



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

16. Sitzung (öffentlich)

7. März 2013

Düsseldorf – Haus des Landtags

14:00 Uhr bis 16:55 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Rainer Klemann, Simona Roeßgen (Federführung)

Verhandlungspunkt:

Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015

Vorlage 16/488

Vorlage 16/543

– Öffentliche Anhörung –

Hierzu werden die in der folgenden Tabelle aufgeführten Sachverständigen angehört.

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellungnahmen	Seiten
KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	Jochen Brink	16/531	8, 11, 30, 45, 52
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW	Reiner Limbach	16/532	19
Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen	Burkard Schröders	16/544	26
	Klaus Schoch		47
Evangelisches Büro Nordrhein-Westfalen	Karsten Gebhardt	-/-	20, 27
Ärzttekammer Nordrhein	Rudolf Henke	16/548	14, 32
Ärzttekammer Westfalen-Lippe	Dr. Theodor Windhorst		12, 35, 43, 45
IGES Institut	Dr. Stefan Loos	16/587	20, 49
Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz	Rolf Lübke	-/-	37
St.-Franziskus-Stiftung	Dr. Klaus Goedereis	-/-	41, 49
LWL-Universitätsklinik Hamm – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Dr. Mehmet Toker	-/-	22, 47
ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL	Peter Schwarze	16/558	38, 46
AOK NordWest	Thomas Fritz	16/533	17, 28, 29, 30, 51
vdek – Verband der Ersatzkassen	Michael Süllwold	-/-	17, 19

Weitere Stellungnahme	
Verband Evangelischer Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe	16/554

* * *

Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015

Vorlagen 16/488, 16/543 und 16/556

– Öffentliche Anhörung –

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle herzlich zu unserer heutigen Sitzung: die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die zahlreichen Vertreterinnen und Vertreter des zuständigen Ministeriums, die Damen und Herren Sachverständigen – ihnen gilt mein besonderer Gruß –, die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Medienvertreter und die weiteren Gäste.

Die Landesregierung hat mit Schreiben vom 30. Dezember 2012 dem Landtag den Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015 und einen schriftlichen Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter zum Krankenhausplan vorgelegt.

Im Nachgang hat sie dem Landtag mit Schreiben vom 15. Januar 2013 drei Austauschseiten zum Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015 übersandt.

Schließlich hat sie mit Schreiben vom 16. Januar 2013 anlässlich des Schreibens des Geschäftsführers der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vom 11. Januar 2013 erneut Stellung genommen.

Gemäß § 13 Abs. 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen ist der zuständige Landtagsausschuss – das ist der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – bei der Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben eines Krankenhausplans zu hören.

Unser Ausschuss hat sich im Gegensatz zu früheren Verfahrensweisen – die letzte Diskussion über einen Krankenhausplan liegt schon eine Weile zurück; einige Beteiligte in diesem Raum werden sich aber noch daran erinnern, dass damals keine Anhörung von Sachverständigen stattfand – in großer Übereinstimmung dazu entschlossen, hierzu heute eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Vor diesem Hintergrund begrüße ich die anwesenden Sachverständigen und danke ihnen im Namen des Ausschusses nicht nur für die Bereitschaft, uns heute zur Klärung von Fragen zur Verfügung zu stehen, sondern auch für die bereits eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen, die teilweise sehr umfangreich sind. Darüber hinaus ist angekündigt, dass wir im Nachgang noch weitere schriftliche Stellungnahmen erhalten werden.

Seit zwei Jahren führen wir Anhörungen in diesem Ausschuss ausschließlich als Befragungen durch. Wir verzichten also auf Eingangsstatements.

Dieser Raum ist für vier Stunden reserviert, wie ich den Mitgliedern des Ausschusses schon in unserer gestrigen Sitzung mitgeteilt habe. Das ist die äußerste Grenze. Diese Grenze muss nicht erreicht werden. Sie kann aber erreicht werden. Wir haben al-

so genügend Zeit, um ausführlich und intensiv allen Frage- und Erläuterungsbedarf abzuarbeiten.

Die Mitglieder des Ausschusses wissen genau, dass sie ihre Fragen an einzelne Experten zu adressieren haben. Fragen an alle eingeladenen Sachverständigen gelten hier als nicht gestellt.

Nach diesen Vorbemerkungen eröffne ich nun die erste Fragerunde. Wir werden sicherlich zwei oder drei Runden mit Fragen und Antworten durchführen.

Michael Scheffler (SPD): Meine Fragen richten sich an die Krankenhausgesellschaft, die uns eine sehr umfangreiche Stellungnahme zur Verfügung gestellt hat. – Erstens. Wie beurteilen Sie die derzeitige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen? Das ist im Kontext mit der Krankenhausplanung sicherlich auch wichtig und interessant.

Zweitens. In der bisherigen Debatte um die Krankenhausplanung hat das Thema „Qualität“ eine nicht unwesentliche Rolle gespielt. Inwieweit trägt der Qualitätsgedanke, der auch heute in der Krankenhausplanung verankert ist, dazu bei, zum einen die Patienten zu schützen und zum anderen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern vor Überforderung zu schützen? Kann man durch Schaffung vernünftiger Rahmenbedingungen dazu beitragen, dass sich die im Krankenhaus behandelten Patienten auch menschlich angenommen fühlen, und einen Beitrag dazu leisten, die Ärzte vor Übermüdung und Überforderung zu schützen?

Peter Preuß (CDU): Zunächst möchte ich mich bei den Sachverständigen herzlich für ihre schriftlichen Ausführungen bedanken. Mit diesen Stellungnahmen werden wir uns noch sehr eingehend befassen. Wir haben heute aber noch einige Ergänzungsfragen.

Erstens. Meine allgemeine Frage an die Ärztekammern, den Verband der Ersatzkassen und die Krankenhausgesellschaft lautet: Welche Bedeutung hat der Krankenhausplan tatsächlich für die Krankenhäuser und die medizinische Versorgung? Mit anderen Worten: Ist das für Sie eine verlässliche Planungsgrundlage?

Zweitens. Lassen sich die Qualitätsanforderungen, die im Entwurf des Krankenhausplans definiert sind, vor Ort auch tatsächlich erfüllen? Oder gibt es da Schwierigkeiten? – Diese Frage richtet sich insbesondere an die Krankenhausgesellschaft.

Drittens. Wenn es auf der einen Seite diese Qualitätsanforderungen gibt und auf der anderen Seite ein Entfernungsradius von 20 km festgelegt ist, stellt sich folgende Frage: Lassen sich Qualität auf der einen Seite und Erreichbarkeit auf der anderen Seite in Einklang bringen?

Viertens. Mit meiner letzten Frage wende ich mich an den Verband der Ersatzkassen. Wie beurteilen Sie den Sanktionsmechanismus? Gibt es ihn überhaupt? Wenn ich es richtig in Erinnerung habe, wird das in einer Stellungnahme in Bezug auf das Geriatriekonzept thematisiert. Welche konkreten Konsequenzen hat es also, wenn die Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden?

Susanne Schneider (FDP): Zunächst bedanke ich mich auch im Namen der FDP-Fraktion für die ausführlichen Stellungnahmen. – Meine erste Frage richtet sich an die Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammern. Es wurde kritisiert, dass der Krankenhausplan nicht in Gänze im zuständigen Landesausschuss für Krankenhausplanung beraten wurde. Welche Themen wurden nicht beraten? Und inwiefern waren speziell Sie von den Ärztekammern eingebunden?

Mit meiner zweiten Frage wende ich mich vor allem an die Krankenhausgesellschaft, aber auch an die anwesenden Vertreter der Krankenhausträger. Wie kann man die vom Kollegen Preuß gerade schon angesprochene Qualität genau definieren? Und vor allen Dingen: Wie kann man sie genau messen?

Arif Ünal (GRÜNE): Vielen Dank für die Stellungnahmen. – Ich habe Fragen zu vier unterschiedlichen Bereichen.

Erstens: Intensivbetten. In vielen Stellungnahmen wurde die Mindestzahl von acht bis zwölf Intensivbetten thematisiert. Besonders in den kleinen Krankenhäusern in ländlichen Bereichen würde eine Mindestbettenzahl von mehr als acht ein Versorgungsdefizit hervorrufen. Die Gesundheitsministerin hat im Rahmen der Krankenhausplanung allerdings mehrmals erwähnt, dass in der Rahmenplanung eine Zahl von acht bis zwölf Betten zwar die Zielvorgabe ist, dass die Intensivbettenzahl in der regionalen Versorgung aber je nach den Gegebenheiten auch unter acht fallen kann, weil wir eine flächendeckende Versorgung sicherstellen wollen. Kann man mit diesem Lösungsvorschlag leben? – Diese Frage richtet sich an die Krankenhausgesellschaft, die Ärztekammern und die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände.

Zweitens: sektorübergreifende Versorgung. Wie auch im Krankenhausplan erwähnt ist, hat die sektorübergreifende Versorgung natürlich eine große Bedeutung. Als Land haben wir Planungsmöglichkeiten im stationären Bereich. Für den ambulanten Bereich gab es bis jetzt aber keine entsprechenden Möglichkeiten – nur das neue Gremium nach § 90a SGB V. Sehen Sie darüber hinaus Möglichkeiten, die sektorübergreifende Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung hinzubekommen?

Drittens: Verbesserung der geriatrischen Versorgung. Dazu gab es unterschiedliche Stellungnahmen. Einige, beispielsweise IGES und AOK, verlangen verbindliche Vorgaben. Andere, zum Beispiel der Verband Evangelischer Krankenhäuser, haben erklärt, dass diese Vorgaben zu viel wären; wegen der Wettbewerbssituation im Krankenhausbereich dürften solche Kooperationen schwer realisierbar sein. Ich hätte gerne gewusst, wie sich die Situation darstellt. Ist diese Kooperation zwischen geriatrischen Abteilungen und anderen Fachabteilungen bzw. anderen Krankenhäusern überhaupt notwendig und möglich?

Viertens: kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Herr Dr. Toker, wir haben nach der Auswertung der Auslastung im Jahr 2010 eine Bettenzahl benannt. Wir wissen aber, dass die Bettenzahl bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung keine entscheidende Rolle spielt. Sehen Sie darüber hinaus Verbesserungs-

möglichkeiten dahin gehend, dass wir eine ortsnahe Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen können?

Lukas Lamla (PIRATEN): Auch ich danke allen Sachverständigen für ihre Stellungnahmen. – Meine erste Frage richtet sich an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Sie baut auf der entsprechenden Frage von Herrn Ünal auf und lautet: Wie sinnvoll ist es, den Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften normativen Charakter zuzuschreiben? Und welche Vor- und Nachteile hat der Bezug auf Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften?

Mit meiner zweiten Frage wende ich mich sowohl an die Krankenhausgesellschaft als auch an die Ärztekammern. Wie bewerten Sie das Vorgehen des Ministeriums bei der Krankenhausplanung im Hinblick auf die Transparenz?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Jetzt kommen wir zur Beantwortung. Die Krankenhausgesellschaft ist von allen Abgeordneten angesprochen worden. Sie sind mit drei schlagkräftigen Herren hier vertreten. Wem darf ich das Wort geben?

Jochen Brink (KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Mir, Herr Vorsitzender. Ich bin derzeit Präsident der KGNW und darf hier für unsere Gruppe Stellung nehmen. – Ich versuche, mich in etwa an die Reihenfolge der Fragen zu halten, und beginne mit der Frage zur gesamtwirtschaftlichen Situation unserer Krankenhäuser sowohl in NRW als auch – schließlich handelt es sich um ein bundespolitisches Thema – darüber hinaus.

Wir haben am 19. Februar dieses Jahres in Berlin einen Krankenhaushausgipfel, initiiert durch die Deutsche Krankenhausesellschaft, veranstaltet. Über 1.000 Repräsentanten der deutschen Krankenhäuser waren dort zugegen. Wir haben uns Mühe gegeben, die Politik davon zu überzeugen, dass die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in der Breite sehr problematisch geworden ist. Als Krankenhäuser leben wir in dem Dilemma, dass man uns einerseits vonseiten der Politik sagt, Mehrmengen halte man für problematisch, und dass wir andererseits ohne Mehrmengen kaum überleben können. Überleben heißt in diesem Fall, tarifgebundene Löhne zu bezahlen und trotzdem rote Zahlen zu vermeiden.

Wir nehmen täglich zur Kenntnis, dass Krankenhäuser zunehmend in Schwierigkeiten geraten, und zwar sowohl in Bezug auf etwaige Verluste als auch hinsichtlich der Liquidität. Insofern sind auch die Krankenhäuser in NRW zu einem nicht unerheblichen Teil wirtschaftlich bedroht.

Dem Land kommt in diesem Zusammenhang unseres Erachtens umso mehr die Rolle zu, gemeinsam mit den Protagonisten auf Krankenseite über kreative Lösungen zur Investitionskostenförderung nachzudenken. Wir befinden uns nämlich bisweilen in einem gewissen Pingpongspiel. Der Bund verweist auf die Finanzierungszuständigkeit des Landes, und umgekehrt erhalten wir manchmal ähnliche Hinweise. Insofern werden wir uns bemühen, beim Problem der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser, was die Investitionskostenförderung angeht, auch im Sinne von kre-

ativen Vorschlägen gegenüber unserem Ministerium unterstützend tätig zu werden. Das wird aber in Zukunft wieder ein ganz wichtiger Punkt werden.

Die nächste Frage richtete sich auf den Verbindlichkeitsgrad des Krankenhausplans. Ich möchte erst einmal feststellen, dass für uns Krankenhäuser der Krankenhausplan natürlich der Lebensnerv ist, an dem wir hängen. Es handelt sich also um ein eminent wichtiges Thema. Die Neuaufstellung des Krankenhausplans erfolgt auch nicht jedes Jahr. Insofern ist das für uns eine extrem wichtige Weichenstellung, die jetzt in NRW vollzogen wird.

Ich greife ein hier genanntes Stichwort auf. Auch wir sind der Meinung, dass der Krankenhausplan verlässlich sein muss – verlässlich in erster Linie für die Patientinnen und Patienten, die wir zu versorgen haben, aber ganz maßgeblich auch für die Akteure und für unsere Krankenhäuser.

Bei dem, was den Krankenhausplan in der Vergangenheit klassischerweise ausmachte, nämlich den Planungsgrundsätzen und den quantitativen Eckwerten – auf gut Deutsch: Wie entwickeln sich die Bettenzahlen in den Abteilungen? –, haben wir durchaus ein hohes Maß an Übereinstimmung. Bei den Planungsgrundsätzen besteht weitestgehend Konsens.

