programm nur auf vier Jahre ausgelegt ist und Kapitaldienstlasten in den Jahren nach einer Kreditaufnahme nicht finanziert werden, ergäbe sich aus meiner Sicht ein Problem.

Wenn eine Maßnahme über ein solches Investitionsprogramm finanziert wird, dann muss es vollumfänglich abgesichert sein – eventuell mit einem kleinen Eigenanteil des Trägers. Dann dürfte die NRW.BANK aus meiner Sicht kein Problem mit der Finanzierung haben, wenn sie grundsätzlich von der Bonität des Krankenhausträgers überzeugt ist. Davon könnte sie sich durch Einsichtnahme in entsprechende Unterlagen, also Jahresabschlussunterlagen des Trägers, das medizinische Konzept und die Annahme, dass dieser Krankenhausträger auf Dauer im Krankenhausplan notwendig sein wird, überzeugen.

Die zweite Frage lautete: Welche konkrete Bedeutung für den Patienten hat die zu geringe Ausstattung mit Fördermitteln? – Nach meiner Wahrnehmung hat das tatsächlich auch für den Patienten Bedeutung, weil mangelnde Infrastruktur tendenziell eine Belastung der Effizienz der Prozesse darstellt. Wenn wir in unzulänglichen Strukturen arbeiten, ist die Arbeitsbelastung höher und sind die Prozesse ineffizienter. Das tut dem Patienten nicht gut.

Darüber hinaus erkennen die Krankenhäuser natürlich, dass die investieren müssen. Sie tun das teilweise aus Eigenmitteln. Letztendlich führt das dazu, dass entstehende Überschüsse für Investitionen eingesetzt werden, die besser für patientennahe Dinge bzw. für Betriebskosten eingesetzt werden könnten.

Die dritte an mich gestellte Frage lautete: Welche Auswirkungen hat die Investitionsfinanzierung auf die wohnortnahe Versorgung? – In der Fläche gibt es vielleicht zu wenige Krankenhäuser und in Ballungsgebieten zu viele. Wenn die Krankenhausplanung ihre Aufgabe ernst nimmt, sollte sie genau im Auge behalten, dass die Anzahl der Krankenhäuser dem entspricht, was sie für richtig und nötig hält. Dann muss sie die Krankenhäuser aber auch entsprechend wirtschaftlich unterstützen, wie es das Gesetz vorgibt, damit die Krankenhäuser in den Ballungsgebieten und in der Fläche die entsprechenden Investitionskosten stemmen können.

Das Instrument der Einzelförderung für bestimmte Förderschwerpunkte, das jetzt ergänzend zur Pauschalförderung eingeführt wurde, kann durchaus ein hilfreiches Instrument sein. Die Krankenhausplanung kann dadurch bestimmte Arten von Investitionen für einzelne Häuser gezielt unterstützen.

**Dirk Ruiss (vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen):** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich beginne mit der Frage von Herrn Yüksel zu fehlenden Investitionsmitteln und der Bereinigung. Ich versuche, den Zusammenhang so herzustellen, wie ich ihn verstehe.

Grundsätzlich verstehen wir als Krankenkassen unter Überkapazitäten nicht ausschließlich zu viele Krankenhäuser, wenn wir über Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft reden. Strukturveränderungen bedeuten natürlich den Abbau von

Überkapazitäten, möglicherweise auch die Schließung überflüssiger Krankenhausstandorte. Sie bedeuten aber insbesondere auch eine stärkere Zentralisierung und Spezialisierung der Häuser. Das ist ganz wichtig.

Ich glaube, bei der Frage nach der Höhe des fehlenden öffentlichen Investitionsvolumens besteht eigentlich weitgehend Konsens. Wir glauben, die von uns genannte Milliarde Euro in der öffentlichen Investitionskostenfinanzierung – zusätzlich zu den bestehenden Mitteln in Höhe von deutlich über 500 Millionen € – fehlt. Jährlich benötigen wir ein öffentliches Investitionsvolumen von etwa 1,5 Milliarden €. Da schließen wir uns dezidiert der Haltung der KGNW an. Wir denken diese Größenordnung mit.

Zur Entwicklung von Investitionsmitteln haben wir in unserer gemeinsamen Stellungnahme betont, dass Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung zwei Seiten einer Medaille sind. Wir haben das Problem, kurzfristig fehlende Investitionskostenmittel aufstocken zu müssen. Das ist die genannte Milliarde Euro, die wir zusätzlich benötigen. Wir müssen das eine tun und dürfen das andere nicht lassen. Wir dürfen nicht darauf verzichten, die Krankenhausplanung so zu ändern, dass Anreize für strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft gesetzt werden. Hier kann eine Investitionskostenverteilung bestimmte Anreize bieten. Das ist gleichzeitig die Antwort auf die Frage, wie wir eine Pauschalförderung und eine Einzelförderung verstehen. Die von der Landesregierung angedachte stärkere Einzelförderung kann hier durchaus helfen, auf strukturelle Anreize zu setzen und Veränderungen herbeizuführen.

Wie sich der Investitionskostenbedarf perspektivisch entwickelt, kann niemand seriös sagen. Wenn sich Strukturen ändern, ändert sich nicht unbedingt die Höhe der Investitionskosten, aber es ändert sich die Verteilungsnotwendigkeit. Wir plädieren sehr stark für eine zielgerichtetere Ausgabe der öffentlichen Investitionsmittel in zukunftsfähige Strukturen und nicht ausschließlich in den Status quo.

Ich möchte auf die Frage von Herrn Mostofizadeh zur wohnortnahen Grundversorgung zu sprechen kommen. Wir hatten vor einigen Wochen das Vergnügen, im Zusammenhang mit dem Entfesselungspaket zur Krankenhausplanung Stellung zu nehmen. Darauf zielt das eher ab als auf die Investitionsfrage. Die Haltung der Krankenkassen dazu ist Ihnen bekannt. Wie alle anderen Akteure plädieren wir für eine wohnortnahe und flächendeckende Krankenhausversorgung. Wir bevorzugen aber stärker Planungsinstrumente, die in Richtung Grund-, Regel- und Maximalversorgung gehen. Es sollte eine stärker qualitätsorientierte Planung, eine stärkere Teilgebieteplanung wieder eingeführt werden.

Nach unserer Auffassung kann mit der von uns vorgeschlagenen strukturellen Neuausrichtung einer Krankenhausplanung selbstverständlich eine wohnortnahe Grundversorgung mit den zu definierenden Bereichen – Sie haben die Geburtshilfe angesprochen – gewährleistet werden. Uns geht es gezielt um eine stärkere Ausrichtung in Spezialisierung und um das Aufheben der Dezentralisierung und der Erbringung von Leistungen nach der unternehmenspolitischen Ausrichtung von Krankenhäusern. – Für die weiteren Ausführungen gebe ich an Herrn Mohrmann, den Kollegen von der AOK, ab.



**Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg):** Wir sehen uns als Krankenkassen als Sachwalter der Patienten. Deswegen sind wir natürlich an einer Verbesserung der Versorgung interessiert und nicht an einer Beeinträchtigung.

Wir haben in Nordrhein-Westfalen sehr viele Krankenhäuser ohne Spezialisierung. Seit einigen Jahren diffundieren sehr komplexe Leistungen der Maximalversorgung in die Fläche. Immer mehr Krankenhäuser bieten dort Leistungen in zum Teil sehr kleinen Leistungsmengen mit einer fragwürdigen Expertise an. Deswegen haben wir bestimmte Ziele, die mit der Krankenhausplanung korrelieren und die für uns wichtig sind.

Wir möchten eine Konzentration der Standorte in den Ballungsgebieten bei gleichzeitiger Sicherstellung der Versorgung in der Fläche. Das ist völlig klar. Natürlich muss auch in der Fläche ein Krankenhaus erreichbar sein. Es muss sich aber auf das begrenzen, was es kann und ansonsten mit den Maximalversorgern zusammenarbeiten. Diese können nicht überall sein und sollten in Anbetracht der Tatsache konzentriert werden, dass wir Fachkräftemangel haben und nicht an allen Standorten jede Leistung anbieten können. Das ist uns ganz, ganz wichtig. Dafür brauchen wir aus unserer Sicht eine gestufte Versorgung. Darüber muss man nachdenken. Wir brauchen wieder eine stärkere Planung, in der Teilgebiete definiert und Versorgungsaufträge enger gefasst werden. Insgesamt brauchen wir eine stärkere Krankenhausplanung und eine Professionalisierung der Krankenhausplanung.