Hinsichtlich des Kapazitätsüberhangs hat die Krankenhausgesellschaft selbst auch ein Gutachten beim Deutschen Krankenhausinstitut in Auftrag gegeben. Wir haben dort auf Basis einer wissenschaftlichen Methode einen Überhang von knapp über 8.000 Betten im somatischen Bereich konstatiert. Wenn Sie das mit den vom Ministerium vorgelegten Zahlen vergleichen, sehen Sie: So weit liegen wir da nicht auseinander.

Wir plädieren allerdings dafür, dass der Bettenabbau maßvoll passiert und dass wir nicht heute Ressourcen abbauen, zu denen wir dann vielleicht übermorgen, also 2020, feststellen: Das hätten wir besser nicht getan; vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung könnten wir sie doch ganz gut gebrauchen. – Das ist unser Kredo an dieser Stelle.

Ich glaube aber, nichts Falsches zu sagen, wenn ich feststelle, dass unsere Positionen hier nicht allzu weit auseinander liegen. Jetzt kommt es darauf an, das Ganze sukzessiv und vernünftig in die Regionen hinein zu transportieren. Da liegt also weniger das Problem.

Lassen Sie mich die Beantwortung der Frage nach den Qualitätskriterien mit der Beantwortung der Frage nach der Transparenz des Verfahrens verbinden. Zunächst einmal ist es mir ganz wichtig, festzustellen, dass die NRW-Krankenhäuser sich selbstverständlich der Qualität der Patientenversorgung als ihrer obersten Zielsetzung in hohem Maße verpflichtet fühlen. Da gibt es auch verbandsübergreifend wohl überhaupt keinen Dissens. Das ist in der Tat das zentrale Thema.

Mit der Form, in der die Qualitätskriterien heute im Entwurf enthalten sind, haben wir allerdings schon unsere Probleme. Lassen Sie mich das hier darstellen. Unsere Position finden Sie auf Seite 4 der Ihnen vorliegenden Stellungnahme unter der Überschrift „Zentrale Aspekte“. Dort haben wir geschrieben:

„Wir unterstützen grundsätzlich rechtssichere Strukturqualitätsvorgaben, die geeignet sind, die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten in unserem Bundesland sichern und verbessern zu helfen.“

Strukturkriterien müssen unseres Erachtens rechtssicher und evidenzbasiert sein. Außerdem müssen die Folgen für die Versorgungsqualität vor Einführung solcher Kriterien untersucht worden sein.

Ich möchte unsere Kritik am Beispiel der Intensivpflege – dieses Stichwort wurde hier auch genannt – illustrieren. Wenn auf Basis einer Empfehlung der entsprechenden Fachgesellschaft, in diesem Fall der DIVI, eine Mindestgröße von acht Betten bei den Intensivpflegeeinheiten gefordert und als hartes Kriterium umgesetzt wird, müssen 22 % der im Land befindlichen Intensivpflegeeinheiten geschlossen werden. Das kann unseres Erachtens nicht im Sinne der von allen gewünschten Versorgungsqualität sein.

Gleichzeitig wird gemäß den Empfehlungen der DIVI eine bestimmte Personalausstattung gefordert. In dem uns vorliegenden Text lässt sich nicht genau erkennen, ob diese Personalausstattung ausschließlich für die Intensivpflegeeinheit vorzuhalten ist oder ob die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch mit anderen Aufgaben betraut werden können. Sollte es als exklusive Zuordnung zu verstehen sein, also bedeuten, dass dieses Personal nichts anderes machen darf und ausschließlich dort verbleiben muss, würde diese Vorgabe mit großer Wahrscheinlichkeit für viele weitere Intensivpflegeeinheiten das Aus bedeuten.

Am Beispiel der Intensivpflegeeinheiten – ich komme zurück auf Transparenz und Interpretationsspielräume – wird ein weiteres Problem des Textteils des vorliegenden Entwurfs deutlich. Krankenhausplanung muss verlässliche und interpretationsfreie Rahmenbedingungen schaffen. Das ist unseres Erachtens bislang noch nicht hinreichend sichergestellt. Der Krankenhausplan eröffnet Spielräume für Interpretationen, deren Auswirkungen gravierend sein können. Insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in unserem Bundesland betrachten wir das mit großer Sorge.

Lassen Sie mich zum Thema „Strukturqualitätskriterien“ Folgendes feststellen: Vorgaben zur Strukturqualität müssen den wissenschaftlichen Maßstäben einer evidenzbasierten Medizin, vergleichbar mit der Vorgehensweise im Gemeinsamen Bundesausschuss, genügen. Es geht uns im Kern um die Qualität der Qualitätskriterien, die entscheidend ist, wenn unsere Patientinnen und Patienten davon profitieren sollen.

Das Stichwort „Leitlinien“ wurde eben auch genannt. Die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften können bei der Entwicklung solcher Strukturqualitätskriterien durchaus eine Quelle sein. Leitlinien haben aber in erster Linie das ärztliche Handeln und nicht die Krankenhausplanung zum Gegenstand. Eine Eins-zu-eins-Übernahme von Leitlinien der Fachgesellschaften ist deshalb unseres Erachtens nicht zielführend. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss wählt in der Regel einen sehr viel differenzierteren Ansatz bei der Entwicklung von Qualitätskriterien.

Ich komme zurück auf die Intensiveinheiten. Hier handelt es sich um eine Empfehlung der DIVI als der zuständigen Fachgesellschaft. Es ist nicht eine wissenschaftlich fundierte Leitlinie, eine sogenannte S3-Leitlinie – das sind die Leitlinien mit der höchsten Evidenz –, sondern eine Empfehlung. Wir meinen, dass eine solche Empfehlung nicht mit dem Stand der Wissenschaft gleichgesetzt werden sollte.

Lassen Sie mich einen kurzen Ausflug nach Rheinland-Pfalz machen. Auch in Rheinland-Pfalz wurden Qualitätskriterien in den Landeskrankenhausplan einbezogen. Dort hatte man ebenfalls gewisse Spielräume für Interpretationen. Das zuständige Gesundheitsministerium sah sich im Bereich der Gefäßchirurgie dazu veranlasst, Aussagen im dortigen Krankenhausplan zurückzunehmen, um Problemen in der flächendeckenden Versorgung in Rheinland-Pfalz vorzubeugen. Wir haben das in unserer Stellungnahme auch entsprechend ausgeführt. – So viel für den Anfang, Herr Vorsitzender.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Herr Brink. – Ich frage aber noch die Abgeordneten, die Fragen an die Krankenhausgesellschaft gerichtet haben, ob alle Fragen beantwortet worden sind.

Jochen Brink (KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Aus dem Hintergrund höre ich gerade, dass ich die Frage bezüglich der Transparenz erst oberflächlich beantwortet habe.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich habe das Stichwort „Transparenz“ aber gehört.
(Heiterkeit)

Der Kollege hat in der nächsten Runde ja noch die Möglichkeit, nachzufragen.

Susanne Schneider (FDP): Mir fehlen noch Ausführungen dazu, inwieweit alle unmittelbar Beteiligten in die Planung einbezogen waren. Das ging ein bisschen unter.

Jochen Brink (KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Wir sind selbstverständlich bei der Aufstellung der Planungsgrundsätze und bei der Aufstellung der quantitativen Eckwerte, also der Bettenzahlen, einbezogen worden.

Nicht beteiligt – zumindest nicht in unserem Sinne ausreichend beteiligt – wurden wir bei der Erstellung des sehr umfangreichen Textteils. Nun wird vom Ministerium zu Recht konstatiert, dass auch in der Vergangenheit der Textteil nicht im Vorfeld erörtert worden ist. Das ist richtig. Bei dieser Neuaufstellung hat der Textteil aber eine ganz andere Bedeutung; denn die Qualitätskriterien, die unserem Ministerium auch sehr wichtig sind, sind genau dort hinterlegt.

Ich darf Ihnen auch sagen, dass das Thema „Intensivbetten“ überhaupt nicht beraten worden ist. Es war kein Gegenstand der Unterarbeitsgruppe. Es war auch kein Gegenstand der Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 2. November 2012. Wir sind erst mit Vorlage des Entwurfs Anfang 2013 von diesen Aus-

führungen bezüglich der Intensivpflegeeinheiten in Kenntnis gesetzt worden. Da war unseres Erachtens die Beteiligung nicht gegeben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke. – Als Nächstes sind die beiden Ärztekammern umfangreich angesprochen worden. Hier sind beide Präsidenten anwesend. Welcher Präsident möchte anfangen?

Dr. Theodor Windhorst (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Ich werde zuerst versuchen, die Fragen zu beantworten. Anschließend ist natürlich der ehemalige Abgeordnete an der Reihe. – Die hier aufgeworfenen Fragen haben sich a priori für uns von der Ärztekammer gar nicht so gestellt. Ich versuche aber, zunächst einmal die Fragen nach der Bedeutung für die Versorgung zu beantworten, die mir gerade von Herrn Scheffler und von Herrn Preuß noch in Erinnerung sind. Ja, die Krankenhausplanung hat Bedeutung für die Versorgung. Das betrifft vor allen Dingen – Herr Ünal hat es eben auch gesagt – die sektorübergreifende Versorgung. Wir müssen einmal darüber nachdenken, inwiefern wir die beiden großen Kompartimente in eine effektivere Verbindung miteinander bringen können – auch aus finanziellen Gründen und aus den Gründen der Ärztenknappheit, die sich dann vielleicht ergibt –, um nicht alles gleich an die Pflege weiterzugeben. Die Bedeutung ist also groß.

Wir haben eine verlässliche Planungsgrundlage gefordert. In Teilbereichen haben wir sie bekommen.

Frau Schneider, die Einbindung der Beteiligten war im inhaltlichen Bereich okay. Im Textbausteinbereich war es genau so, wie Herr Brink das gerade geschildert hat. Wir sind, glaube ich, 24 oder 48 Stunden vorher informiert worden, dass sich da noch etwas ergeben hat.

Die Strukturqualität, die wir mit einbringen konnten, ist ein wichtiger Parameter. Das hat Herr Brink auch gesagt. Natürlich wollen wir Qualität. Sie ist ganz wichtig. Im Zusammenhang mit den Kernaufgaben wird noch einmal heruntergebetet, was alles unter der Überschrift „Qualität“ gefordert wird.

Lassen Sie mich ein Beispiel nennen. Wenn in einer chirurgischen Abteilung kein Chirurg ist, ist es dann eine chirurgische Abteilung? Nein. Wenn zu einer chirurgischen Abteilung ein Chirurg gehört, der aber in Urlaub ist, ist es dann immer noch eine chirurgische Abteilung? Nein. Also wäre es gut, wenn zwei Chirurgen da sind, die sich wenigstens mal abwechseln können und die miteinander als Ansprechpartner für die Versorgung nach Facharztstandard zur Verfügung stehen.

Facharztstandard bedeutet, dass wir Ärzte mit Facharztstatus haben, die letzten Endes die Verantwortung tragen, sowohl höchstrichterlich als auch haftpflichtrechtlich. Ich glaube, es ist gut, wenn man zwei solche Ärzte hat. Das ist auch aufgenommen worden. Dafür danken wir. Auch die Formulierung halten wir für sinnvoll; denn „sollen“ heißt: müssen, wenn man kann.

Sollte der vertretende Kollege sich nun wirklich niedergelassen haben oder verstorben sein, fehlt in diesem Krankenhaus natürlich ein Arzt mit Facharztstandard. Dann muss man dieser Abteilung Zeit geben, das wieder aufzubauen, beispielsweise da-

durch, dass man einen in Weiterbildung befindlichen Arzt entsprechend fördert, damit er in absehbarer Zeit dieses Kompartiment wieder auffüllen kann. Mit Blick auf das Vertrauen der Patientinnen und Patienten halte ich es für eine ganz wichtige Außenwirkung, dass in einem Krankenhaus auch die Qualität garantiert wird.

Die Feststellungsbescheide sind nach der Krankenhausplanung so ausgerichtet, dass Leistungsangebote abrufbar sind und dass Leistungsabrufe auch nachhaltig hinterlegt werden. Insofern stelle ich noch einmal fest: Die verlässliche Planung ist eine wichtige Voraussetzung.

Die Krankenhausgesellschaft hat in ihrer Stellungnahme ausgeführt, zwei Drittel seien noch nicht ausreichend besprochen worden; damit solle man sich im Landesgremium nach § 90a SGB V noch einmal befassen. Darüber freuen wir uns natürlich; denn weil wir darin nicht vertreten sind, brauchen wir uns mit diesen Problemen nicht mehr zu beschäftigen. Ich glaube aber, dass das gar nicht nötig wäre; denn ich bin absolut folgender Meinung: Es geht nicht primär – zwar auch, aber nicht primär – um Rechtssicherheit. Es geht schon gar nicht in erster Linie um evidenzbasierte Medizin. Vielmehr geht es um Versorgungsgrundsätze. Sie müssen zwar beides beinhalten, sowohl evidenzbasierte Medizin als auch Rechtssicherheit. Entscheidend muss aber die Qualität der Versorgung sein. Mir nutzt Rechtssicherheit überhaupt nichts, wenn ich eine schlechte Qualität für die Patienten vorhalte. Dann dreht sich mir als Arzt der Magen um. Als Rechtsanwalt würde ich mich wahrscheinlich freuen, wenn ich Rechtssicherheit hätte. Für mich als Arzt geht aber die Qualität vor.

Die Diskussion um die Empfehlungen der DIVI ist eigentlich langweilig. Schauen Sie einmal auf Seite 101 des Entwurfs. Dort sehen Sie genau, wie das zu bewerten ist. Es ist ein Vorschlag, dort acht bis zwölf Betten zu hinterlegen, und überhaupt keine Leitlinie, die einen fixierten Anker darstellt, an den man sich auf Gedeih und Verderb halten muss. So habe ich es jedenfalls nicht gelesen.

Ich finde es sehr gut, wenn eine Krankenhausplanung Planungsgrundsätze hat, die auf Leitlinien basieren. Wie Sie wissen, gibt es Strukturleitlinien der ersten, zweiten und dritten Qualität. Dazwischen bestehen wichtige Unterschiede. Das Wichtigste ist aber Folgendes: Ein Arzt muss erst einmal leitliniengerecht arbeiten können und dürfen. Warum ist das wichtig? Wenn ich mich als Arzt aus einer Leitlinienebene entferne – was ich natürlich darf; es handelt sich um einen Korridor, der ganz viele Seitentüren hat –, muss ich hinterher begründen, warum ich das getan habe, warum ich also beispielsweise eine Operation nicht durchgeführt habe, obwohl sie von denjenigen, die die Leitlinie erstellen – zum Beispiel bei der AWMF, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, oder beim IQWiG, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen –, vorgeschrieben und angedacht ist. Ich freue mich also, wenn wir einen Modus haben, in dem auch die Ärzte in Weiterbildung leitlinienorientiert arbeiten können und dürfen – ohne sich auf Gedeih und Verderb daran halten zu müssen –, um den Patienten eine Versorgung zukommen zu lassen, die wenigstens in den großen Ländern wie Nordrhein-Westfalen und Bayern ähnlich ist. Deswegen bin ich schon ein Verfechter von allgemeinen Verweisen auf Leitlinien.