Da schließt sich ein Aspekt an. Eben tauchte die Frage nach Einzelförderung versus Pauschalförderung auf. Wenn man Krankenhausstrukturen verändern will, dann kann man das am besten mit einer gezielten Förderung von Investitionen machen. Die Baupauschale ist eine Art Gießkanne. Sie verteilt Mittel relativ gleich, verändert nichts an den Strukturen und setzt keine Impulse.

Wenn wir ein Defizit in den Strukturen erkennen, brauchen wir eine gezielte Förderung, eine gezielte Krankenhausplanung als Basis dieser Förderung und eine Professionalisierung der Krankenhausplanung insgesamt. Das macht man nicht nebenher. Es gibt viele Bereiche, in denen deutliche Verbesserungen erforderlich sind. Dafür würden wir uns gern einsetzen. Dafür braucht man natürlich zuerst einmal eine auskömmliche Investitionsfinanzierung. In der Vergangenheit mussten Krankenhäuser ihre Investitionen auch bezahlen. Sie haben das z. T. aus den Betriebsmitteln gemacht, die die Krankenkassen bezahlen. Deswegen darf man sich nicht wundern, wenn immer wieder eine Diskussion über Pflegenotstand und Ähnliches beginnt. Irgendwoher müssen die Krankenhäuser die Investitionsmittel nehmen. So gesehen begrüßen wir natürlich die Initiative zur Erhöhung der Investitionsmittel.

**Rudolf Mintrop (Klinikum Dortmund gGmbH):** Ich habe in meinem Eingangsstatement kurz beschrieben, dass die Situation tatsächlich etwas heftiger ist als Sie annehmen. Wir reden hier nur über die Investitionsfinanzierung. Wir reden damit über einen Teil der Volkswirtschaft, in dem 30 % bis 50 % der Krankenhäuser teilweise schon lange Jahre in roten Zahlen wirtschaften. Betriebsergebnisse, wohlgemerkt! Jahr für Jahr! Das meine ich mit Substanzverlust im laufenden Betrieb auf der einen Seite und investiv auf der anderen Seite, d. h. in den Bestandsgebäuden. Wir reden also nicht nur über Strukturänderungen, sondern wir reden über einen Teil der Daseinsvorsorge,

der sich ein bisschen in Auflösung befindet. Die Formulierung: „ein bisschen in Auflösung“ ist dabei noch Schönfärberei.

Sie haben mitbekommen, dass die Geburtshilfe um ein Drittel gesunken ist. Das war kein geplanter Prozess, das ist auch keine Form der Krankenhausplanung, sondern das sind Pleiten, Pech und Pannen. Die Krankenhausträger haben entweder gesagt, sie können das nicht mehr finanzieren, oder es fehlt an Hebammen, an Ärzten oder an allem gleichzeitig. Man darf nicht so tun, als wäre Krankenhausplanung ein scharfes Schwert. Es sind ökonomische Faktoren plus die qualifizierten Mitarbeiter – Ärzte, Pfleger, Therapeuten –, um die wir uns sorgen müssen. Da beißt sich die Katze in den Schwanz, weil die Decke an beiden Seiten zu kurz ist. Wir haben die laufenden Investitionen und gleichzeitig den Investitionsstau. Das RWI-Gutachten hat mindestens eine Klarheit geschaffen, sodass wir nicht mehr über Zahlen streiten müssen. In der Vergangenheit gab es immer noch Streit um Größenordnungen. Diese liegen nun auf dem Tisch.

Wenn die Ausgangslage so ist, kann man über Strukturänderungen reden, muss sich aber gleichzeitig im Rahmen des Investitionsstaus darum kümmern, dass nicht dort, wo keine Strukturänderung fällig ist, alles vergammelt und kaputtgeht. Das schlägt auf die Patientenversorgung durch.

Ich habe ein Beispiel aufgeschrieben. Wenn wir im Klinikum Dortmund, einem von 350 Krankenhäusern, nicht allein aus Betriebsmitteln – also Mitteln der Krankenkassen – für den laufenden Betrieb 50 Millionen € in die Hand nehmen, steht in zwei Jahren der OP im Klinikzentrum Nord. Das sind zwölf Säle. Die größte Unfallklinik im Ruhrgebiet wäre dann gelähmt. Dasselbe betrifft das Klinikzentrum Mitte an anderen Punkten. Das Kinderkrankenhaus ist das einzige in der Stadt mit 600.000 Einwohnern. Ich habe nicht einmal die Fantasie, woher das Geld kommen soll; denn das wird das Klinikum nicht mehr schaffen. Das wären weitere 60 Millionen €. Dieser Betrag wird in den nächsten zehn Jahren nicht aus Mitteln des Klinikums zu erwirtschaften sein.

Das ist nur ein Beispiel, damit Sie sehen, dass die Lunte brennt. Das alte Kinderkrankenhaus ist abgängig. Es lohnt nicht mehr, Geld hineinzustecken. Wir halten es irgendwie noch am Laufen, aber es steckt keine Zukunft darin.

Ich stimme meinem Vorredner, Herrn Mohrmann, an der Stelle zu. Wir kümmern uns um die Patienten. Wir sind kein börsennotiertes Unternehmen. Wir stecken alles Geld, das wir erwirtschaften, in den Betrieb. Aber wir haben diesen Zielkonflikt. Wenn wir uns um Patienten kümmern, brauchen wir einen funktionsfähigen OP. Ich brauche funktionsfähige Stationen, aber ich brauche natürlich auch Personal. Dieser Zielkonflikt ist wirklich schwierig auszutarieren. Wenn wir nicht investieren, gehen natürlich auch die Arbeitsbedingungen vor die Hunde. Wir können aber nicht nur in Personal investieren und damit gleichzeitig eine bröckelnde Infrastruktur hinnehmen.

Sie müssen den Kliniken helfen. Das muss nach so vielen Jahren der Unterfinanzierung im Investitionsbereich jetzt tatsächlich ein Schluck aus der Pulle werden. Das hat seinerzeit natürlich nicht nur auf die Pflege, sondern auf das gesamte Klinikpersonal durchgeschlagen. Das müssen wir ändern, weil auch das rar wird. Wir müssen ausbilden, ausbilden, ausbilden und darauf achten, dass die Leute zufrieden sind und im

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)  
Haushalts- und Finanzausschuss (15.)  
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21.02.2018

Beruf gehalten werden. Die Arbeit ist schon schwer genug. Dann darf man sie nicht noch schwerer machen, indem man die Arbeitsbedingungen erschwert.

Zu den wesentlichen Punkten habe ich jetzt hoffentlich einiges gesagt. Sonst hole ich es später nach.

**Vorsitzende Heike Gebhard (AGS):** Die Kolleginnen und Kollegen melden sich, falls sie das Gefühl haben, eine Frage ist unbeantwortet geblieben. – Als Nächstes spricht Herr Brink von der Krankenhausgesellschaft NRW.

**Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.):** Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! So, wie es Herr Mintrop gerade für Dortmund geschildert hat, sieht es nicht nur in Dortmund, sondern in vielen anderen Krankenhäusern in NRW auch aus. Deshalb freuen wir uns zwar nach wie vor über die 250 Millionen € Soforthilfe, aber mit dem, was in der Haushaltsplanung bis jetzt hinterlegt ist, können wir diese Lücke – und erst recht den Stau – nicht schließen. Deswegen werden wir weiterhin darauf aufmerksam machen, dass das Problem mit dem, was jetzt vorliegt, keinesfalls in den Griff zu bekommen ist.

Noch einmal kurz zu den Zahlen: In der Haushaltsplanung sind 974 Millionen € bis einschließlich 2021 vorgesehen. Von 2017 aus betrachtet sind es also fünf Jahre. Teilen wir diese Zahl durch fünf, kommen wir etwa 200 Millionen € pro Jahr. Addieren wir diese rund 200 Millionen € zu dem vorhandenen Förderstock von aufgerundet 550 Millionen €, dann liegen wir bei 750 Millionen € jährlicher Förderung.

Das RWI hat ausgerechnet, dass etwas weniger als 1,1 Milliarden € pro Jahr notwendig wären, allein um den Substanzverzehr aufzuhalten, von dem Herr Mintrop sprach. Das heißt, wenn das alles so kommt, wie es in der Haushaltsplanung steht, verlieren wir jedes Jahr weiter an Substanz, und zwar in einer ungefähren Größenordnung von 250 Millionen € bis 300 Millionen €. Obwohl wir wirklich nicht unverschämt dastehen wollen, ist das, was bis jetzt auf den Weg gebracht worden ist, deshalb wirklich nicht hinreichend. Den Stau von 12,5 Milliarden € habe ich dabei ganz ausgeblendet.

Kommen wir zu den Strukturfragen. Auch das hat Herr Mintrop eben anklingen lassen. Es ist von der Idee her keinesfalls falsch, zu sagen: Wir befördern den Strukturwandel dadurch, dass wir Krankenhäuser mit Einzelförderung nach neuer Couleur dort unterstützen, wo sie sich vernünftig absprechen.

Das ist in Ordnung. All diejenigen, die ihre Schularbeiten bereits gemacht haben, sich jetzt in ihrem Versorgungsauftrag bewegen und drängende Probleme haben, dürfen dabei aber nicht hinten herunterfallen. Diesen eindeutigen und ausschließlichen Bezug zu Strukturen und strukturellen Änderungen halten wir für falsch. Wir müssen auch an die Krankenhäuser denken, die ein riesiges Problem haben, aber strukturell im Moment schlichtweg nichts anbieten können, weil sie sich ganz normal in ihrem Versorgungsauftrag bewegen.

Es ist keine Strukturscheindebatte. Wir sind im Sinne der Krankenhausplanung und im Sinne dessen, was die Krankenkassen angesprochen haben, dafür, die Strukturen der Krankenhäuser weiterzuentwickeln. Jetzt zu sagen, wir warten und tun gar nichts, bis

wir die Strukturdebatte geführt haben, passt mit diesem drängenden Problem in keiner Weise zusammen.

Wir stehen vor der Beendigung der Umsetzung eines Krankenhausplanes aus der letzten Legislaturperiode. Alle Beteiligten – die Landesregierung, die Bezirksregierungen, aber auch die Krankenkassen – hatten die Chance, im Rahmen dieser Krankenhausplanung all die Dinge, die sie als nicht bedarfsgerecht empfunden haben, beim Namen zu nennen. Die Anzahl von Vorschlägen vonseiten der Krankenkassen zu strukturellen Veränderungen hält sich in überschaubaren Grenzen. Es ist also die Frage, wo dieser vielfach zitierte strukturelle Veränderungsbedarf besteht.

Die Krankenhausgesellschaft sagt, in dem Umfang, wie er immer unterstellt wird, gibt es diesen Veränderungsbedarf nicht. Nehmen wir für den Moment an, es gäbe ihn. Dann bräuchten wir nebst Gutachten usw. vielleicht ein Jahr, um die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und Klarheit darüber zu gewinnen, wo investiert werden soll. Dann müsste in der Logik unserer Regierungspolitik spätestens ab 2019 der vom RWI diagnostizierte Bedarf in der Haushaltsplanung erscheinen. Das tut er aber nicht, sondern es geht mit 200 Millionen € ab 2019 weiter. Diese Summe reicht keinesfalls aus, um auch nur die Substanz zu erhalten. Deswegen passt die ganze Arithmetik hinten und vorne nicht.

Das ist nicht einmal genug, um die Substanz zu erhalten. Wenn man sagt, man braucht vorneweg eine Phase der strukturellen Überlegungen, dann müsste jetzt erkennbar werden, wie nach Fertigstellung dieser Phase die Finanzierung gewährleistet werden soll. Das ist aber nicht erkennbar. Dort stehen 200 Millionen €. Insofern sehen wir leider trotz erkennbaren Bemühens die Formulierung: „Das Land wird damit seinen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser besser nachkommen mit dem Ziel, nachhaltig eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen“ – Zitat Koalitionsvertrag – als definitiv nicht erfüllt an. Wir werden weiterhin versuchen, Sie mit Beispielen, wie Herr Mintrop sie dargestellt hat, davon zu überzeugen, dass das keine theoretische Diskussion ist. Dahinter stehen ganz klare Patientenbedürfnisse und steht vor allen Dingen auch die Patientensicherheit. Mit Verlaub gesagt, können Sie das nicht ignorieren.

Herr Preuß, Darlehnsnehmer sind nicht die Krankenhäuser, sondern ist das Land. Insofern ist Ihre Sorge mit Nein zu beantworten. Ich muss Frau Lorke an dem Punkt widersprechen, wenn ich sie richtig verstanden habe. Vielleicht kennt sie das Modell nicht en detail.

Wir haben intensiv recherchiert. Nach allen Informationen, die wir bekommen haben, ist eine Adaptierung des Modells „Gute Schule 2020“ ohne Weiteres möglich. Basel III dürfte kein Problem sein.

Herr Yüksel, diese Idee ist Ende der letzten Legislaturperiode entstanden. Ich kann mich gut daran erinnern, wie Sie sich dazu geäußert haben. Aber auch Vertreter der CDU haben dieser Lösung durchaus Charme zugestanden. Dann kam plötzlich die These auf, das ginge gar nicht. Es geht aber. Nehmen Sie bitte mit, dass wir ganz intensiv recherchiert haben, wo der Hase im Pfeffer liegen könnte. Er liegt aber nicht.

Insofern steht uns diese Option nach wie vor als Sofortprogramm zur Verfügung. Das ist eine ganz wichtige Aussage.

Nebenbei hat sie den zusätzlichen Effekt, dass über den Grad der Beteiligung der kommunalen Seite Gestaltungsfreiraum entsteht. Man kann also sagen, auch an diesem Modell sollen die Kommunen beteiligt werden. Man kann aber auch Nein sagen. Das Instrument hat viele, viele Vorteile, um drängende Probleme sofort in den Griff zu bekommen und den Aspekt, der gleich zur Sprache kommt, mit abzudecken.

Was heißt das für das, was bis jetzt in der Praxis geflossen ist? Ich weiß nicht ganz genau, Herr Dr. Vincentz, ob ich Ihre Frage richtig erfasst habe. Bei dem, was jetzt ausgeschüttet wurde, bedeutet das für ein mittelgroßes Krankenhaus mit 350 Betten ungefähr 700.000 €. Dafür können Sie eine Station sanieren – nicht mehr und nicht weniger. Es ist gut, eine Station sanieren zu können. Aber es holt mitnichten den über viele Jahre entstandenen Stau auf.

Zum Koalitionsvertrag habe ich mich schon geäußert.

Zur Geburtshilfe kann ich das bestätigen, was Herr Mintrop gesagt hat. Es ist eine mehrfache Problematik. Es ist eine Refinanzierungsproblematik, resultierend aus dem DIG-System. Es ist für mich immer wieder verblüffend, wie gering die Vergütung der Geburtshilfe ist. Sie basiert natürlich auf Daten, die die Krankenhäuser selbst geliefert haben. Das muss man fairerweise sagen. Bei den Sicherheitsaspekten, die dazu gehören, ist das dennoch frappierend. Das kann ich Ihnen im Moment nicht erklären.

Die zweite Säule des Problems ist die Gewinnung von Fachkräften. Es gab neulich eine Berichterstattung in der „Lokalzeit“ zum Thema „Knappeheit an Hebammen im Bereich der Stadt Köln“. Das haben wir in vielen anderen Städten auch. Teilweise werden Hebammen aus Italien nach Deutschland geholt. Das machen wir mit unserem Krankenhausverbund auch. Das ist aber keine Lösung. Es ist allerhöchste Zeit, sich um die Versorgung in der Geburtshilfe zu kümmern. Es geht derzeit vielleicht gerade noch, aber das gehört ganz oben auf die Agenda.