Was die Transparenz anbetrifft, üben wir. Das gilt gerade seit dem Zeitpunkt, seit dem die Teilgebiete nicht mehr in der Krankenhausplanung enthalten sind. Ich bedaure das sehr, weil ich sehe, dass da eine Vielfalt des Denkens herrscht. Von verschiedenen Verantwortlichen in den Krankenhäusern – vom Arzt bis zum Geschäftsführer – wird in der Frage, wie Teilgebiete ausgearbeitet werden können, eine große Kreativität an den Tag gelegt. Meines Erachtens bedarf es in der Landeskrankenhausplanung einer kleinen Orientierungshilfe dahin gehend, was in den Teilgebieten abgearbeitet werden soll und muss. Jetzt wollen alle alles machen. Ich halte das für einen verkehrten Anreiz. Im Übrigen haben wir auch noch ganz viele andere verkehrte Anreize in unserem gesamten System. – Herr Henke, wollen Sie es noch erweitern und vervollständigen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Es ist klar, dass wir unserem ehemaligen Kollegen Rudolf Henke hier das Wort geben – schon allein, um den einzelnen Landesteilen hinreichend Gehör zu schenken.

Rudolf Henke (Ärztammer Nordrhein): Vielen Dank; das ist sehr nett. Ich kann auch versuchen, es knapp zu machen. – Zur Bedeutung der Krankenhausplanung: Das Land – nicht Sie als Abgeordnete, sondern die Regierung; das ist mir schon klar – entscheidet mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan erstens darüber, dass die dort aufgenommenen Strukturen einen Versorgungsvertrag haben, ohne dass die Krankenkassen im Einzelnen über diesen Versorgungsvertrag entscheiden müssen. Das ist eine hoheitliche Aufgabe. Sie ist in hohem Umfang herausgefordert, weil viele sagen: Das können die Länder gar nicht gut machen, weil sie sich dabei viel zu sehr von den Landräten und Bürgermeistern der Kreise, Städte und Gemeinden beeinflussen lassen. Es wäre viel besser, wenn die Krankenkassen den Ländern dieses Recht abnehmen würden. – Diese Debatte findet in der Tat statt. Deswegen ist eine gute Krankenhausplanung auch eine Verteidigung für die Kompetenz der Länder, diese Entscheidungen mit Substanz zu treffen. Ich würde aus unserer gesamten Erfahrung heraus dazu raten, diese Kompetenz auch zu nutzen und sie nicht etwa sukzessive oder auf einmal den Krankenkassen abzutreten. Es gibt aber diese Vorstellung von Einkaufsmodellen.

Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan entscheidet das Land zweitens darüber, dass dieses Krankenhaus einen Anspruch auf Investitionsförderung hat. Nun kann man eine umfangreiche Debatte darüber führen, ob die Investitionsförderung immer ausreicht. Dazu kann man sehr verschiedene Auffassungen haben. Ich stelle den Rückgang der Investitionsmittel quer durch alle Bundesländer fest, quer durch alle Kolorierungen und in Nordrhein-Westfalen auch quer durch alle unterschiedlichen Koalitionskonstellationen. Das Problem dabei ist, dass den Krankenhäusern damit ein Teil der Mittel für die Betriebskosten entzogen wird, die sie eigentlich brauchen, um ihr Personal, ihre Sachmittel und ihre Energiekosten zu bezahlen, die sie aber zurücklegen, um den Investitionsdefiziten zu entgehen. Wir haben in Nordrhein-Westfalen allerdings eine Krankenhausinvestitionsfinanzierung, die auf einem nicht zu vernachlässigenden Niveau dafür sorgt, dass die Häuser eine

Investitionsfinanzierung kalkulatorisch einbeziehen können, wenn sie im Krankenhausplan sind. Damit ist das eine zentrale Entscheidung.

Sie ist am stärksten herausgefordert durch die Absicht der Kassen, die Krankenhausplanung in Hand der Länder durch eine Art von Einkaufsmodellen abzulösen. Weil das so ist, sprechen wir uns als Ärztekammern deutlich dafür aus, eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf der Basis qualitätsorientierter Strukturkriterien zu betreiben. Wir stimmen zu, dass diese Kriterien fachlich gut begründet, eindeutig nachvollziehbar und praktikabel sein müssen. Natürlich darf man der Aussage der Krankenkassen, dass die Landesplanung nicht hinreichend nach Qualität differenziert, keinesfalls eine Breitseite bieten. Deswegen raten wir dazu.

Herr Kollege Windhorst hat eben die Frage gestellt, ob es sich denn noch um eine chirurgische Abteilung handelt, wenn nur ein einziger Chirurg anwesend ist. Ich weiß auch, dass viele sagen: Es gibt doch einzelne Leistungen, die von einem in Weiterbildung stehenden Arzt erbracht werden. Dieser Arzt kann doch auch den Facharztstandard erfüllen. Und wenn er den Facharztstandard erfüllen kann, kann man doch auch auf Facharztstandard eine Abteilung mit Leistungen versorgen, die von Nichtfachärzten durchgeführt werden. – Für die haftungsrechtliche Beurteilung der einzelnen Leistung stimmt das. Natürlich kann jemand auf seinem Weg zum Facharzt schon eine fachlich korrekte Leistung auf Facharzniveau erbringen. Er kann es aber nicht für das gesamte Fachspektrum tun. Außerdem arbeitet er im Krankenhaus immer unter der Observanz von genügend ansprechbaren Fachärzten, die ihm zur Verfügung stehen, um ihm dann aus der Patsche zu helfen, wenn er alleine nicht weiterkommt. Diese Möglichkeit muss zu jeder Tages- und Nachtzeit gewährleistet sein.

Ohne auf andere zu verweisen und etwa den Marburger Bund ins Spiel zu bringen: Ich glaube, wenn man das alles einmal vor dem Hintergrund der Zulässigkeit nach den Arbeitszeitbestimmungen untersuchen würde, würde man feststellen, dass die Arbeitszeitregelungen auch für Fachärzte deswegen sicherlich nicht eher in die Richtung eines Facharztes, sondern eher in die Richtung oberhalb von zwei Fachärzten gehen würden. Auch dort brauchen wir also klare Qualitätskriterien. Ich zitiere in diesem Zusammenhang aus der gemeinsamen Stellungnahme der beiden Ärztekammern:

„Mindestens sowohl der leitende Arzt/die leitende Ärztin und die jeweilige Stellvertretung müssen über eine der Fachabteilung entsprechende Facharztanerkennung verfügen. Dies muss auch auf der Ebene der Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen in den Gebieten Chirurgie (bspw. Gefäßchirurgie) und Innere Medizin (bspw. Kardiologie) gelten.“

Zum Landesausschuss für Krankenhausplanung: In zwei Jahren gab es 22 Sitzungen. Die Grundsätze wurden sorgfältig beraten. Für uns hat es insofern eine Sonderaufgabe gegeben, als dass wir als die beiden Ärztekammern aufgefordert wurden, den Eingang der Stellungnahmen aus den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zu koordinieren. Als wir diese Aufgabe im Sommer letzten Jahres auferlegt bekamen, waren wir ein bisschen erschrocken über die engen Zeithorizonte und haben uns dann unsererseits dafür eingesetzt, nach Möglichkeit doch etwas mehr Zeit einzuräumen. Das ist auch auf offene Ohren gestoßen. Man konnte das

dann tatsächlich in einem geordneten Verfahren beibringen. Die kompletten Erklärungen der Fachgesellschaften sind auch vollständig transparent in den gesamten Prozess für alle Beteiligten eingeflossen.

Wir haben die Aussage der DIVI in Bezug auf acht bis zwölf Intensivbetten als Sollorientierung verstanden. Nach unserem Verständnis macht die Ministerin in ihrem Schreiben an den Ausschuss auch darauf aufmerksam, dass dies kein unmittelbar bindendes Recht ist. Vielleicht sollte das für den weiteren Gang der Dinge Anlass sein, an Stellen, an denen jetzt Zweifel bestehen, für die entsprechende Klarheit zu sorgen. Wir finden allerdings, dass es fachlich natürlich nicht schlecht ist, wenn sich Krankenhausabteilungen im Einklang mit fachlichen Leitlinien bewegen. Im Prinzip ist das ja etwas Gutes. Man kann sicherlich nicht sagen, es sei völlig egal, ob die Leitlinien beachtet werden oder nicht. Schließlich haben sie eine Bedeutung. Aus meiner Sicht wird diese Bedeutung in aller Regel auch wahrgenommen.

Herr Abgeordneter Ünal hat sich nach der sektorübergreifenden Versorgung und nach entsprechenden Verbesserungsmöglichkeiten erkundigt. Die beste Verbesserungsmöglichkeit bestünde aus unserer Sicht darin, dass Sie sich dazu entschließen, die Ärztekammern als Institutionen, die sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich vertreten, mit in das Gremium nach § 90a SGB V aufzunehmen. Damit würde die sektorübergreifende Betrachtung automatisch in diesem Gremium institutionalisiert. Wir glauben, dass wir darauf auch gut vorbereitet wären.

Herr Abgeordneter Ünal hat außerdem die kooperative Geriatrie in den Kliniken angesprochen. Selbstverständlich lässt sich Geriatrie nicht ohne Kooperation mit anderen Fachdisziplinen vornehmen; denn jemand, der sich als Internist oder als Chirurg zusätzlich als Geriater spezialisiert, erwirbt damit nicht automatisch auch die Kompetenzen in der Augenheilkunde, in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder in der Urologie, die notwendig sind, um einen in die Jahre gekommenen Menschen zu versorgen. Deswegen ist Geriatrie auf Interdisziplinarität angewiesen.

Herr Abgeordneter Lamla hat nach dem Vorgehen im Hinblick auf Transparenz gefragt. Wir haben da keine Klagen vorzubringen. Wir sind ja im Landesausschuss für Krankenhausplanung beteiligt gewesen. Ich könnte mir vorstellen, dass der eine oder andere in der breiten Öffentlichkeit zu dem einen oder anderen Zeitpunkt gerne früher über Planungen informiert gewesen wäre. Wir haben uns da an die Vertraulichkeit zu halten gehabt. Für die Beteiligten, die der Gesetzgeber in den Landesausschuss für Krankenhausplanung geschickt hat, ist das nach meiner Wahrnehmung aber alles transparent gelaufen.

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen führt mit dem Verzicht auf eine Teilgebieteplanung zu einer Erweiterung des unternehmerischen Handlungsspielraums der Krankenhausträger. Das ist mit der Beschlussfassung über das Krankenhausgestaltungsgesetz so entschieden worden. Nun haben wir teilweise einen verschärften Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, und es entstehen ökonomische Anreizeffekte. Wenn man will, dass diese Fragen nicht am Ende in einem Markt entschieden werden, in dem Einkäufer auftreten und einzelne Leistungssegmente erwerben, sondern die Planungskompetenz des Landes im Interesse von Daseinsvorsorge eine Bedeutung hat, wird man an Qualitätskriterien der Kranken-

hausplanung nicht vorbeikommen; denn nur mit der Anwendung dieser Qualitätskriterien kann man verhindern, dass die Krankenkassen erklären: Wir möchten für unsere Versicherten die Entscheidung treffen, dass wir ganz bestimmte Kriterien anwenden; diese Kriterien möchten wir in den von uns geschlossenen Versorgungsverträgen dann auch durchsetzen können.

In einer Welt der Internetinformationen und der „Focus“-Listen, in der WikiLeaks eine Tatsache ist und in der die Vergleichbarkeit der vorgeschriebenen Qualitätssicherungsberichte der Krankenhäuser immer stärker zunimmt, kann ich mir nicht vorstellen, dass man Krankenhausplanung in Hand der Länder auf Dauer betreiben kann, ohne sich eine strukturorientierte Qualitätsmeinung zu bilden. Deswegen ist dieser Krankenhausplan für mich grundsätzlich ein Schritt in die richtige Richtung, auch wenn ich mir in Einzelheiten mehr Klarheit und mehr Aussagen dazu wünschen würde, dass nicht jede Leitlinie automatisch ein gesetzliches Kriterium ist, das angewendet werden muss.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Herr Henke. – Jetzt kommen wir zu den Vertretern der Krankenkassen. Als Erstem gebe ich Herrn Süllwold vom Verband der Ersatzkassen das Wort.

Michael Süllwold (vdek – Verband der Ersatzkassen): Wir hatten unter den Verbänden der Kostenträger vorher abgestimmt, dass zunächst Herr Fritz von der AOK NordWest unsere Positionen vertreten wird. Anschließend würde ich gerne noch ergänzend auf die konkrete Frage zu den Sanktionsmechanismen eingehen – es sei denn, dass Herr Fritz sie schon erschöpfend beantwortet.

Thomas Fritz (AOK NordWest): Ich habe die gemeinsame Stellungnahme der Verbände der Kostenträger in Nordrhein-Westfalen unterschrieben und würde gerne versuchen, die an die Krankenkassen gerichteten Fragen zu beantworten.

Welche Bedeutung hat die Krankenhausplanung? Darum muss man nicht lange herumreden. Die Krankenhausplanung ist elementar für die Krankenhausversorgung in einem Bundesland. Ohne Krankenhausplanung gibt es keinen Versorgungsauftrag, und ohne Versorgungsauftrag gibt es keine Budgetverhandlung – sprich: kein Geld. Die Krankenhausplanung wird nämlich in einen Feststellungsbescheid umgesetzt. Deswegen hat sie eine ganz grundsätzliche Bedeutung.

Den Entwurf des neuen Krankenhausplans, über den heute heftig diskutiert wird, begrüßen wir grundsätzlich. Man muss sich in der Tat fragen: Warum sollten denn keine Qualitätskriterien aufgenommen werden? Wie will man sonst die Struktur von Krankenhäusern über das Land steuern, wenn die Teilgebieteplanung wegfällt? Wir haben in den Unterarbeitsgruppen und im Ausschuss selbst sehr lange darüber diskutiert, was eigentlich der adäquate Ersatz für die weggefallene Teilgebieteplanung ist. Wenn man zum Beispiel keine Kardiologie mehr in einem Feststellungsbescheid findet, muss man doch klären, welches Krankenhaus kardiologische Leistungen erbringt. Das Gleiche gilt für gefäßchirurgische und andere Leistungen. Dann kommt man zwangsläufig zum Thema „Qualität“. Qualität haben wir in vielen anderen Berei-

chen – über das SGB V, über den Gemeinsamen Bundesausschuss usw. Was fehlt, ist der Ansatz der Qualität in der Krankenhausplanung. Deswegen halten wir diesen Ansatz auch für innovativ.