Ja, auch wir wollen die Strukturen weiterentwickeln, aber wir haben nicht den Eindruck, dass solch ein Revolutionsbedarf in den Versorgungsstrukturen besteht, wie er manchmal in den Raum gestellt wird. Wenn das so wäre, dann hätten von Ihrer Seite, Herr Ruiss und Herr Mohrmann, in der letzten Runde der Krankenhausplanung mehr Vorschläge kommen können.

Wir haben im Ruhrgebiet eine hohe Krankenhausedichte. Das bestreiten wir überhaupt nicht. Aber man muss auch sehen, dass auf 13 % der Fläche von NRW 30 % der Einwohnerinnen und Einwohner leben. Sehen Sie genau hin, wenn diese Kapazitätsdiskussion im Ruhrgebiet geführt wird, und bedenken die besondere Rolle als Metropole. Dann schauen Sie, was mit anderen Metropolen in Deutschland passiert und wie die Diskussion dort geführt wird. Im Sinne von NRW sage ich: Da muss sich unser Ruhrgebiet nicht verstecken. – Danke.

**Dr. Matthias Menzel (Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen):** Ich sage etwas zur NRW.BANK und zum finanziellen Anteil. Frau Vontz-Liesegang ergänzt und sagt noch etwas zum Thema „Geburtenklinik“.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)  
Haushalts- und Finanzausschuss (15.)  
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21.02.2018

Die SPD-Fraktion hatte gefragt, wie wir zu dem Investitionsprogramm NRW.BANK stehen. Die Erfahrungen, die wir im Bereich Schule gemacht haben, sind durchaus positiv. In der Presse hat es kürzlich eine Diskussion darüber gegeben, dass die Mittel nicht ganz so zügig abgerufen werden wie es hätte der Fall sein können. Das hat vielschichtige Gründe. Es müssen zuerst Bauten usw. auf den Weg gebracht werden. Wir sind jedenfalls zuversichtlich, dass die Mittel vollständig abgerufen werden können.

Wir teilen die Einschätzung der Krankenhausgesellschaft, dass das Programm für den Krankenhausbereich adaptiert werden kann. Das ist eine durchaus diskussionswürdige Grundlage. Allerdings muss man eines bedenken. Im Bereich solcher Projekte handelt es sich immer um eine vorübergehende Förderung. Es ist praktisch eine Anschubfinanzierung über mehrere Jahre, die einiges bewirken kann. Das hat unseres Erachtens aber auch zur Folge, dass das Thema „Reform der Krankenhausfinanzierung“ damit nicht außen vor sein kann. Wir müssen nach wie vor über eine Reform der Krankenhausfinanzierung nachdenken. Der Investitionsbedarf ist relativ hoch. Das haben wir gehört. Die Kommunen stehen finanziell vielfach mit dem Rücken zur Wand, sodass sie letztendlich nicht ohne Weiteres ihren 40%igen Beitrag leisten können.

Ich kann mich noch gut an die Diskussion erinnern, die wir in der kommunalen Familie im letzten Jahr hatten, als es um 250 Millionen € zusätzlich ging. Letztendlich ist jetzt die haushalterische Lösung gefunden worden, dass 100 Millionen €, also die 40 %, die zu erbringen sind, in diesem Jahr kassenwirksam werden. Gleichwohl schmerzt das aus kommunaler Sicht schon sehr. Wir hatten unserer Stellungnahme eine Tabelle beigefügt. Schaut man sich die Entwicklung der nächsten Jahre an, geht es um 416 Millionen €. Ich kann mir bildlich vorstellen, dass viele Kämmerer überlegen, wie sie diese Mittel überhaupt aufbringen können.

In diesem Raum ist bislang vor allen Dingen über die Krankenhausinvestitionen gesprochen worden. Das liegt nahe und ist Gegenstand der Anhörung. Aus kommunaler Sicht darf man aber das Gesamtableau nicht aus den Augen verlieren. Wenn wir keine anderen Baustellen hätten, könnte man über vieles diskutieren.

Ich habe heute Morgen beispielsweise noch mit dem Kollegen aus der Geschäftsstelle gesprochen, der für Flüchtlinge zuständig ist. Er sagt, wir haben allein im Bereich der 72.000 geduldeten Flüchtlinge einen Bedarf von 800 Millionen € bis 1 Milliarde €. Das ist eine Baustelle. Die Kommunen zahlen allein. Es ist naheliegend, dass die Kommunen nicht sagen können: Jetzt haben wir die Baustelle und im Bereich Krankenhaus Investitionskosten. Es ist dringend eine Aufstockung erforderlich. – Finanziell ist das nicht machbar. Genauso haben wir eine Finanzierungslücke im Bereich Integration. Parallel diskutieren wir aktuell über die KiBiz-Finanzierung. Zur KiBiz-Finanzierung finden Gespräche mit dem Land statt. Auch da besteht zumindest in den bisherigen Gesprächen die ganz klare Erwartungshaltung, dass die Kommunen zusätzliche Mittel einbringen. Irgendwann stehen die Kommunen einfach mit dem Rücken zur Wand. Wenn man nur eine Baustelle hätte, wäre vielleicht einiges machbar. So ist das eher problematisch.

Die grüne Fraktion hatte gefragt, ob im Vorfeld der Erhöhung um 250 Millionen € nicht mit uns gesprochen worden sei. Das ist in der Tat so. Das sehen wir kritisch, haben es

allerdings bereits in Gesprächen angemahnt. Wenn ich es richtig sehe, soll es hierzu alsbald ein klarstellendes Gespräch mit Minister Laumann geben.

**Andrea Vontz-Liesegang (Städtetag Nordrhein-Westfalen):** Ich möchte aufgreifen, was Dr. Menzel gesagt hat. Es geht um die Kommunikation. Wir haben zunächst aus der Presse von den 250 Millionen € erfahren. In einem laufenden Haushalt wurde quasi in die kommunalen Kassen gegriffen. Das war für uns wirklich ein großes Problem. Man hat es jetzt in den Haushalt 2018 verschoben. Das hat es etwas handhabbarer gemacht. Das löst unser Grundproblem der erheblichen Mehrbelastung aber nicht. Deshalb möchten wir darauf aufmerksam machen, dass es eine grundsätzliche Umstrukturierung bei der kommunalen Mitfinanzierung geben muss.

Wir sind als Kommunen sehr daran interessiert, dass unsere Bürger gut versorgt werden. Da das Krankenhaussystem durch die DIGs im Wesentlichen wirtschaftlich gesteuert wird, scheiden bestimmte Häuser aus, von denen man sagen würde, für eine wohnortnahe Versorgung wäre es durchaus sinnvoll, sie zu halten. Wir sind als Kommunen aber weiter mit dem Sicherstellungsauftrag belastet. Er ist subsidiär immer da. Auch wenn wir andere Strukturen mitfinanzieren, haben wir immer das Damoklesschwert über uns, gegebenenfalls einspringen zu müssen, wenn die wohnortnahe Versorgung in einer Region nicht mehr sichergestellt ist. Deshalb muss sich grundsätzlich etwas an den Finanzierungsstrukturen ändern. Es muss damit begonnen werden, den kommunalen Finanzierungsanteil abzuschmelzen.

Es deutet sich eine deutliche Mehrbelastung in den nächsten Jahren an. Wir stellen nicht in Abrede, dass es einen großen Investitionsbedarf bei den Krankenhäusern gibt. Diesen gibt es insgesamt im Bereich der Infrastruktur, auch in sonstiger Infrastruktur. Wir Kommunen können die Gelder, die uns weggenommen werden, leider auch für andere Infrastrukturmaßnahmen nicht einsetzen. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, dass die Krankenhäuser ordentlich finanziert werden müssen. Aber wir können das nicht in dem jetzt geplanten Umfang leisten. Wir sprechen uns daher dafür aus, dass mit uns Gespräche geführt und gemeinsam Lösungen erarbeitet werden, wie man zu einer Umstrukturierung kommen kann.