Wer an dieser Stelle höchste Perfektion erwartet, wird wahrscheinlich enttäuscht werden. Höchste Perfektion kann es gar nicht geben, weil keine Erfahrungen über die Integration von Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung vorliegen. Deswegen ist der hier gewählte Ansatz, das zunächst auf wenige Bereiche zu beschränken, richtig. Der Zielhorizont ist 2015. Das sind noch nicht einmal mehr drei Jahre. Deswegen halte ich es für wichtig, dass man entsprechend vorgeht. Der alte Krankenhausplan hat das nicht geleistet. Wir waren in einem Schwebezustand zwischen altem Krankenhausplan und Krankenhausgestaltungsgesetz. Im Krankenhausgestaltungsgesetz ist die Teilgebieteplanung weggefallen; in den alten Rahmenvorgaben war sie aber noch vorhanden. Das hat zu vielen Unklarheiten sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Krankenkassenseite geführt.

Deswegen halten wir Qualitätskriterien für wichtig. Sie sind zeitgemäß und stellen die Verknüpfung zwischen Planung, Entgelt und Leistung dar.

Eine Frage lautete, ob Qualität gemessen werden könne. Man kann eingehend darüber streiten, ob Qualität messbar ist oder nicht. Allerdings geht es hier nicht um Ergebnisqualität, sondern um Strukturqualität. Wenn Strukturqualitätskriterien erfüllt sind, sind sie erfüllt. Wenn man diese Feststellung als ein Messen ansieht, ist Qualität also durchaus messbar.

Die Richtlinien zur Intensivmedizin scheinen viel Kopfzerbrechen zu bereiten. Meines Erachtens sollte man diese Richtlinien nicht isoliert betrachten, sondern sie so bewerten, dass sie eine Hilfe bei der Krankenhausplanung sind. In einem regionalen Planungsverfahren für eine bestimmte Region sind sie nicht das alles entscheidende Kriterium, sondern nur eines der Kriterien, die zugrunde gelegt werden. In diesem Sinne ist der Ansatz auch in der kompletten Krankenhausplanung zu verstehen. Es sind Kriterien aus Leitlinien herausgenommen worden. Man kann sie sich alle auch etwas verbindlicher vorstellen; das ist vollkommen klar. Sie bilden aber eine Grundlage, um überhaupt Strukturqualität in die Krankenhausplanung zu integrieren. Das hat es ja bislang noch nicht gegeben.

Im Zusammenhang mit der Geriatrie wurde die Frage gestellt, ob es Sanktionsmöglichkeiten gebe. Ich habe das Wort „Sanktionen“ im Entwurf des Krankenhausplans nicht gelesen.

Wir begrüßen, dass es einen Versorgungsverbund in der Geriatrie geben soll. Das ist auch wichtig. Einige meiner Vorredner haben schon auf die ökonomischen Anreize und die Mengenausweitung hingewiesen. Gerade in der Geriatrie brauchen wir ein sauberes strukturelles Konzept, das auch umsetzbar ist. Wir haben bereits geriatrische Abteilungen im Krankenhausplan ausgewiesen. Gleichwohl gibt es zahlreiche Krankenhäuser, die geriatrische Leistungen erbringen und erbringen wollen. Wir halten es für extrem wichtig, sie über Kooperationen in einem Versorgungsverbund zusammenzubringen; denn wir brauchen – darauf haben meine Vorredner bereits hingewiesen – auch die Fachärzte, die das können. Das kann man in einem Versor-

gungsverbund sicherstellen. In einer Inneren Medizin und einer Neurologie ist das nicht möglich. Dort wird im Zweifel ein einziger Arzt eine geriatrische Fortbildung absolviert haben. Wenn Sie Geriatrie in Gänze erbringen wollen, brauchen Sie aber mehr Ärzte mit dem gebündelten Wissen. Deswegen halten wir diesen Ansatz des Versorgungsverbundes auch für richtig und wichtig.

Michael Süllwold (vdek – Verband der Ersatzkassen): Gestatten Sie mir noch eine kurze Ergänzung, weil sich die Frage, welcher Sanktionsmechanismus den Krankenkassen denn zur Verfügung steht, nach meinem Verständnis auf die gesamte Planung und nicht nur auf die Geriatrie bezog. Diese Frage ist nicht ganz einfach zu beantworten. Eigentlich könnte man sagen, dass es keine Sanktionsmöglichkeiten seitens der Kostenträger gibt. Dazu muss man wissen, dass der Krankenhausplan sich auf zwei Ebenen umsetzt, und zwar zum einen in den regionalen Planungskonzepten und zum anderen in den Budgetverhandlungen, bei denen der Feststellungsbescheid des Krankenhauses die Grundlage für die Bestimmung des Leistungsspektrums ist, das vereinbart wird. Im Rahmen der regionalen Planungskonzepte werden wir natürlich auf der Basis der Rahmenplanung und der dort festgelegten Qualitätskriterien – zum Beispiel Facharztstatus – prüfen, ob ein Krankenhaus, das einen besonderen Versorgungsauftrag erfüllen will, beispielsweise Kardiologie oder Gefäßchirurgie, auch die Voraussetzungen erfüllt. So müssen der Facharztstatus und die fachärztliche Versorgung rund um die Uhr sichergestellt sein. Das ist für uns ganz wichtig. Im Zweifelsfalle würden wir dann, wenn diese Voraussetzungen bei einem Krankenhaus nicht erfüllt sind, im Rahmen des regionalen Planungskonzepts diese Leistungen nicht in seinem Feststellungsbescheid verankern wollen – wobei wir keine konkreten Sanktionsmöglichkeiten haben; denn die Letztentscheidung darüber, was im Feststellungsbescheid aufgenommen wird, liegt beim Land.

Die Umsetzung der Krankenhausrahmenplanung und der regionalen Planungskonzepte erfolgt durch die Bezirksregierungen über die Feststellungsbescheide. Dort wird konkret festgelegt, welche Leistungen ein Krankenhaus erbringen darf. Wenn die Kriterien, die wir vorher auf der Ebene des regionalen Planungskonzepts diskutiert haben, nicht erfüllt wären, würde man im Rahmen der Budgetverhandlung mit einem Krankenhaus eine entsprechende Leistungsvereinbarung verweigern. Diese Sanktion wäre theoretisch möglich. Das Krankenhaus ist aber auch hier nicht der Willkür der Krankenkassen ausgesetzt, sondern hat natürlich die Möglichkeit, die Frage, ob es diese Leistung erbringen kann, durch die Schiedsstelle oder sogar gerichtlich überprüfen zu lassen. Daher kann ich nur sagen: Einen Sanktionsmechanismus im eigentlichen Sinne haben die Kostenträger nicht zur Verfügung.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Herr Kollege Ünal hatte noch Herrn Limbach, Herrn Dr. Loos, Herrn Gebhardt und Herrn Dr. Toker angesprochen.

Reiner Limbach (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW): Ich beziehe mich auf die Frage von Herrn Ünal zum Verhältnis zwischen der Rahmenplanung – Stichwort: mindestens acht bis zwölf Intensivbetten – und der konkreten regionalen Versorgung. Wir vertreten als kommunale Spitzenverbände

rund ein Fünftel aller Krankenhauskapazitäten in NRW. Ich halte es für wesentlich, dass ausgehend von der Struktur des KHGG aus der Rahmenplanung als solcher erst einmal keine konkreten Rückschlüsse auf den Abbau im Einzelfall zugelassen werden können. Nach der Struktur der §§ 13 und 14 KHGG – dort gibt es einerseits die Rahmenvorgaben und andererseits die weitere Konkretisierung durch regionale Planungskonzepte – ist klar, dass das Ganze dann auf die einzelnen Kliniken heruntergebrochen werden muss.

Gleichwohl sehen wir es als kritisch an, den prognostizierten Abbau von 14.000 Betten – ausgehend von 124.000 Betten insgesamt – zu vollziehen, ohne den Zieltrias von zum Ersten Wohnortnähe und Ortsnähe, zum Zweiten Leistungsfähigkeit und Fachlichkeit und zum Dritten Wirtschaftlichkeit so auszugleichen, dass es letzten Endes nicht zu einer Standardabsenkung bei der Wohnortnähe und der Versorgungsqualität vor Ort kommt. Als Vertreter der kommunalen Krankenhäuser, die naturgemäß nicht die besonders lukrativen Angebote im Blick haben, sondern aufgrund des Versorgungsauftrags die gesamte Bandbreite, sind wir skeptisch, dass es möglich sein wird, diese Platzzahl allein über demografische Faktoren und Arrondierungen sonstiger Art abzubauen. Wir befürchten, dass es im Rahmen dieser Strategie auch zu einer Standardverschlechterung beim Faktor „Wohnortnähe“ kommen wird.

Dr. Stefan Loos (IGES Institut): Ich habe die Frage von Herrn Ünal so verstanden, dass er gerne wissen möchte, inwieweit für die Geriatrie Qualitätsvorgaben getroffen werden können oder sollen. Wir haben im Gutachten dazu zum Ersten die Aussage getroffen, dass entsprechende Grundlagen für derartige Qualitätskriterien vorhanden sind. Diese Grundlagen haben wir identifiziert. Das heißt allerdings nicht, dass sie eins zu eins in die Krankenhausplanung umgesetzt werden können. Zum Zweiten haben wir festgestellt, dass in der Geriatrie aufgrund der großen Versorgungsrelevanz durchaus geprüft werden sollte, ob ein besonderer Bedarf besteht, dort entsprechende Qualitätskriterien zu vereinbaren.

Das Konzept, das nun im Rahmen des Krankenhausplans hier vorliegt, bezieht sich nach unserem Verständnis im Wesentlichen auf die Rolle der Geriatrie im Versorgungsablauf von der Akutversorgung über die geriatrische Versorgung bis hin zu der ambulanten Versorgung und der Rehabilitation.

Wir würden hier noch den Aspekt des Verhältnisses der Geriatrie zu anderen Fächern einbringen. Das wurde schon angesprochen. Aufgrund der Diagnosen der Menschen, die in der Geriatrie versorgt werden, sind das im Wesentlichen die Innere Medizin, die Orthopädie und die Neurologie. Wir denken, dass ein verstärktes Augenmerk darauf gerichtet werden sollte, dort die Verhältnisse zu klären.

Karsten Gebhardt (Evangelisches Büro Nordrhein-Westfalen): Ich mache am Anfang etwas Ungewöhnliches und zitiere aus einem Ihnen vorliegenden Gutachten.

„Die Planungsbehörde kann Vorgaben zur Strukturqualität der Krankenhäuser machen, wenn dies erforderlich und geeignet ist, um bestehende Qualitätsmängel zu beseitigen oder drohende Mängel zu verhindern.“

Sie werden das sehr gut kennen, Herr Loos; denn es stammt aus der Stellungnahme des IGES Instituts.

Wo bestehen oder drohen Mängel bei den Intensivbetten in Nordrhein-Westfalen? Nach meinem Eindruck bestehen sie zumindest in keinem der 65 evangelischen Krankenhäuser. Wir befürchten allerdings, dass es in Zukunft zu Mängeln kommen kann, wenn wir in der Versorgungssituation auf der Basis dieses Krankenhausplans auf einmal in regionale Planungskonzepte einsteigen müssen. Ich habe vor rund einem Jahrzehnt für den evangelischen Bereich bei der damaligen Krankenhausplanung und vor allen Dingen bei der Umsetzung der regionalen Planungskonzepte mitgewirkt. Damals gab es auf der Basis der seinerzeitigen Regelungen aus dem Ministerium klare, eindeutige Vorgaben, Herr Henke. Gleichwohl hatten wir bei den Umsetzungen der regionalen Planungskonzepte erhebliche Verwürfe und Auseinandersetzungen, bis wir in den einzelnen Versorgungsgebieten die Situation so weit geklärt hatten, dass dann im Wesentlichen das Ministerium zum Handeln schreiten konnte.

Was ist zu befürchten, wenn diese Klarheit bei dem vorliegenden Krankenhausplan nicht besteht, bevor wir in die regionalen Planungskonzepte einsteigen? Dann sind riesige Verwürfe zu befürchten. Wie meine Erfahrung aus eigenem Erleben zeigt, wird man nämlich in jeder Region sofort die Frage nach der bestehenden Strukturqualität in den vorhandenen Krankenhäusern hinsichtlich der Intensivmedizin stellen. Davon ist dann ein Fünftel der evangelischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen betroffen. Die Frage wird sein: Wie viele dieser Krankenhäuser werden als Ausnahme ihre kleine, aber für die Versorgung vor allen Dingen der ländlichen Bevölkerung erforderliche Intensivabteilung behalten können? Wir sind daran interessiert, Klarheit zu haben, bevor wir in die regionalen Planungskonzepte einsteigen.

Herr Henke, deshalb folge ich Ihrer Auffassung. Wir brauchen Klarstellungen. Diese Klarstellungen wurden hier angemahnt. Wir sind nicht gegen Qualitätskriterien. Wir sind für Klarstellungen, die Eindeutigkeiten vermitteln und den Dissens und die Differenzen in der Auseinandersetzung reduzieren; denn wir möchten als Krankenhäuser an der Versorgung der Patienten arbeiten.

Herr Ünal, lassen Sie mich hinsichtlich der Geriatrie noch Folgendes sagen: Sie müssen bitte davon ausgehen, dass bei der Umsetzung einer solchen Krankenhausplanung in regionale Planungskonzepte wieder unterschiedliche Szenarien entstehen. Ich schildere Ihnen nur einmal zwei Szenarien.

Erstens. In einer mittelgroßen Stadt gibt es zwei Krankenhäuser. Ein Krankenhaus hat eine ausgewiesene Geriatrie. Das andere Krankenhaus hat keine Geriatrie, erbringt in seinem Angebotsspektrum aber durchaus geriatrische Leistungen und kann das auch, weil die Kompetenz dafür vorhanden ist. Nach dem uns jetzt vorliegenden Konzept müsste es dazu kommen, dass zwischen Krankenhäusern verbindliche Kooperationsverträge abgeschlossen werden, damit geriatrische Leistungen erbracht werden können. Aus meiner Sicht gehören zu verbindlichen Kooperationsverträgen zwei übereinstimmende Willensbildungen. Erst dann kommt ein Vertrag zustande. Ich frage Sie: Welches Interesse hat das Krankenhaus mit der geriatrischen Fach-

abteilung daran, zu einer übereinstimmenden Willensbildung mit dem anderen Krankenhaus zu kommen, damit dort geriatrische Leistungen erbracht werden können?