Die im Antrag vorgesehene Einbeziehung der NRW.BANK kann ein richtiger Schritt sein. Ob daneben noch andere Lösungsmöglichkeiten bestehen und wie diese aussehen, sollten wir überlegen. Wir wünschen uns, frühzeitiger informiert und einbezogen zu werden, damit wir nicht immer auf das Ministerium zugehen müssen, um bestimmte Zahlen zu bekommen. Die Zahlen für die mittelfristige Finanzplanung mussten wir z. B. anmahnen. Wir sehen uns jetzt aber auf einem guten Weg, um das in Gesprächen künftig besser zu kommunizieren.

**Serdar Yüksel (SPD):** Die Antworten haben mich bewogen, Nachfragen zu stellen. Meine Fragen richten sich an Herrn Mohrmann und an Herrn Ruiss. Wenn man sich die Entwicklung der letzten zehn Jahre anschaut, sind wir von ursprünglich 437 Krankenhäusern mittlerweile bei 348 Krankenhäusern angelangt. Die von Ihnen immer wieder eingeforderte Strukturveränderung in Nordrhein-Westfalen ist also in vollem Gange. In den 437 Krankenhäusern wurden damals 3,9 Millionen Patienten stationär

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)  
Haushalts- und Finanzausschuss (15.)  
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21.02.2018

behandelt. In 348 Krankenhäusern in NRW behandeln wir nun 4,6 Millionen Patienten stationär. Dies geschieht bei reduzierten Verweildauern und ähnlichem. Ich habe selbst einmal im Krankenhaus gearbeitet und gesehen, was diese Arbeitsverdichtung mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, mit dem ärztlichen und dem pflegerischen Personal macht. Ich nenne nur die kürzeren Verweildauern, die Diskussion um die blutige Entlassung und ähnliche Dinge. Das kennen Sie alles. Das muss ich hier nicht erwähnen.

In Ihrer Stellungnahme beklagen Sie zu viele Mehrfachstrukturen und führen als Beispiel an, dass im Umkreis von Essen rund 80 Kliniken für künstliche Hüftgelenke zu verzeichnen sind. Sie beziehen sich dabei auf das IGES-Gutachten. In gleichem Atemzug fordern Sie den Gesetzgeber auf, Mehrfachstrukturen abzubauen.

Ihren Ausführungen habe ich gerade entnommen, dass Sie an den bisherigen Strukturen zweifeln, obwohl Sie die Krankenhausplanung im Großen und Ganzen mitgetragen haben. Sie fordern eine Strukturänderung ein, obwohl Sie selbst sehr eng an dieser Krankenhausplanung mitgewirkt haben und diese im Konsens getragen wird. Wie kann das passen?

**Dr. Martin Vincenz (AfD):** Vielen Dank für die Ausführungen in der ersten Runde. – Ich habe eine Nachfrage an Herrn Brink. Wir haben das System der dualen Finanzierung. Eine Querfinanzierung im eigentlichen Sinne war gar nicht vorgesehen. Wie ist es zu bewerten, dass Sie letztlich dazu genötigt werden, diese Querfinanzierung vorzunehmen, um die Struktur der Krankenhäuser zu erhalten?

Meine nächste Frage geht an Herrn Dr. Menzel. Sie haben in Ihren Ausführungen angeführt, dass die Kommunen mit erheblichen anderen Finanzierungsaufwendungen beschäftigt sind. Es ist vollkommen klar, dass dadurch für andere Haushaltsposten weniger Geld zur Verfügung steht. In Ihren Ausführungen sprachen Sie vor allen Dingen von Flüchtlingskosten in Höhe von etwa 1 Milliarde €. Das habe ich nicht ganz verstanden. Herr Volker Kauder hat doch in einem Interview mit dem „Tagesspiegel“ im März 2016 gesagt, es werde niemandem etwas weggenommen. Ich verstehe nicht, wie unter diesen Umständen doch verschiedene Haushaltsposten miteinander konkurrieren können und wie die Finanzierung in Strukturen damit in Konkurrenz steht. Können Sie mir das bitte noch einmal erklären? – Danke.

**Rainer Matheisen (FDP):** Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Herzlichen Dank an die Expertinnen und Experten für die interessanten und ausführlichen Antworten. Insbesondere ging es um die in der Vergangenheit entstandenen Investitionslücken. Wir wissen alle, es geht hier um Menschen. Es geht darum, kranken Menschen eine gute Behandlung zukommen zu lassen. Insofern können Sie sicher sein, dass wir das aufnehmen, ernst nehmen und in unsere Überlegungen einfließen lassen.

Meine Frage bezieht sich eher auf die Zukunft. Wie stellt sich die Höhe der Investitionsförderungen in NRW im Vergleich der Bundesländer dar, wenn Sie die in der mittelfristigen Finanzplanung vorgesehenen Erhöhungen der Mittel berücksichtigen? Die Frage stelle ich an Herrn Ruiss, Herrn Mohrmann und Herrn Brink. – Herzlichen Dank.



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)

21.02.2018

Haushalts- und Finanzausschuss (15.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

**Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE):** Meine erste Frage richtet sich an die Krankenkassenvertretungen. Gibt es aus anderen Bundesländern interessante Finanzierungsvorschläge, die dem von der SPD niedergelegten Vorschlag ähneln, oder auch andere? Können Sie uns dazu etwas sagen?

Die zweite Frage richtet sich an Herrn Brink. Sie haben gesagt, Sie gehen davon aus, dass der hier auf dem Tisch liegende Vorschlag umsetzbar ist. Dann wäre es vernünftig, wenn die Landesregierung ihrerseits ein Gutachten in Auftrag gäbe, um das zu überprüfen, es sei denn, man möchte gar nicht investieren. Alternativ setzt man sich seitens der Krankenhausgesellschaft und der Landesregierung zusammen, um das zu überprüfen. Wären Sie dazu bereit und würden Sie Hilfestellung dazu geben?

Die kommunale Beteiligung ist wichtig. Es steht der Koalition natürlich frei, das Geld einfach in den Haushalt einzustellen. Das wäre die einfachste Variante. Aber das ist eher eine Diskussion für den Haushaltsausschuss.

Ich bin kommunalpolitischer Sprecher meiner Fraktion. Ein Teil der heutigen Anhörung gehört in den Bereich. Ich habe die Aussage von Frau Scharrenbach und der CDU-Fraktion insgesamt vernommen, dass die Belastung der Kommunen zu hoch ist. Deswegen nimmt man eine Entlastung z. B. beim Kommunalsoli vor. Auf der anderen Seite wird z. B. bei den ESF-Programmen eine höhere Beteiligung der Kommunen gefordert. Hier wird eine höhere Beteiligung der Kommunen an der Krankenhausfinanzierung gefordert. Wie passt das für Sie logisch zusammen? Wie bewerten Sie diese Ausführungen?

**Vorsitzende Heike Gebhard (AGS):** Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor, sodass wir in die Antwortrunde gehen. Wenn ich es richtig mitbekommen habe, wurde an Frau Lorke keine Frage gestellt, sodass wir mit den Krankenkassen beginnen. Herr Ruiss, bitte.

**Dirk Ruiss (vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen):** Ich beginne mit der ersten Frage von Herrn Yüksel. Zu Ihrer genannten Zahl: Sie haben recht, dass wir in Nordrhein-Westfalen seit Jahren Strukturveränderungen haben. Das ist unbestritten. Aber man kann Strukturveränderungen laufen lassen oder man kann sie planen. Unsere Aufforderung geht ganz klar dahin, Strukturänderungen so zu planen, dass sie nicht aus betriebswirtschaftlicher Not entstehen, sondern im Sinne des Versicherteninteresses und im Sinne einer gesicherten Qualitätsversorgung stattfindet.

Mit der genannten Anzahl geschlossener Krankenhäuser haben Sie formal recht. Informell ist es aber nicht so, dass die ganzen Häuser geschlossen worden sind. Zum großen Teil wurden sie als Betriebsstätten erhalten. Das ist ein Streit um des Kaisers Bart. Wir sind uns mit der Krankenhausgesellschaft einig, dass die Statistik richtig ist, wenn Sie sagen, die Zahl der Krankenhäuser wurde von 437 auf 348 verringert. Aber das ist nur eine formale Reduzierung. Zum Großteil sind diese Standorte nicht geschlossen worden, sondern es sind erhaltene Betriebsstätten, die durch Fusionen entstanden sind. Insofern können diese nicht im Sinne einer Reduktion der Kapazitäten verbucht werden.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)  
Haushalts- und Finanzausschuss (15.)  
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21.02.2018

Ich möchte grundsätzlich noch etwas zur Krankenhausplanung sagen und dem Vorwurf begegnen, dass wir für eine Ausdünnung der Krankenhauslandschaft plädieren. Dem ist mitnichten so. Wir möchten die Interessen der Versicherten wahrnehmen. Unsere Umfragen zeigen, die Interessen der Versicherten sind ganz eindeutig. An erster Stelle steht eine qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus. Die Erreichbarkeit ist nur einer der Parameter, die eine Rolle spielen. Das muss man in Einklang bringen. Wenn ich ein wohnortnahes Krankenhaus habe, das möglicherweise nicht die ausreichende Qualität bringen würde, bringt das dem Versicherten nichts. Wir müssen dezidiert in alle Bereiche schauen und prüfen, ob die für den Versicherten notwendige Qualität erreicht wird.

Als Krankenkassen haben wir die Krankenhausplanung in den vergangenen Jahren mit gesteuert. Bei allem Respekt sind wir aber nicht die Entscheider in der Krankenhausplanung gewesen. Das sind gesetzliche Rahmenbedingungen, an die wir uns zu halten haben. Ich möchte auf Ursache und Wirkung hinweisen. Dass die Planungsverfahren aus der letzten Krankenhausplanung nicht zu Ende gebracht worden sind, liegt zum großen Teil daran, dass wir Differenzen in der Auffassung darüber haben, wie man Strukturen ändern sollte. Das ist eine der Ursachen. Das ist auch nicht schlimm. Aber dass wir als Krankenkassen in allen Planungsverfahren unter den gegebenen Bedingungen der Krankenhausplanung ausreichende Strukturveränderungsvorschläge gemacht haben, ist selbstredend. Sonst wären wir nicht zu den offenen Ergebnissen gekommen. Wir konnten uns mit den Trägern nicht auf die entsprechenden Verfahren einigen.

Unser Ansatz ist vor allem eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung. Das möchte ich hervorheben. NRW ist hier in der letzten Legislaturperiode zwar schon einen ersten großen und wichtigen Schritt gegangen. Wir haben immer begrüßt, dass in NRW als einem der ersten Bundesländer qualitätsorientierte Kriterien als relevante Planungskriterien in der Krankenhausplanung eingeführt worden sind. Stichworte hierzu sind die Facharztliche, geriatrische Versorgungsverbände usw. Das ist gut so. Leider sind sie nicht gut justizierbar und planerisch eindeutig rechtlich abgesichert worden. Von daher haben wir immer gesagt, das Glas ist halbvoll und nicht halbleer, aber man muss den Weg weitergehen. In diese Richtung geht ganz klar unser Plädoyer. Wir wollen Strukturveränderungen nicht um der Strukturveränderungen willen anstoßen, sondern um der Erhöhung der Qualität willen.

Die einzelnen Bereiche können wir in der Kürze der Zeit nicht durchgehen. Erlauben Sie mir daher, ein paar Stichworte zu nennen. Natürlich haben wir weiterhin auch in der onkologischen Versorgung Probleme. Wir müssen bei der Zentrenbildung aufpassen. Es darf nicht an jedem Krankenhaus das Schild „Zentrum“ angebracht werden. Das wird den Qualitätsanforderungen nicht gerecht. Man kann heute gar nicht mehr negieren, dass wir in einzelnen Bereichen eine sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage in der Krankenhausversorgung haben. Wir haben medizinisch nicht begründbare Mengensteigerungen. Diese sind unbestritten. Genau auf diese Aspekte müssen wir mit einer Krankenhausplanung reagieren. Das ist im Übrigen das Beispiel, das Sie eben aus unserer Stellungnahme erwähnt haben. Wir wollen die Krankenhäuser aus der betriebswirtschaftlichen Not herausholen und Mengensteigerungen auf den Weg zu bringen, die nicht medizinisch, sondern rein betriebswirtschaftlich induziert sind.

Dazu dient eine Krankenhausplanung mit einer stärkeren Qualitätsorientierung und damit auch einer stärkeren Spezialisierung, die helfen soll, damit Krankenhäuser wirtschaftlich stabil bleiben.

Die Fragen von Herrn Matheisen und Herrn Mostofizadeh gingen in dieselbe Richtung: Gibt es Best-Practice-Beispiele aus anderen Bundesländern dafür, wie man Investitionsmittel aufbringen kann? Wo steht NRW im Vergleich? – Die Statistiken sind unbestritten. Nordrhein-Westfalen steht, gemessen an den Indikatoren Einwohner oder Bett seit Jahren auf einem der hinteren Plätze bei der Bereitstellung von öffentlichen Investitionsmitteln. Das ist einfach so. Darüber kann man nicht hinweg reden. Insofern machen andere Länder das besser. Dort werden tatsächlich mehr öffentliche Investitionsmittel bereitgestellt. Das sollte Anspruch für NRW sein, an dieser Stelle aufzuholen.

Zur Frage, wie man öffentliche Investitionsmittel aufbringt, bitte ich um Nachsicht: Es ist nicht unsere Aufgabe als Krankenkassen, über die Verteilungslogik zwischen Land und Kommunen zu reden. Uns ist nur wichtig, dass die Investitionsmittel bereitgestellt werden. An der Stelle muss eine politische Entscheidung getroffen werden.

Ich habe die Zahlen nicht parat, weil das sehr aktuell ist. Bezüglich der Vergleichbarkeit von NRW mit anderen Bundesländern möchte ich auf die Antwort auf eine Große Anfrage verweisen, die vor einer Woche veröffentlicht worden ist. Dezidierte Ländervergleiche sind darin zu der Frage aufgelistet worden, wo die einzelnen Bundesländer in der Krankenhausplanung bezüglich Bettenanzahl pro Einwohner, aufgebrachtener Investitionsmittel etc. stehen. Sehen Sie es mir nach, dass ich diese Zahlen jetzt nicht parat habe. Die Antwort auf die Große Anfrage aus dem Bundestag mit den Antworten aus den einzelnen Bundesländern kann man nachreichen. – Danke sehr.

**Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg):** Auf der einen Seite negieren wir natürlich nicht, dass es eine Entwicklung gegeben hat. Das erkennen wir selbstverständlich an. Für uns lautet die Frage, was außerhalb von NRW passiert. Wo stehen wir innerhalb Deutschlands mit unseren Krankenhausstrukturen? Wir haben einwohnerbezogen immer noch die höchsten Krankenhauskapazitäten. Wir haben auch die höchsten Fallzahlen in Deutschland und international sowieso.

Auf der anderen Seite sind wir in NRW bei einem Projekt, bei dem es um das ambulante Potenzial im Krankenhaus geht, ganz weit oben. Bei uns passiert noch vieles stationär, was in anderen Bundesländern und international sowieso längst ambulant gemacht wird. Das heißt, wir müssen uns auch mit dieser sektorenübergreifenden Perspektive beschäftigen. Ich halte es schon für sinnvoll, dass man das gemeinsam auf einer vernünftigen und sachlichen Basis macht.

Deswegen wird am Anfang einer neuer Krankenhausplanung oder einer professionalisierten Krankenhausplanung aus meiner Sicht ein unabhängiges Gutachten erforderlich, in dem wir uns vernünftig und in Ruhe mit Sachargumenten auseinandersetzen, um zu sehen, wie wir die Strukturen gemeinsam weiterentwickeln können. Ich sehe keinen Kampf von verschiedenen Akteuren, sondern ich sehe eine erforderliche Entwicklung. Das gilt gerade im Benchmark zu anderen Bundesländern und Nationen.

Das sollten wir in Ruhe angehen. Dafür brauchen wir aber eine Professionalisierung. Das ist aus meiner Sicht ganz wichtig.

**Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.):** Die erste Frage zur Querfinanzierung kam von Ihnen, Herr Dr. Vincentz. Sie meinen damit den Eigenanteil in Höhe von 430 Millionen €, der auch im RWI-Gutachten dargestellt worden ist. Das ist das, was die Träger aus dem eigenen Portemonnaie investiert haben.