Zweitens. In einer größeren Region existieren acht Krankenhäuser. Ein Krankenhaus davon hat eine geriatrische Fachabteilung. Soll dieses eine Krankenhaus dann Kooperationsvereinbarungen mit sieben anderen Krankenhäusern abschließen und damit Leistungen in dieser Kooperation erbringen, die über die Vergütung der DRGs überhaupt nicht abgebildet werden? Es wird dazu kommen, dass vielleicht mit einem anderen Krankenhaus oder zwei anderen Krankenhäusern eine solche Kooperationsvereinbarung auf einem Konsensweg abgeschlossen werden kann. Was passiert mit den anderen Krankenhäusern? Sind sie dann von der Versorgung entsprechender Patienten ausgeschlossen? Auch das möchte ich vor dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrung hier problematisieren. Wie soll das denn in der Praxis umgesetzt werden?

Wir sind überhaupt nicht gegen solche Verbände. Wir wollen auch die Menschen, deren Altersstruktur sich in Nordrhein-Westfalen genauso wie in ganz Deutschland in eine bestimmte Richtung entwickeln wird, gut versorgen. Dafür brauchen wir bei der Krankenhausplanung aber eindeutige, klare Kriterien, nach denen verfahren wird. Sonst gibt es auf der Regionenebene nur Auseinandersetzungen und Streitereien. Das führt dazu, dass die Patientenversorgung schlechter werden wird. Gerade als evangelische Krankenhäuser wollen wir das nicht.

Wenn Sie auch etwas zu Psychiatrie und Psychosomatik hören möchten, werde ich für unsere 23 Krankenhäuser, die psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen vorhalten, nachher gerne noch etwas dazu sagen.

Dr. Mehmet Toker (LWL-Universitätsklinik Hamm – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik): Ich bedanke mich für die Einladung und möchte zunächst darauf hinweisen, dass ich mich nicht als Verbandsvertreter verstehe – das bin ich nämlich nicht –, sondern eher als sachverständiger Bürger. Als sachverständiger Bürger, der in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik arbeitet, möchte ich hier kurz zu der Frage von Herrn Ünal Stellung nehmen. Wir sind eine der größten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland und versorgen das Gebiet von Gütersloh, Warendorf, Unna, Hamm und Soest. Dieses Gebiet ist riesengroß. Wenn ein solches Krankenhaus in Hamm liegt und der Patient in Gütersloh lebt, ist es mit der ortsnahen Versorgung natürlich nicht so einfach, jedenfalls nicht direkt vom Krankenhaus aus. Wir haben versucht, ein bisschen näher an die Bevölkerung heranzukommen, und deshalb Tageskliniken gegründet. Tageskliniken ersetzen aber nicht stationäre Betten. Darüber muss man sich auch im Klaren sein.

In Bezug auf die Frage nach Krankenhausbetten kann ich Ihnen Folgendes sagen: Wir haben zurzeit Spitzenauslastungen von 80 bis 90 % bei den Akutaufnahmen der über 14-Jährigen. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz in unserer Klinik liegen bei ca. 100 bis 120 Tagen. Für einen Jugendlichen, der die Schule verweigert, depressiv ist, sich in die Ecke kauert, gar nicht mehr aus dem Haus geht und Ängste

hat, oder eine magersüchtige Patientin bedeutet das eine Wartezeit von drei oder vier Monaten auf einen stationären Behandlungsplatz.

Wir können versuchen, das durch ambulante Maßnahmen ein bisschen aufzufangen. Das ist aber natürlich ein bisschen schwierig, wenn die Institutsambulanz hauptsächlich in Hamm ist und der Patient in Gütersloh lebt.

Es gibt verschiedene Modelle, ortsnah Kooperationen herzustellen. Im Vergütungsspektrum eines Krankenhauses ist aber nicht vorgesehen, mit der Jugendhilfe und anderen Akteuren diese Arbeiten zu leisten. Daher muss man sich dann bemühen, das irgendwie nebenher zu stemmen.

Darüber hinaus gibt es eine noch größere Schwierigkeit. Die Nachbehandlung wird nämlich dadurch erschwert, dass die niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Wartezeiten von neun, zehn oder elf Monaten haben. Das heißt: Wenn wir jemanden nach zwei oder drei Monaten aus der stationären Behandlung entlassen, fällt es verdammt schwer, sofort eine Folgebehandlung anzuschließen.

Im vorliegenden Entwurf des Krankenhausplans steht:

„Eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung ... erfordert ... eine sektoren- sowie hilfesystem- und institutionenübergreifende Kooperation und Vernetzung mit dem ambulanten Bereich.“

Das finde ich vollkommen richtig. Es müssen aber auch die dafür notwendigen Ressourcen geschaffen werden. Außerdem müssen die Krankenhäuser den entsprechenden Auftrag erhalten. Es darf nicht nur darum gehen, Betten zu schaffen. Man muss auch überlegen, ob man verhindern kann, Betten schaffen zu müssen. Wie ich gerade dargestellt habe, ist der Bedarf nämlich riesengroß.

Ich nenne Ihnen eine Möglichkeit. Es gibt ein Modellprojekt des Home Treatments. Dort wird in der Familie gearbeitet, und zwar mit einem ähnlichen Personalschlüssel wie bei einem stationären Behandlungsplatz. Über das Personal hinaus braucht man aber nicht auch noch die Räumlichkeiten zu finanzieren. Man sollte solche Modelle jetzt einmal verstärkt starten und schauen, welchen Effekt sie insgesamt ergeben können. Das von mir gerade geschilderte Modellprojekt betrifft die Kinderpsychiatrie. Analog kann man das sicherlich auch für psychosomatische und psychiatrische Fälle sowie für geriatrische Fälle sehen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Wir gehen jetzt in die zweite Runde. Es gibt auch schon etliche Wortmeldungen. In der ersten Runde haben wir eine Reihe von Hinweisen erhalten, dass die Qualitätshinweise im Krankenhausplan konkreter gefasst werden müssten. Das haben die Damen und Herren Abgeordneten jetzt alle verstanden, glaube ich. Die Nachfragen werden sich möglicherweise auch darauf konzentrieren. Wir wären aber kein aufmerksamer Ausschuss, wenn wir Sie nicht bitten würden, nicht nur das Problem zu beschreiben, sondern auch aus Ihrer jeweiligen Sicht einen konkreten Vorschlag zu machen. Vielleicht können Sie mögliche Lösungen entweder schon in der zweiten Runde darstellen oder dem Ausschuss schriftliche Ausführungen dazu zusagen.

Oskar Burkert (CDU): Herr Goedereis und Herr Brink, vor dem Hintergrund der von Herrn Gebhardt angesprochenen Versorgungssicherheit bezüglich Intensivbetten vor allen Dingen im ländlichen Bereich und der in puncto Geriatrie aufgezeigten Problematik frage ich Sie: Wie schätzen Sie die Situation ein bzw. welche Maßnahmen können Sie vorschlagen, mit denen man sicherstellen kann, dass die Versorgungssicherheit im ländlichen Bereich gegeben ist?

Meine nächste Frage richtet sich an die KGNW und andere, die den Krankenhausplan gelesen haben. Darin ist aufgeführt, welche Disziplinen in den einzelnen Versorgungsgebieten vorhanden sind und welche dort nicht vorhanden sind. Mir liegt ein Schriftstück vor, in dem kritisiert wird, dass die Palliativversorgung im Versorgungsgebiet 12 nicht im Krankenhausplan erwähnt wird, obwohl sie dort vorhanden ist. Gibt es in anderen Versorgungsgebieten ebenfalls solche Defizite?

Dr. Roland Adelman (SPD): Meine ersten Fragen richten sich an die beiden Ärztekammern. – Sie haben in Ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass die Definitionen etwas klarer gefasst werden sollten. Wäre eine Anpassung an die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern ausreichend?

Bitte schildern Sie einmal beispielhaft den Übergang der Weiterbildungsermächtigung beim Wechsel eines Chefarztes, damit die Ausschussmitglieder sich darüber im Klaren sind, wie so etwas abläuft.

Im Hinblick auf die Intensivstationen wurde die Zugehörigkeit zu bestimmten Abteilungen angesprochen. Unabhängig von der Bettenanzahl würde ich gerne von Ihnen hören, inwieweit Sie es für fachlich sinnvoll halten, dass Personen, die auf einer Intensivstation arbeiten, zeitgleich anderen Bereichen zugeordnet werden.

Herr Brink, in Ihrem Verband ist es durchaus üblich, dass einige Häuser die Haftpflicht selber stemmen bzw. keinen entsprechenden Versicherungsvertrag abschließen. Wäre nicht gerade ein höherer Facharztanteil bzw. eine Sicherstellung einer höheren Qualität einer Prämienenkung förderlich, sodass es dann auch kleineren und mittleren Häusern möglich wäre, einen solchen Versicherungsvertrag abzuschließen und damit das Personal abzusichern?

Angela Lück (SPD): Erstens habe ich eine Frage an die Ärztekammern und die Krankenhausgesellschaft bezüglich der im Krankenhausplan vorgesehenen Screening- und Assessmentverfahren zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe. Wie sehen Sie das aus Patientensicht? Ist es machbar, jeden Patienten ab 75 in dieses Screening einzubeziehen? Und welche Auswirkungen wird das auf den Bedarf an weiteren geriatrischen Betten haben?

In meiner zweiten Frage geht es um Telematik und Telemedizin. Auch dazu wird im Krankenhausplan eine Festlegung getroffen. Von den Ärztekammern und Herrn Schwarze wüsste ich gerne Folgendes: Wie bewerten Sie das, was im Krankenhausplan bis jetzt niedergelegt worden ist? Ist es aus Ihrer Sicht ausreichend? Oder halten Sie weitere Schritte für erforderlich, um dieses Thema voranzubringen?

Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE): Ich habe drei Fragen an den Vorsitzenden des ZIG. – Erstens. Herr Schwarze, Sie plädieren in Ihrer Stellungnahme für die Überwindung der Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung. Das spielt bereits eine Rolle und wird in Zukunft auch noch einen größeren Stellenwert haben. Dem trägt der Krankenhausplan also schon Rechnung. Konkret sprechen Sie sich in Bezug auf die sektorübergreifende Versorgung allerdings für gezielte Anreize zur Verbesserung der Überleitung aus. Können Sie das noch etwas genauer ausführen?

Zweitens. Wer gehört bei der Überwindung der Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung zu den Akteuren? Welche Modelle existieren da bereits oder werden geplant?

Drittens. Was ist unter „sektorübergreifender Qualitätssicherung“ zu verstehen? Das hätte ich gerne etwas näher erläutert.

Lukas Lamla (PIRATEN): Meine erste Frage geht an die Krankenhausgesellschaft. Ist es aus wirtschaftlicher Sicht für einen Krankenträger bzw. für ein Krankenhaus von Vorteil, wenn weniger Fachärzte gemäß den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern eingestellt werden können oder müssen?

Meine zweite Frage richtet sich an die Ärztekammern. Welche Auswirkungen auf die Patientensicherheit und auf die Qualität in der Ausbildung der Fachärzte hätte die Möglichkeit, weniger Fachärzte einstellen zu müssen?

Mit meiner dritten Frage wende ich mich an den Marburger Bund. Bei den Planungsgrundsätzen zum Krankenhausplan NRW ist unter Punkt 12 Folgendes zu lesen – ich zitiere –:

„Bei Überangeboten ist vorrangig die Herausnahme ganzer Krankenhäuser oder Abteilungen aus dem Krankenhausplan anzustreben.“

Anstelle einer Bettenreduzierung in verschiedenen Abteilungen mehrerer Krankenhäuser wird hier also darauf gesetzt, ganze Krankenhäuser oder Abteilungen komplett zu schließen. Wie wirkt sich diese Vorgehensweise auf die Ausbildungsmöglichkeiten der Fachärzte aus?

Susanne Schneider (FDP): Die erste Frage stelle ich an die AOK. Wir sprachen heute schon ein paar Mal über das Thema „Geriatric“. Inwieweit werden die geriatrischen Institutsambulanzen im Geriatriekonzept berücksichtigt? Ist das Ihrer Meinung nach ausreichend?

Die zweite Frage geht an die Krankenhausgesellschaft und die AOK. Wer bestimmt nach Ihrer Einschätzung nach dem neuen Krankenhausplan den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser?

Die dritte Frage richtet sich wieder an die Krankenhausgesellschaft: Auf Seite 90 des Krankenhausplans heißt es:

„Insbesondere angesichts sinkender Geburtenzahlen ist es Ziel der Krankenhausplanung, die Versorgung von Risikoschwangeren mit deutlich weniger als bisher 42 Einrichtungen sicherzustellen. Die Ausweisungen für die Geburtshilfe bleiben davon unberührt.“

Wie könnte aus Ihrer Sicht eine bedarfsorientierte Planung im Bereich der Perinatalzentren aussehen, die auch den sinkenden Geburtenzahlen Rechnung trägt?

Inge Howe (SPD): Herr Schröders, Ihrer Stellungnahme entnehme ich, dass Sie in Sachen Geriatrie eher auf modellhafte Leuchtturmprojekte setzen möchten und dass Sie beim Screening Bedenken haben. Welche Bedenken sind das genau? Und inwieweit wird das nach Ihrer Einschätzung personelle Ressourcen binden?

Herr Gebhardt, Sie haben einen Übergangszeitraum zur Anpassung der Umsetzung gefordert. Welche Dauer halten Sie für angemessen?

Herr Fritz, Sie haben einige Ergänzungsvorschläge zu den vom Ministerium vorgeschlagenen Vorgaben aufgeführt, die zum Teil sehr konkret sind. Beispielsweise fordern Sie für Unfallchirurgie, Traumachirurgie, Gefäßchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie eine bessere Präsenz mit Facharztstandard. Sind Sie dann auch bereit, das budgetmäßig besser zu vergüten? Irgendjemand muss es schließlich bezahlen. Das sind an dieser Stelle die Kostenträger, denke ich.

Herr Fritz, im Zusammenhang mit den Stroke Units schreiben Sie, dass Sie die Versorgung in maximal 90 Minuten gewährleisten möchten. Das ist grundsätzlich sehr zu begrüßen; denn je schneller die Versorgung erfolgt, umso besser sind die Heilungsaussichten. Aufgrund der Erreichbarkeit der nächsten Einheit wird das aber schwierig werden; denn diese Einheiten sind nur punktuell vorhanden und sehr im Lande verstreut. Daher ist die Einhaltung einer 90-Minuten-Frist nicht immer gewährleistet. Oft geht das über die Kreis- oder Stadtgrenzen hinaus. Dann hat man schon das Problem mit den Rettungsdiensten. Wie wird das von Ihrer Seite gesehen? Wie will man das überhaupt gewährleisten können?

Herr Fritz, Sie führen aus, bei den Häusern, in denen die Qualitätskriterien nicht erfüllt seien, solle man doch lieber Abstriche machen. Wie sieht es dann aber mit der wohnortnahen Versorgung aus? Das hätte ich gerne einmal von Ihnen erläutert.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön. – Wir beginnen mit der Beantwortung der Fragen von Frau Howe. Sie hat einen ganzen Kanon von Fragen an Herrn Schröders, Herrn Gebhardt und Herrn Fritz gerichtet.

Burkard Schröders (Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen): Ich darf zunächst erklären, dass wir die Aufnahme aller geriatrischen Aspekte in den Landeskrankenhausplan sehr begrüßen, allerdings der Meinung sind, dass ein Festschreiben allein im Krankenhausplan nicht ausreicht. Das ist von meinen Vorrednern auch schon erwähnt worden. Wir empfehlen dringend, den Landesausschuss für Krankenhausplanung nach § 90a SGB V weiter zu nutzen. Dennoch ist die Grundaussage, mehr geriatrisch zu investieren, aus Sicht der katholischen Kirche unstrittig.

Sie haben konkret nach dem Screeningverfahren gefragt. Soweit wir das medizinisch beurteilen können, ist ein Screening sicherlich sinnvoll, wenn es bei der Aufnahme darum geht, eine optimale medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erreichen. Wir sehen hier allerdings eine Grauzone, die von den Praktikern noch geregelt werden muss, damit keine Konkurrenzsituationen entstehen und es nicht dazu kommt, dass die Patientin oder der Patient dann zwischen den einzelnen Disziplinen oder gar zwischen den Kliniken – in Anführungsstrichen – „hin und her geschoben“ wird. Das Screeningverfahren halten wir also grundsätzlich für okay. Dieser Punkt muss aber noch geregelt werden.

Karsten Gebhardt (Evangelisches Büro Nordrhein-Westfalen): Frau Howe, die Frage, die Sie mir gestellt haben, bezieht sich auf unser Statement zu der Entwicklung bei Psychosomatik und Psychiatrie. An dieser Stelle haben wir gesagt: Wenn das nach dieser gemeinsamen Planung in Zukunft erfolgreich umgesetzt werden soll, braucht es Anpassungszeit. – Warum braucht es Anpassungszeit? In den 23 evangelischen Krankenhäusern, die sich im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie – das ist die erste Weiterbildung für die Ärzte – und im Bereich psychosomatische Medizin und Psychotherapie – das ist die zweite Weiterbildung für die Ärzte – bewegen, wissen wir, dass im Moment unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten bestehen. Im Bereich der Psychiatrie haben wir im Regelfall regionale Versorgungskonzepte. Im Bereich der Psychosomatik ist das eher nicht der Fall. Aufgrund der Anzahl der Betten und der tagesklinischen Plätze ist das bei der Psychosomatik in Nordrhein-Westfalen auch nicht möglich. Die entsprechenden Angebote sind überregional aufgestellt. Meist haben sie einen Einzugsbereich von 50 bis 100 km. Wenn man jetzt mit der neuen Krankenhausplanung eine gemeindenahere oder gemeindenähere Organisation nicht nur von Psychiatrie, sondern auch von Psychosomatik umsetzen will, muss man wissen: Aufgrund der Kapazitäten in der psychosomatischen Medizin lässt sich das nicht kurzfristig erreichen; denn diese Kapazitäten könnten Sie nicht ortsnah verlagern.

Hinzu kommt Folgendes – auch dazu braucht man Zeit –: Wir haben im Rahmen einer Umfrage unter unseren Krankenhäusern die Ausstattung in den entsprechenden Fachabteilungen mit Fachärzten feststellen lassen. Der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird fast ausschließlich in den Fachabteilungen oder an den Fachkliniken vorgehalten, die in diesem Schwerpunkt arbeiten. Erstens wird dieser Facharzt in unseren psychiatrischen Angeboten im Regelfall nicht weitergebildet. Dort läuft also keine Weiterbildungsschiene. Zweitens ist er auch überhaupt nicht in nennenswerter Anzahl vorhanden. Das heißt: Wir haben gar nicht genügend Personal mit dieser Facharztqualifikation, das wir sofort ortsnah umsetzen könnten.

Vor dem Hintergrund der Zahlen, die dafür erforderlich wären, täten wir gut daran, zu sagen: Wir versuchen einmal, das sukzessive zu entwickeln. Ende 2015 gucken wir einmal, welche Möglichkeiten inzwischen modellhaft gefunden worden sind, und schauen anschließend in den nächsten zehn bis 15 Jahren, dass wir diesen Facharzt dann auch regionalnah verorten können. – Wir sind grundsätzlich der Auffassung, dass eine gemeindenahere Versorgung möglich ist. Wenn wir die Qualität von psychosomatischer Medizin und Psychotherapie aufrechterhalten wollen und diesen Fach-

arzt behalten wollen, braucht das aber seine Zeit. Die Größenordnung habe ich in etwa genannt.

Thomas Fritz (AOK NordWest): Zur Versorgungssicherheit im ländlichen Raum bei Intensivmedizin, Geriatrie und ähnlichen Fachdisziplinen: Ich glaube, dass die Versorgungssicherheit überhaupt nicht gefährdet ist. Die Frage ist doch: Welchen Versorgungsauftrag hat das Krankenhaus eigentlich? Gerade im ländlichen Raum geht es oft um die wohnortnahe Grundversorgung. Diesbezüglich gehen wir heute meistens von Innerer Medizin und Chirurgie aus. Dort müssen aber nicht hochspezialisierte Gefäß-OPs oder hochspezialisierte kardiologische Leistungen erbracht werden. Da kommt wieder der ökonomische Anreiz ins Spiel. Wenn man sich aber auf den Versorgungsauftrag besinnt und dafür auch die entsprechenden Ärzte vorhält, dürfte es im ländlichen Raum eigentlich keine Gefährdung geben.

Die jetzt geschaffenen Strukturkriterien muss man auch richtig einordnen, glaube ich. Wir müssen doch im Krankenhausplan erst einmal eine Vorgabe entwickeln und festlegen: Was ist für die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im Land Nordrhein-Westfalen die geeignete Strukturqualität? Erst nachdem man diese Norm festgelegt hat, sollte man über Ausnahmen nachdenken. Ich finde es unglücklich, wenn man von vornherein sofort die Ausnahmen regelt. Das darf man nicht tun.

Gerade bei der Intensivmedizin – das ist ja ein intensiv diskutiertes Thema – kann man doch nicht ernsthaft behaupten, 22 % der Krankenhäuser dürften ihre Intensivabteilungen nicht mehr vorhalten. Wer hat denn ein Interesse daran, dass diese Abteilungen nicht vorgehalten werden? Im Sinne der Versorgung kann niemand ein solches Interesse haben. Man sollte also erst eine Norm festlegen. Dann hat man im Extremfall eben 20 % Ausnahmen. So muss man meines Erachtens an Strukturqualität und Qualitätskriterien herangehen. Man kann nicht alles und jeden Einzelfall abdecken. Vielmehr muss man mit einer Regel arbeiten und dann Ausnahmen vorsehen. Das wäre das richtige Vorgehen.

Die Frage nach dem Versorgungsauftrag ist relativ schlicht zu beantworten. Der Versorgungsauftrag wird in der Letztentscheidung durch das Land bestimmt und steht im Feststellungsbescheid. Daran haben sich alle Parteien auszurichten.

Das Thema „geriatriische Institutsambulanzen“ ist noch nicht diskutiert worden. Es ist relativ neu. Dazu bedarf es auch Vereinbarungen auf der Bundesebene. Diese Vereinbarungen existieren noch nicht, sodass man sie nicht berücksichtigen kann. Heute habe ich dazu gelesen, dass man versucht, für den ambulanten Bereich EBM-Ziffern zu finden, um dann die ambulanten Leistungen auch abrechnen zu können. Mehr kann man dazu aber noch nicht sagen. Es gibt noch nicht einmal entsprechende Vereinbarungsentwürfe, die man zitieren könnte.

Zu den Stroke Units haben wir einen Vorschlag gemacht. Wir haben nämlich das Wort „soll“ durch „ist“ ersetzt; denn das „soll“ weicht das Ganze ein bisschen auf. Ich glaube auch, dass wir gerade bei den Stroke Units relativ erfolgreich sind. Das ist seit Jahren umgesetzt. Hier gibt es nur punktuell neuen Bedarf. Meistens wird eine Ausweitung durch eine Aufstockung der Bettenzahlen an bestehenden Stroke Units

erledigt. Das ist relativ unspektakulär. Wir wollten nur deutlich machen, dass man auf eine solche Aufweichung verzichten sollte und daher nicht „soll“, sondern „ist“ schreiben sollte.

Auf die wohnortnahe Versorgung bin ich bereits zu Beginn meiner Ausführungen eingegangen. Hier gilt die 20-km-Entfernung. Im Krankenhausbau-Gesetz steht – das muss man ausdrücklich betonen –: „gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser“. Darauf muss man zurückkommen. Chirurgie und Innere Medizin gehören in der gestuften Krankenhausversorgung zur Grundversorgung.

Wenn wir Spezialleistungen in Anspruch nehmen wollen, wird jeder von uns dorthin gehen wollen, wo die bestmögliche Qualität erbracht wird. Da das schwierig zu messen ist, versucht man, es im Krankenhausplan über Strukturqualität zu regeln. Man hat die Vermutung, dass in den Krankenhäusern, in denen die Strukturkriterien erfüllt werden, im Ergebnis auch eine gute Qualität erzielt wird. Dann werden in der Regelversorgung bzw. in der Maximalversorgung Spezialleistungen vorgehalten und auch in der Menge erbracht, die für diese Kliniken notwendig ist. Verhindert werden muss nämlich eine Rosinenpickerei dahin gehend, dass bestimmte Kliniken sich Leistungen herausuchen, die einen hohen Erlös bringen, obwohl sie den Facharztstandard vielleicht nicht erfüllen. Man muss doch fragen: Was passiert denn bei einem Unfall, wenn ein entsprechender Facharzt nicht vorhanden ist? Was ist, wenn jemand eine komplexe kardiologische Leistung braucht und der Facharzt für Kardiologie nicht da ist oder zu wenige entsprechende Fachärzte am Krankenhaus sind? Allein an diesen Fragen erkennen Sie wohl, dass vieles für die Einbringung der Strukturkriterien in den Krankenhausplan spricht.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Howe hatte auch noch den Aspekt der Finanzierung angesprochen, Herr Fritz.

Thomas Fritz (AOK NordWest): Richtig; das fällt mir gerade wieder ein. Den Finanzierungsaspekt habe ich vielleicht ...

(Heiterkeit)

Vorsitzender Günter Garbrecht: Es tut mir leid, dass ich Sie durch diese Nachfrage jetzt belaste.

Thomas Fritz (AOK NordWest): Nein, das ist gar keine Last für mich; denn man kann relativ frei und frank darauf antworten. Schließlich haben wir nicht mehr das Selbstkostendeckungsprinzip, sodass wir in den Budgetverhandlungen nicht Personal- und Sachkosten verhandeln müssen, sondern das Leistungsprinzip. Ein Krankenhaus fordert bestimmte DRG-Leistungen. Bei diesen DRG-Leistungen – deswegen ist der Krankenhausplan wichtig – muss unterstellt werden, dass eine ausreichende Facharztstruktur vorhanden ist. Dann kann diese Leistung erbracht werden. Dann vereinbaren wir diese Leistung und bezahlen sie natürlich auch.

Vielleicht darf ich die Frage etwas abwandeln, um das Problem noch deutlicher zu machen. Man könnte auch fragen: Muss jede Leistung mit jedem Krankenhaus vereinbart werden? Strukturkriterien helfen natürlich erheblich, wenn wir nicht jede kardiologische Leistung, aber auch nicht jede geriatrische Leistung mit jedem Krankenhaus vereinbaren müssen. Das sollten wir im Sinne der Qualität auch nicht tun. – Habe ich die Frage ausreichend beantwortet, Herr Vorsitzender?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ja. Gehen Sie aber bitte auch noch auf die von Frau Schneider an Sie gerichtete Frage ein.

Thomas Fritz (AOK NordWest): Ich glaube, ich hatte schon gesagt, dass geriatrische Institutsambulanzen nicht berücksichtigt werden konnten, weil die näheren Ausführungen zu geriatrischen Institutsambulanzen noch nicht vorliegen. Dazu bedarf es einer Bundesvereinbarung, die noch nicht existiert.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Okay. – Dann machen wir mit der Krankenhausgesellschaft weiter. Herr Präsident, Sie haben das Wort.

Jochen Brink (KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Lassen Sie mich mit der Versorgung in den ländlichen Gebieten beginnen. Ich bin dankbar, dass so viele Vorredner noch einmal betont haben, wie wichtig Klarheit in den Versorgungsaufträgen ist. Das sehen wir genauso. Wir glauben, dass das auch vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter so gesehen wird.

Herr Vorsitzender, Sie haben gerade um lösungsorientierte Vorschläge gebeten. Wir bitten hier um Klarstellung, dass die Festlegung des Versorgungsauftrags in der Letztverantwortung beim Land liegt und dass das vor der Budgetverhandlung eines Krankenhauses klar definiert sein muss. Dann wäre uns schon eine große Sorge genommen. – So viel zum Stichwort „ländliche Strukturen, Klarheit des Versorgungsauftrags“.

Ich glaube, dass in dem jetzt vorliegenden Entwurf eine gute und ausgewogene Formulierung zu den Fachärzten gefunden worden ist. Gesetzlich schulden wir den Patienten den Facharztstandard. Natürlich lässt das gewisse Interpretationsspielräume, diesmal auf unserer Seite, offen. Insofern halte ich es für eine ausgewogene Lösung, zu sagen: Ein Erster muss; ein Zweiter soll; ab dem Dritten kann man mit dem Facharztstandard arbeiten. – Ich rufe in Erinnerung, dass „soll“ eine relativ bindende Formulierung ist. Mir hat einmal jemand von der Landeskirche gesagt, „soll“ heiße „muss, wenn kann“. Es ist also nicht völlig beliebig. Diese Formulierung lässt zwar zu, dass man mal davon abweicht. Sie ist aber schon relativ verbindlich.

Die angesprochenen Fachärzte muss es dann allerdings auch geben. Sie müssen erreichbar sein. Heute stehen wir in vielen Fällen vor der Schwierigkeit, überhaupt entsprechende Fachärzte am Arbeitsmarkt zu finden. Wenn man sie dann gefunden hat, muss man auch in der Lage sein, sie zu bezahlen. Das heißt: Die Festlegungen im Krankenhausplan, so sehr wir sie uns alle wünschen, müssen immer auch im

Kontext dessen, was refinanziert wird und was am Arbeitsmarkt verfügbar ist, gesehen werden. Ich persönlich glaube aber, dass die Formulierungen im jetzt vorliegenden Entwurf in Ordnung sind – auch in dem Sinne, dass Häuser in ländlichen Strukturen damit leben können.