Es ist wichtig, noch einmal in Erinnerung zu rufen, dass das nicht alles aus Betriebserlösen sein muss. Das kann man nicht im Einzelfall darstellen. Wir haben große Träger wie die Bodelschwingschen Stiftungen Bethel, bei denen ein großer Zuschuss vonseiten der Stiftung gewährt. Dieser wird als Eigenmittel einer Investition gewürdigt.

Bei kleineren Krankenhäusern gibt es die Wahlleistungserlöse wie Zimmerzuschläge etc. Das sind erhebliche Beträge in einem deutlich sechsstelligen Bereich bei einem Krankenhaus mit ungefähr 300 Betten. Nutzt man die Wahlleistungserlöse, um z. B. weitere Zimmer zu Zweibettzimmern umzubauen, sind das keine DIG-Erlöse, sondern zusätzliche Erlöse. Viele Krankenhäuser haben einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb. Das kennen Sie alle. Das sind Parkhäuser, Cafeterien usw. Das ist der sogenannte wirtschaftliche Geschäftsbetrieb. Die meisten Krankenhäuser erwirtschaften damit Überschüsse. Wenn sie das Geld investieren, zählt das alles bei der Eigenmittelquote mit, hat aber überhaupt nichts mit Zweckentfremdung von DIG-Erlösen zu tun. Wie sich das genau verhält, kann ich jetzt nicht sagen. Ich möchte es nur qualitativ umreißen.

Wo liegen die anderen? Wenn wir die 250 Millionen € Sonderförderung 2017 zu der bisherigen Förderung addieren, dann liegen wir im Ranking der Bundesländer im Mittelfeld. Ohne diese 250 Millionen € liegen wir weit unten, ich glaube, auf dem vorletzten Tabellenplatz. Das hat Herr Ruiss bestätigt. Wir liegen mit den 250 Millionen € aber auch nur im Mittelfeld. Wir haben zusätzlich noch die Erblast eines Investitionsstaus in Höhe von 12,5 Milliarden €, wenn das RWI-Gutachten stimmt. Das muss man im Hinterkopf behalten, wenn man überlegt, ob die bisherige Förderung für NRW reichen kann.

Herr Mostofizadeh, Niedersachsen hat etwas Ähnliches gemacht, wie wir eben im Zusammenhang mit der NRW.BANK diskutiert haben. Dort ist es über eine Stiftung gelaufen. Herr Mintrop kann Einzelheiten dazu erzählen. 1,3 Milliarden € sind über eine solche Finanzierung à la NRW.BANK geflossen. Wenn man die Größe Niedersachsens mit NRW vergleicht, kann man den Betrag ungefähr mit zwei multiplizieren. Dann sind wir ungefähr wieder bei der Größenordnung von 2 Milliarden €, über die wir eben diskutiert haben. Mit anderen Worten wären wir nicht das erste Bundesland, das ein solches Modell angeht. Man kann sich auch an anderen Dingen orientieren.

Wenn es der Sache dient, helfen wir selbstverständlich gern bei der Aufklärung der Frage mit, ob es geht oder nicht geht. Wenn dafür ein Gutachten notwendig ist, dann ist das so. Aber falls sich die politisch Verantwortlichen mit dem Gedanken anfreunden können, das in einem gesonderten Gesprächstermin zu klären, würden wir all das, was

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)  
Haushalts- und Finanzausschuss (15.)  
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21.02.2018

wir in der Zwischenzeit herausgefunden haben, gern mit in die Waagschale für diesen Ansatz werfen. Also volle Kooperationsbereitschaft von unserer Seite!

Natürlich vertreten wir manchmal etwas entgegengesetzte Positionen zu den Strukturen. Das liegt zum Teil in der Sache. Wenn es darum geht, die Krankenhausstrukturen weiter zu optimieren und effizienter zu machen, dann sind wir beieinander. Wir sind nicht grundsätzlich dagegen, sondern bewerten nur die Ist-Situation und einige Facetten dazu etwas anders als die Krankenkassen.

Was ist nun geschlossen worden und was nicht? Von 2003 bis 2013 sind 22 Krankenhäuser komplett aus dem Krankenhausplan ausgeschieden, also weg. Es sind zehn Betriebsstätten komplett ausgeschieden. Herr Ruiss hat richtig gesagt, bei den anderen wurde beispielsweise durch Fusion aus zwei Krankenhäusern eines. In der Regel ist es nicht so, dass die beiden Standorte des gemeinsamen Krankenhauses alles so weitergemacht haben wie vorher. Meistens ist genau das passiert, was der Minister zurzeit einfordert. Es wurde beispielsweise gesagt: Wir machen Orthopädie und Traumatologie im Krankenhaus 1 und Allgemeine und Viszeralchirurgie im Krankenhaus 2.

Dass sich an den Standorten, an denen Fusionen stattgefunden haben, in Sachen Strukturen nichts bewegt hätte, kann man nicht so stehen lassen. Aus Ihren Regionen kennen Sie vielleicht, dass auch zwischen den Standorten aufgeräumt wird. Insofern kann man diese Prozesse schon mitzählen, wenn es um Strukturbereinigung geht.

Über diesen Begriff „angebotsinduzierte Nachfrage“ ist schon viel spekuliert worden. Gehen die Patienten ins Krankenhaus, weil es die Betten gibt? Als individuell Betroffener werden Sie kaum bestätigen können, dass Sie sich zu einem Krankenhausaufenthalt – möglicherweise inklusive Operation – entscheiden, weil eine solche Kapazität vorgehalten wird. Das individuelle Entscheidungsverhalten von uns allen ist ganz anders. Auch auf der Bundesebene hat man sich sehr differenziert damit auseinandergesetzt: Was ist von diesem Begriff „angebotsinduzierte Nachfrage“ wirklich zu halten?

Es bleibt teilweise im spekulativen Bereich. Wir als KGNW haben mehrere Gutachten erstellen lassen, um die höhere Krankenhaushäufigkeit kritisch zu reflektieren. Die Gutachten sind allen Akteuren bekannt. Eines muss man wirklich in den sozioökonomischen Zusammenhang unserer Vergangenheit als Industrieland setzen. Altersassoziierte Krankheiten, Adipositaserscheinungen, Arbeitslosigkeit, Armut und andere Dinge spielen in der Krankenhaushäufigkeit eine Rolle. Das hat die Wissenschaft nachgewiesen. Das haben wir überdurchschnittlich häufig in Nordrhein-Westfalen. Zumindest ein Teil dieser Krankenhaushäufigkeit lässt sich damit erklären.

Es gibt die Aufgabe, die Strukturen weiterzuentwickeln. Wir sollten aber nicht den Eindruck mitnehmen, in Nordrhein-Westfalen sei nun alles vollkommen überversorgt. Das ist zumindest unser Petitum. Das kann man im Sinne unserer Bürgerinnen und Bürger nicht durchgehen lassen.

Ich möchte noch etwas zu den Hüftoperationen sagen. Ich schließe an das an, was Herr Ruiss gesagt hat. Auch wir sind der Meinung, es muss eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung geben. Wir mussten zuerst ein bisschen mit uns ringen, um uns zu positionieren. Aber wir unterstützen das, wenn es wirklich um Qualität geht. Nehmen wir einmal an, im Ruhrgebiet bieten wirklich so viele Krankenhäuser, Hüftendo-

prothetik an. Ist es so erheblich, ob 25 oder 30 Krankenhäuser solche Operationen vornehmen, wenn zwei Dinge gewährleistet sind, nämlich erstens dass die Patienten wirklich einer stationären Operation bedürfen, es also keine unnützen Operationen sind, und zweitens die Qualität in Ordnung ist? Die Zahl der Patienten muss in jedem Fall behandelt werden. Unsere landesweite Basisfallrate, also der Preis, unterscheidet sich nicht signifikant von anderen. Er ist mittlerweile von unten an das Mittelfeld herangeführt worden.