Die Intensivpflege hat uns schwer beschäftigt. Viele Krankenhäuser haben uns in der KGNW zurückgemeldet, wie sehr sie dieser Punkt interessiert und getroffen hat. Hier stelle ich wiederum eine Bitte um Klarstellung in den Raum. Wenn das so interpretiert wird, wie es teilweise in den Wortbeiträgen angeklungen ist – ich habe zum Beispiel Herrn Fritz so verstanden –, dass das keine harten Kriterien sind, sondern Orientierungsgrößen, sieht die Sache sicherlich etwas anders aus. Unser Vorschlag an dieser Stelle ist, festzuhalten, dass die Empfehlungen der DIVI zu Größe und Personalausstattung von Intensivstationen nicht als verbindliche Kriterien in den Krankenhausplan übernommen werden, sondern – da muss man nach einer Formulierung suchen – zum Beispiel Orientierungsgrößen sind.

Ich meine, dass man auch mit weniger Personal, als dort gefordert ist – dabei unterstelle ich wieder, dass es eine verbindliche Zuordnung gibt, dass diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter also nichts anderes machen dürfen –, gut Intensivpflege betreiben kann. Schauen Sie bitte einmal in das Deutsche Krankenhaus Adressbuch. Dort sehen Sie, dass eine ausgesprochen hohe Anzahl an Häusern auch in ländlichen Gebieten über interdisziplinäre Intensivstationen verfügt. Diese Organisationsform hat man sich bisher noch gar nicht richtig angeschaut. „Interdisziplinäre Intensivstation“ bedeutet, dass nicht nur beispielsweise Anästhesisten für die Betreuung der Patienten auf der Intensivstation zuständig sind, sondern dass auch die bettenführenden Abteilungen ihre Patienten additiv weiter auf der Intensivstation betreuen. Das haben wir in großem Maße. Teilweise sind die Intensivstationen gesplittet. Dann wird der konservative Bereich von Internisten oder Internisten und Neurologen betreut, während der operative Bereich von Anästhesisten betreut wird.

Alle diese gewachsenen Strukturen, die sich bewährt haben, würden wir zerschlagen, wenn wir das als hartes Kriterium festhalten würden. Deswegen lautet unser Petitum – auch im Sinne der Krankenhäuser in ländlichen Regionen –: als Orientierungswert gerne, aber bitte nicht als hartes Kriterium. Es würde brachial einschlagen.

Ich bleibe bei der Versorgungssicherheit in den ländlichen Strukturen und komme zu dem Thema „Frauenkliniken“. Dem Grunde nach sind wir der Meinung, dass der vorliegende Entwurf mit den eben gemachten Angaben durchaus die Versorgungssicherheit in ländlichen Strukturen gewährleistet. Anschauen muss man sich allerdings, wie das bei dem Bereich der Gynäkologie und insbesondere der Geburtshilfe aussieht. Hier ist ein Bettenabbau vorgesehen, der letztlich dazu führen wird, dass der 20-km-Radius nicht gehalten werden kann. Letztlich ist dann wohl eine politische Entscheidung notwendig. Entweder ordnet man die Geburtshilfe der Grundversorgung im Sinne dieses engen Aktionsradius zu; dann muss man die Zahl anders festsetzen. Oder man betrachtet die Geburtshilfe als elektiven Leistungsbereich; dann kann man durchaus mit größeren Entfernungen leben und so vorgehen, wie es jetzt in dem Entwurf steht. Ich möchte nur darauf aufmerksam machen, dass dieser Ab-

bau mit einer Versorgungssicherheit im 20-km-Radius nur sehr bedingt zu vereinbaren ist.

Hier wurde auch die Bedeutung der Haftpflichtversicherungen angesprochen. Ganz außerhalb der Krankenhausplanung kann ich Ihnen sagen: Da kommt ein Riesenthema auf uns zu – unter anderem deswegen, weil die Prämien horrenden Höhen erreichen. Ich kenne Fälle, in denen sie um den Faktor drei steigen. Die Geburtshilfe-Abteilungen stehen dort wieder besonders im Fokus. Krankenhäuser, die Geburtshilfe oder gar Neonatologie anbieten, haben die höchsten Prämien zu verkraften.

Es ist richtig, dass die personelle Ausstattung bei der Prämienbemessung im Sinne von Risk Management eine gewisse Rolle spielt – zwar keine so große, wie man vielleicht annehmen würde; diese Betrachtungen gehen aber auf jeden Fall marginal mit in die Prämienfindung ein.

Es ist aber auch in unserem Interesse, eine hohe Facharztquote zu haben. Diese Fachärzte – ich betone das noch einmal – muss es auch geben, und sie müssen finanzierbar sein. Aus wirtschaftlicher Sicht ist zwar der Unterschied zwischen den Personalkosten für einen Assistenzarzt und den Personalkosten für einen Facharzt, insbesondere wenn er den Oberarztstatus hat, zu berücksichtigen. Viele Kliniken haben aber auch heute schon eine sehr hohe Facharztquote. Zum Teil ist sie deutlich höher als das, was hier im Moment diskutiert wird. Die Fachärzte haben bei ihrer Tätigkeit im Haus nämlich einen hohen Grad von Selbstständigkeit. Insofern ist es auch unser Betreiben, eine hohe Facharztquote sicherzustellen. Der wirtschaftliche Aspekt spielt bei der Frage der Zahl der Assistenzärzte und der Zahl der Fachärzte meines Erachtens keine so große Rolle.

Der Weiterbildungsteil spielt aber wiederum eine große Rolle. Wenn wir dahin kämen, fast nur noch Fachärzte – ich übertreibe – in den Krankenhäusern zu haben, würden wir uns der Zukunft berauben. Es ist heute schon ein großes Problem, in der ärztlichen Weiterbildung entsprechende Kapazitäten vorzuhalten. Wir müssen darauf achten, dass in den Häusern immer ein ausgewogener Anteil von Ärzten in der Weiterbildung verbleiben kann, damit wir auch morgen entsprechend qualifizierte Fachärzte an Bord haben. – Ich glaube, damit habe ich alles abgearbeitet, Herr Vorsitzender.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich denke schon. Sie haben die wesentlichen Fragen beantwortet. – Dann kommen wir zu den Vertretern der Ärztekammern. Jetzt lassen wir einmal Herrn Henke anfangen. Er macht es immer so kurz.

(Heiterkeit)

Rudolf Henke (Ärztekammer Nordrhein): Vielen Dank für diesen Vertrauensvorschuss, Herr Vorsitzender. – Herr Abgeordneter Adelman hat eine Frage nach dem Übergang der Weiterbildungsermächtigung gestellt. Bei der Ärztekammer Nordrhein ist es im Regelfall wie folgt: Wenn der Chefarzt wechselt, reduzieren wir die Weiterbildungsbefugnis des Nachfolgers zunächst einmal um ein Jahr. Wenn eine Vollermächtigung für das jeweilige Fachgebiet besteht, gehen wir also von sechs

Jahren auf fünf Jahre herunter. Nach einem Jahr schauen wir uns dann die Situation und das Leistungsspektrum an. Es ist ja nicht auszuschließen, dass ein neuer leitender Arzt auch schon mal etwas weniger Akzeptanz findet als der Vorgänger. Natürlich gibt es aber auch die entgegengesetzte Entwicklung. Wir überprüfen das also nach einem Jahr und trauen uns nicht, beispielsweise eine Vollermächtigung in der Inneren Medizin über sechs Jahre ohne Überprüfung in der Praxis aufrechtzuerhalten.

Ansonsten glauben wir, dass es keinen direkten Einfluss auf die Krankenhausplanung hat, ob jemand weiterbildungsbefugt ist oder nicht; denn es liegt in der Hand des Einzelnen, ob er einen entsprechenden Antrag stellt oder nicht. Das Haus muss nach dem Krankenhausgesetz aber natürlich insgesamt darauf achten, dass die Forderung des Gesetzgebers erfüllt wird, sich in angemessenem Umfang an der Weiterbildung zu beteiligen. In der einzelnen Abteilung kann das schon mal anders aussehen. Das Gesamthaus muss aber die Forderung des Gesetzgebers erfüllen und sich an der Weiterbildung beteiligen. Diese Leistung ist aus den von Herrn Brink dargestellten Gründen auch ganz unerlässlich. Ein Krankenhaus, das sich nicht um den Nachwuchs kümmert, leistet keinen nachhaltigen Beitrag zur Qualifikation der nächsten Generation.

Außerdem haben Sie die Frage gestellt, ob jemand, der auf der Intensivstation tätig ist, auch anderen Bereichen zugeordnet werden kann. Das wird man nur im einzelnen Haus konkret entscheiden können. Wenn beispielsweise die Notaufnahme in direkter Nachbarschaft zur Intensivstation liegt, wenn es also eine Art räumliche Verbundenheit gibt, wird man kaum etwas dagegen einwenden können, weil dann die Präsenz auf der Intensivstation jederzeit darstellbar ist. Wenn die Notaufnahme hingegen aus baulichen Gründen drei Stockwerke entfernt ist, wird man einen dort tätigen Arzt nicht gleichzeitig als auf der Intensivstation präsent betrachten können. Da sind die baulichen Voraussetzungen sehr unterschiedlich.

Insgesamt gilt natürlich, dass es für die Patienten umso besser ist, je mehr Präsenz auf der Intensivstation gewährleistet ist. Wir würden aber der Argumentation folgen, dass man nicht jedes Element, das die DIVI für ratsam hält, im Krankenhausplan für verbindlich erklären sollte.

Allerdings würden wir uns schon wünschen, dass – jenseits der Verweise auf Leitlinien oder auch der längeren Zitate aus solchen Leitlinien – für die qualitätsorientierte Rahmenplanung die entscheidenden Kriterien aus den Leitlinien, die dann angewendet werden müssen, konkret benannt werden. Das ist deswegen sinnvoll, weil sich daraus auch Finanzierungsverantwortungen ableiten. Sollten die Krankenkassen das nicht finanzieren, weil sie dort an das DRG-System gebunden sind – und das DRG-System kann dazu führen, dass die Fallzahl nicht ausreicht, um die Kosten einzuspielen –, tritt plötzlich die Frage des Sicherstellungszuschlags auf den Plan. Dann muss die Frage beantwortet werden, ob ein Sicherstellungszuschlag fällig wird, wenn die Routinevergütung aus den DRGs nicht reicht. Deswegen braucht man eine Kenntnis über die Kriterien, die die Krankenhausplanung zugrunde legt, und nicht nur einen Verweis auf Leitlinien.

Die Frage, ob ein höherer Facharztanteil zu einer Senkung der Versicherungsprämien führt, kann ich nicht beantworten. Diese Frage muss man den Versicherungsgesellschaften stellen. Ich glaube nicht, dass die Daten eindeutig genug sind, um sagen zu können, dass das am Facharztanteil hängt. Meines Erachtens haben Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements eine viel größere Wirksamkeit für die Frage der Haftung. Darum bemühen wir uns auch gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft, CIRS-Systeme zu schaffen, mit denen man Beinahe-Fehler analysiert und aufgrund von Beinahe-Fehlern Weichen in der internen Risikoabwehr stellt, indem man sagt: Damit nichts passiert, müssen wir hier bestimmte organisatorische Veränderungen vornehmen.

Richtig ist, dass die Gerichte zunehmend dazu übergehen, nicht mehr nur den erlittenen Schaden in Bezug auf die Behandlungskosten als leistungspflichtig zu betrachten, sondern auch zu fragen: Welche Einnahmen entgehen diesem Menschen durch die Schädigung in seinem Leben? Wofür muss möglicherweise die Rentenversicherung oder die Kommune im Rahmen von Eingliederungshilfe geradestehen? – Das ist der Grund für den rasanten Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien gerade mit Blick auf Menschen, die in ganz jungem Alter, beispielsweise um die Geburt herum, einen fatalen Schaden erlitten haben, der dazu führt, dass sie lebenslang auf Erstatzeinkommen angewiesen sind, weil sie kein eigenes Einkommen erzielen können.

Nun komme ich zum Thema „geriatriische Versorgungsbedarfe“. Ich bin ein Anhänger indikationsgerechten ärztlichen Handelns und grundsätzlich dagegen, dass Ärzte das Schema F wirksam werden lassen. Deswegen bin ich der Meinung, dass auch ein geriatrisches Assessment einer Begründung bedarf. Wenn es zum Beispiel erst in der vorigen Woche durchgeführt worden ist, ist es nicht sinnvoll, es zu wiederholen, weil das als nicht wirtschaftlich zu betrachten ist. Wenn man einen Patienten nicht kennt und zum ersten Mal sieht, braucht man aber natürlich das, was wir alle gelernt haben, nämlich eine Anamnese, die auch die weiteren Umstände mit einbezieht. Man braucht eine Befunderhebung. Man muss sich so weit herablassen, dass man diesen Patienten körperlich untersucht, bevor man ihn röntgt. Das wünsche ich mir. Ob das gelingt oder nicht gelingt, hat natürlich viel mit der Personalausstattung und dem gelebten Vorbild zu tun. Das bekommen Sie aber nicht über den Krankenhausplan hin.

Die Ausführungen, die im Entwurf des Krankenhausplans zur Telemedizin stehen, verstehe ich als Ankündigung, dass die Landesregierung mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen den Aufbau einer Telematikinfrastuktur betreiben will – mit dem Ziel, einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten zu schaffen. Das ist eine Zukunftsansage, also eine Beschreibung, wie es werden soll. Natürlich ist diese Infrastruktur heute noch nicht vorhanden. Insofern kann ich mich gut mit dieser Formulierung identifizieren – aber nicht im Sinne einer verpflichtenden Vorgabe dahin gehend, dass man sagen würde: Jemand, der diese Infrastruktur noch nicht hat, muss außen vor gelassen werden.

Lassen Sie mich jetzt auf die Frage nach der Facharztdichte in Relation zu der Weiterbildung eingehen. Einige Male wurde hier von Ausbildung gesprochen. Wir reden immer von Weiterbildung, weil die Ausbildung mit dem Erwerb der Approbation und

dem medizinischen Staatsexamen abgeschlossen ist. Dann hört auch die Bundeszuständigkeit auf. Die Weiterbildung ist ein Teil der Berufsausübung. Während der Berufsausübung erwirbt man eine zusätzliche Qualifikation. Deswegen besteht dafür auch die Länderzuständigkeit. Wenn das Ausbildung wäre, wäre der Bund dafür zuständig. Die Weiterbildung ist über die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern geregelt.

Wir glauben, dass es richtig ist, wenn man ein ausgewogenes Verhältnis von Fachärzten hat. Im Zweifel muss man in einer plötzlich komplex werdenden Situation – die ja eintreten kann, auch auf einer Intensivstation – handlungsfähig bleiben. Wenn plötzlich ganz hohe Anforderungen auftreten, die diejenigen überfordern, die noch nicht Fachärzte sind, muss man mit dem Team der anwesenden Fachärzte in der Lage sein, den Betrieb der Abteilung zu gewährleisten. Deswegen glaube ich, dass es weniger darum geht, ob eine hohe Facharztdichte für die Weiterbildung gut ist. Natürlich hilft eine hohe Facharztdichte bei der Weiterbildung des Nachwuchses. Die zentralere Frage ist meines Erachtens aber: Welcher minimale Bestand wird gebraucht, um die Abläufe zu gewährleisten?

Wenn ich keine Gefäßchirurgie machen kann, weil ich keine Gefäßchirurgen habe, müssen die Gefäße in der Chirurgie operiert werden. Dann muss man damit leben, dass das eben nicht eine hochspezialisierte, sondern nur eine spezialisierte Einheit leistet. Wenn es so ist, kann man aber nicht das Etikett „Gefäßchirurgie“ draufkleben, denn das suggeriert dem Patienten, es läge dort eine höhere Spezialisierung vor, als sie in Wirklichkeit vorliegt. Es gibt ja überall einen Weg, wie man den Patienten doch versorgen kann. Dann haben wir aber eine Qualitätsminderung. Aus diesem Grunde sagen wir: Wo Gefäßchirurgie draufsteht, müssen auch – und zwar mehrere – Gefäßchirurgen drin sein.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Herr Windhorst, ist für Sie noch etwas übrig geblieben?

Dr. Theodor Windhorst (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Natürlich; aber nur wenig. – Herr Burkert, Sie haben die Palliativversorgung im Versorgungsgebiet 12 angesprochen. Dieses Versorgungsgebiet umfasst einen Teil von Westfalen-Lippe, das Sauerland, Unna, Hamm und Soest. Im Bereich Hamm ist es – das ist uns ein Dorn im Auge – in der Tat etwas knapp mit der palliativmedizinischen Versorgung. Ansonsten haben wir ein sehr gut geführtes palliativmedizinisches Netz, das auf der AAPV, der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, basiert. In Hamm-Heessen gibt es ein Hospiz. In Unna liegt eine palliativmedizinische Versorgungseinheit, die von der AOK als besonders gut bewertet worden ist. Das Sauerland arbeitet noch etwas nach. Die ambulanten Formen sind aber schon sehr gut aufgestellt. Die Versorgungssicherheit ist meiner Meinung nach dort zwar vielleicht eingeschränkt, aber nicht gefährdet.

Ich bin dankbar für das, was Herr Brink eben zum Facharztstandard gesagt hat. Ich bin auch dankbar dafür, dass er noch einmal die Klarheit eingefordert hat, die wir letzten Endes natürlich auch in der Ärztekammer brauchen, wenn wir zugrunde le-

gen, dass die Rahmenplanung mit noch mehr Inhalten unterfüttert werden wird. Jetzt gehen wir ja von einer Rahmenplanung aus, die viele Freiheiten lässt und auch Gestaltungsfreiheiten lassen könnte. Meines Erachtens brauchen wir in dem Konzert der Versorgung allerdings eine stärkere Einbindung von Wünschen und auch Darstellungen, was das Land möchte, um die Daseinsvorsorge zu erbringen.

Auf die Frage von Herrn Adelmann zum Übergang der Weiterbildungsermächtigung hat Herr Henke die Praxis in Nordrhein erläutert. Das ist bei uns in Westfalen-Lippe anders. Wir lassen der Abteilung des Kollegen, der zum Beispiel emeritiert oder pensioniert wird, die volle Weiterbildungsbefugnis. Wenn sie fünf Jahre oder sechs Jahre gehabt haben, bleibt es dabei. Nach einem Jahr machen wir eine Generalrevision und schauen, ob der Nachfolger gut in seinen neuen Job hineingekommen ist. Wir wollen vermeiden, dass bei den Kolleginnen und Kollegen, die sich in Weiterbildung befinden, Unsicherheit besteht, dass es schon alleine durch einen neuen Chefarzt möglicherweise zu einer Reduktion kommt. Daher geben wir dem Nachfolger die Gelegenheit, die Weiterbildungsbefugnis erst einmal unverändert zu übernehmen. Das ist natürlich ein Wagnis. Nach einem Jahr wird das dann überprüft. Das ist auch gut so. Meistens bleibt es dabei.

Sollten auf der Intensivstation tätige Ärzte auch zur Versorgung anderer Bereiche eingesetzt werden? – Ich halte das für sehr schwierig. Beispielsweise kann es – unabhängig von der Größe der Einheiten – große Probleme mit der Hygiene geben. Wenn der Arzt auf eine Station im Hause gerufen wird und ohne ausreichende Desinfektion vom intensivmedizinischen Bett dorthin geht, ist das schon problematisch – gerade mit Blick auf die Spezialkeime in der Intensivstation. Wir wissen, dass wir dort eine Selektion haben, die eigentlich nicht ins Haus gehört. Wenn der Intensivarzt gleichzeitig Notarzt ist und wegen eines größeren Unfalls für eine Stunde oder zwei Stunden außer Haus ist, kann das auch prekär werden. Meiner Meinung nach sollte man hier klare Kante zeigen. Darf er es, muss er es oder kann er es? Wenn ich es zu entscheiden hätte, würde ich keine Möglichkeit des Splittens der Tätigkeit zwischen Intensivarzt, Notarzt und für das Haus zuständigem Arzt zulassen. Hier kann ich nur das wiederholen, was Herr Henke gesagt hat. Wenn die Ambulanz in räumlicher Nähe ist, kann er dort natürlich mal zehn Minuten gucken, um Entscheidungen zu treffen. Er darf aber nicht einen ganz anderen Job ausführen.

Herr Brink, Sie haben auch die Intensivmedizin angesprochen. Es ist komisch, dass das so angekommen ist. Dann bedarf es auch einer Klärung; denn dann ist eine Frage nicht richtig beantwortet. Wir haben wirklich unterschiedliche intensivmedizinische Problematiken. In der Weiterbildungsordnung gibt es eine Zusatzqualifikation für Intensivmedizin, die fachgebunden ist. Das heißt, dass man in jedem Fach intensivmedizinische Qualifikationen erreichen kann. „Qualität durch Qualifikation“ bedeutet, dass man als Neurologe die fachgebundene Zusatzqualifikation für Intensivmedizin in der Neurologie machen kann, also für Stroke Units und Ähnliches. Das ist eine andere Qualität als die, die ein Internist im Rahmen seiner intensivmedizinischen Weiterbildung erreicht. Zusätzlich müssen wir noch sehen, wie wir alle diejenigen unter einen Hut bringen, die interdisziplinär arbeiten. Insofern halte ich es für notwendig, dass wir uns in Bezug auf die Leitlinie der DIVI zur Intensivmedizin noch einmal klar darüber werden, was wir hinsichtlich der Spezialisierung denn wirklich wollen.

Die Versorgung im ländlichen Bereich spielt hier immer wieder eine Rolle. Wie Herr Henke schon gesagt hat, ist ein Sicherstellungszuschlag dann vonnöten, wenn die kleinen Häuser es sonst nicht schaffen.

Wenn man 9.000 bis 12.000 Betten wegrationalisieren will und dafür ganze Häuser schließen möchte, muss man Folgendes berücksichtigen: Ein großes Krankenhaus der kommunalen Versorgung mit 1.000 Betten ist ganz schwer wegzubekommen. Bei einem kleinen Haus mit 120, 100 oder 80 Betten – Stichwort: Rheda-Wiedenbrück – sagt man aber schon mal: Ob das da ist oder nicht, merkt letzten Endes keiner. – Wir müssen uns aber überlegen, was für die regionale Versorgung in der Fläche notwendig ist. Da sind die kleinen Häuser die Versorger der Zukunft. Diese Versorgungsebene muss auch ambulante Teile mit übernehmen. Wir dürfen diese Häuser nicht im Vorfeld im Sinne einer Vorwärtsverteidigung zerschlagen, um Kosten zu sparen. Davor warne ich sehr. Hinterher fehlen sie uns.

In diesem Zusammenhang dürfen wir auch nicht die epidemiologischen Entwicklungen vergessen. Ich erinnere nur an die jüngste Grippewelle. Wenn ich durch unser Krankenhaus gegangen bin, habe ich zu meinem großen Bedauern sehen müssen, dass die Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen und den Inneren Abteilungen wieder wie früher auf dem Gang lagen. Alle Betten waren voll. Wir hatten nicht eine Auslastung von 60, 70 oder 80 %, sondern eine Belastung von 110 %.

Diesen Freiraum müssen wir uns lassen. Schließlich sind wir extra davon weggegangen, nach Betten abzurechnen. Lassen Sie uns dieses Problem doch relativ locker angehen. Vielleicht bekommen wir noch eine andere Kriterieninsel dazu, um dann zu sehen, wie die Bezahlung letzten Endes läuft. Ich halte einen solchen Abbau für falsch. Was weg ist, ist erst einmal weg. Es wieder aufzubauen, ist ganz schwierig. Vielleicht bin ich da aber auch zu konservativ und zu chirurgisch im Denken.

Nun komme ich zu der Frage nach Telematik und Telemedizin. Wir werden erst einmal lernen müssen, mit diesen Strukturen umzugehen. Ich habe mir in der Charité die telemedizinischen Bereiche angeschaut, in denen die kardiologischen Überwachungen vorgenommen werden. In Bad Oeynhausen haben wir auch so eine Abteilung. Das rechnet sich noch nicht. Es wird auch nicht in dieser Weise in den Leistungskatalog übernommen. Meiner Meinung nach liegt die Zukunft aber im Einsatz von Telematik zur Supervision. Das ersetzt zwar keinen Arzt-Patienten-Kontakt. Mit der Schwester Agnes und telemedizinischen Maßnahmen können wir aber vielleicht die ambulante Versorgung chronischer Erkrankungen unterstützen. Dafür müssen wir vernünftige Modelle erarbeiten. Sie haben aber nichts mit diesem Krankenhausplan zu tun.

Abschließend halte ich Folgendes fest: Erstens. Die Grundversorgung wird mit diesen Methoden – Telemedizin, Telematik – sicherlich unterstützt werden können. Zweitens. Erhalten Sie bitte die kleinen Krankenhäuser. Sie sind – auch sektorübergreifend – ein ganz wichtiger Faktor der zukünftigen Versorgung.

Rolf Lübke (Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz): Herr Lamla, ich kann unmittelbar an das anschließen, was Herr Dr. Windhorst

gerade gesagt hat. Das sehr grobschnittartige Vorgehen, zu sagen, wenn es irgendwo – in Anführungszeichen – „nicht leistungsgerechte Krankenhäuser“ gebe, solle lieber das ganze Krankenhaus oder die ganze Abteilung geschlossen werden, widerspricht den Planungsvorgaben und den gesetzlichen Vorgaben. Wir haben die Vorgabe, flächendeckend eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Hier ist in der regionalen Planung vor Ort eine konkrete Abwägung vorzunehmen. Dafür ist eine Vorgabe im 08/15-Modus, bei Überhängen den schlechtesten Partner ersatzlos aus dem Versorgungskonzept zu streichen, der falsche Weg. Das muss vor Ort in den dafür notwendigen Gremien entschieden werden, und zwar ohne eine solche Vorgabe, auf die man sich sonst im Rahmen der Konkretisierung des Plans für die Regionalebene berufen könnte. Das wäre nämlich die Folge. Wir sind hier in der Landesplanung, die noch nicht die konkrete Umsetzung in den Feststellungsbescheid mit sich bringt. Wenn es nachher auf Spitz und Knopf um den Feststellungsbescheid geht, erfolgt eine entsprechende Abwägung. Dabei spielen Bedarfsgesichtspunkte natürlich auch eine Rolle. Die Vorgabe, dass man sich bei einem bestehenden Überhang ein Krankenhaus aussuchen kann, das den Schwarzen Peter bekommt und sich aus der Versorgung verabschieden muss, weil es den Feststellungsbescheid nicht mehr erhält, ist aus unserer Sicht der falsche Ansatz.

Wie wir schon angekündigt haben, werden wir noch eine schriftliche Stellungnahme zum Krankenhausplan NRW 2015 nachreichen. Darin werden wir auch noch einmal ausdrücklich auf diesen Punkt eingehen.

Ich will jetzt nicht ungefragt zu Dingen Stellung nehmen, aber kurz darauf hinweisen, dass in diesem Zusammenhang auch Qualitätsgesichtspunkte eine Rolle spielen können. Was die qualitativen Vorgaben betrifft, schließen wir uns als Marburger Bund den Einschätzungen an, die hier von den beiden Ärztekammern dargestellt worden sind. Die Frage, inwieweit das im Einzelfall bewerkstelligt werden kann, muss dann auch mit in die konkrete Planung einbezogen werden.

Peter Schwarze (ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL): Der Schwarze Peter sitzt hier schon. Ich hoffe aber, dass ich ihn als Klinikgeschäftsführer heute nicht zugewiesen bekomme. – Kurz zu meiner Person: Ich bin im Hauptjob Geschäftsführer eines größeren kommunalen Krankenhauses mit drei Klinikstandorten und hier als Vorsitzender des ZIG, einem Netzwerk von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Dazu gehören Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Dienstleister und Industrieunternehmen. Wir setzen bestimmte Projekte in Ostwestfalen um, teilweise mit und teilweise ohne Unterstützung von Ministerien.

Zur Frage nach der Telemedizin hat Herr Dr. Windhorst eingehend ausgeführt. Ich halte es für sehr wichtig, dass die Telemedizin mit in den Rahmenplan aufgenommen wird. Man muss aber zwei Punkte beachten.

Erstens. In unserer Stellungnahme haben wir auf das Projekt des Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen verwiesen. Dort können bestimmte Vitaldaten von Patienten aus Notarztfahrzeugen, aus Rettungswagen und aus Kliniken, die eine bestimmte kardiologische Fragestellung nicht beantworten können, auflaufen. Allerdings fehlen die Multiplikatoren, um ein solches System – das sinnvoll ist; denn es ist

sicherlich unstrittig, dass es im Herz- und Diabeteszentrum entsprechende fachliche Kompetenz gibt – weiter voranzubringen. Es ist natürlich schwierig, Partner zu finden, weil die Finanzierung dafür nicht gesichert ist.

Damit komme ich auch zu der Frage nach der