Ich will damit sagen, man darf von dieser Strukturdiskussion nicht zu viel erwarten. Wichtig ist für unsere Menschen, dass die Qualität stimmt. Wichtig ist für die Finanzierung des Gesundheitssystems, dass keine unnötigen stationären Aufenthalte stattfinden. Wenn das gewährleistet ist, ist es doch am Ende des Tages nicht so lebensentscheidend, ob zwei, drei oder fünf Krankenhäuser das Verfahren praktizieren. Der Preis ist ohnehin fixiert.

Noch ein freundschaftlicher Hinweis an Herrn Mohrmann: Sie sind mit Ihrer Krankenkasse nicht nur für Nordrhein-Westfalen unterwegs. Die Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen ist in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu Hamburg noch ein bisschen geringer. Kann das sein?

**Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg):** Nein, das stimmt nicht. Hamburg hat wie alle Großstädte eine unterproportionale Krankenhaushäufigkeit in der Wohnbevölkerung. Hamburg leistet viel Umlandversorgung – 30 % Umlandversorgung – für Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Diesen Teil kann man natürlich nicht auf die Wohnbevölkerung beziehen. Deswegen liegt Hamburg deutlich niedriger in der Krankenhaushäufigkeit.

**Andrea Vontz-Liesegang (Städtetag Nordrhein-Westfalen):** Es wurde angesprochen, dass die Kommunen in manchen Bereichen entlastet wurden. Im Krankenhausbereich gibt es leider Gottes genau die umgekehrte Entwicklung. Was uns auf der einen Seite gegeben wird, wird uns auf der anderen Seite in gewissem Umfang genommen. Von daher ist das sehr problematisch.

Ich möchte noch einmal auf unsere grundsätzlichen Bedenken gegen die Regelung des § 17 Krankenhausgestaltungsgesetz und des neuen § 21a Krankenhausgestaltungsgesetz mit der nun stattfindenden Einzelförderung hinweisen. Bei der Einführung der kommunalen Beteiligung war immer ein konkreter Gebietsbezug gegeben. Das heißt, es wurde für die Krankenhäuser in der jeweiligen Gemeinde gezahlt. Das ist irgendwann gestrichen worden. Nun wird pauschal gezahlt.

Bei der Einzelförderung würden wir praktisch für den Strukturabbau, für Umstrukturierungen und Verlagerungen zahlen, hätten aber gleichzeitig noch immer den Sicherstellungsauftrag. Das Finanzierungssystem muss sich insgesamt ändern.

Seit der Einführung der kommunalen Beteiligungsverpflichtung hat sich die Krankenhausfinanzierung insgesamt verändert. Das DIG-System steuert ganz anders als in der Vergangenheit. Es stellt sich die Frage, ob man Pauschalen für Investitionskosten

erhebt. Das wird auf Bundesebene auch diskutiert. Diese Gesamtdiskussion sollte man in die Überlegungen einbeziehen.

Zur Finanzierung auf Bundesebene: In den neuen Bundesländern sind sehr viele Gelder aus dem Solidarbeitrag in den Bereich geflossen. Deshalb hat sich die Finanzierung dort sehr positiv dargestellt. Es gibt dazu verschiedene Übersichten, die die Krankenhausgesellschaften vorrätig haben dürften.

**Dr. Matthias Menzel (Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen):** Es ist noch eine Frage von Herrn Dr. Vincentz offen. Es ging um das Konkurrenzverhältnis. Die heutige Anhörung dreht sich um das Thema „Krankenhaus“. Ich möchte nicht allzu viel zum Thema „Flüchtlinge“ ausführen, sondern nur darstellen, dass wir in dem Bereich sehr große finanzielle Baustellen haben. Für die 72.000 geduldeten Flüchtlinge erfolgt praktisch kein Kostenersatz. Wir kämpfen in der kommunalen Familie schon lange für einen Kostenersatz. Diesen gibt es bislang nicht. Den Aufwand pro Flüchtling beziffern wir mit 12.000 € pro Jahr. Daraus ergibt sich eben eine riesige Summe pro Jahr. Wenn es um andere Bereiche geht, die durchaus sinnvoll sind – die Krankenhausfinanzierung ist absolut notwendig –, dann sind den Kommunen die Hände gebunden.

Zum Investitionsprogramm und der Parallele zum Programm „Gute Schule 2020“: Über eine Adaption oder etwas Ähnliches könnte man durchaus nachdenken. Vonseiten der Krankenhausgesellschaft ist angeführt worden, man könnte auch über eine kommunale Beteiligung nachdenken. Wir weisen darauf hin, dass eine kommunale Beteiligung vor dem Hintergrund des bestehenden finanziellen Gesamtableaus natürlich nicht in Betracht kommt.

**Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE):** Ich kann mich gut an die Diskussion über Konnexität erinnern, als wir über schulische Inklusion gesprochen haben. Sie haben eben die Zahl von 416 Millionen € genannt. Ich gehe davon aus, dass Sie hochgerechnet haben, was in der mittelfristigen Finanzplanung steht, und dann den Anteil der Kommunen von 40 % berechnet haben. Bei vier Jahren sind das etwa 100 Millionen € pro Jahr. Wir hatten bei der schulischen Inklusion zwei Töpfe à 20 Millionen €.

Wir sind jetzt auf dem Verhandlungswege. Das verstehe ich. Noch hätte die Landesregierung die Möglichkeit, die zusätzlichen Mittel für die Einzelförderung allein zu tragen. Das würde ich für richtig halten. Bei der Baupauschale könnte sie es möglicherweise bei der alten Aufteilung belassen; das steht ihr frei.

Prüfen Sie weitere Schritte zur Konnexitätsrelevanz? Würden Sie auch zusätzliche Aufwendungen gegenüberstellen, die die Landesregierung verursacht? Im Zusammenhang mit der schulischen Inklusion ist nicht mehr Schule angeboten worden, sondern in eine andere Form. Das stellt sich hier nach meiner Einschätzung in vergleichbarer Weise dar.

**Andrea Vontz-Liesegang (Städtetag Nordrhein-Westfalen):** Es ist die Frage, wie die Konnexitätsregelung insgesamt zu verstehen ist und bei welchen Tatbeständen sie

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (13.)

21.02.2018

Haushalts- und Finanzausschuss (15.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

greift. Zwar besteht beispielsweise § 17 schon lange. Aber durch jedes Haushaltsgesetz wird es neu ausgefüllt und neu geschaffen. Man kann durchaus prüfen, ob eine Konnexitätsrelevanz besteht. Das kann man machen.

Das ist juristisch alles ein bisschen umstritten. Das müsste dann eben noch einmal geprüft werden.

**Vorsitzende Heike Gebhard (AGS):** Jetzt liegen keine Wortmeldungen mehr vor. Ich darf mich insbesondere bei den Sachverständigen ganz herzlich für die Auskünfte bedanken.

Wir werden von dieser Anhörung wie gewohnt ein Wortprotokoll erhalten, das öffentlich zur Verfügung steht und auf das Sie zurückgreifen können. Wir werden die Anhörung im Ausschuss nach Vorlage des Protokolls auswerten.

Ich wünsche den Experten einen guten Heimweg und schließe die Sitzung.

gez. Heike Gebhard  
Vorsitzende (AGS)

**Anlage**

02.03.2018/06.03.2018

160



**Anhörung von Sachverständigen**

Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**"Das derzeitige System der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen muss grundlegend überarbeitet werden! Investitionsstau bei Krankenhäusern abbauen ohne Kommunen mehr zu belasten!"**

Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 17/811

Mittwoch, den 21.02.2018  
13.30 Uhr, Raum E 3 D 01**Tableau**

<b>eingeladen</b>	<b>Redner/in</b> Weitere Teilnehmer/-innen	<b>Stellungnahme</b>
Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter GmbH, Ratingen	<b>Birgitta Lorke</b> Norbert Schmitt	<b>17/325</b>
Verband der Ersatzkassen (vdek) Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	<b>Dirk Ruiss</b>	<b>17/333</b>
AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf	<b>Matthias Mohrmann</b>	
Klinikum Dortmund gGmbH, Dortmund	<b>Rudolf Mintrop</b>	<b>17/310</b>
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf	<b>Jochen Brink</b> Matthias Blum Richard Kösters	<b>17/313</b>
Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln	<b>Andrea Vontz-Liesegang</b>	<b>17/321</b>
Landkreistag Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf		
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf		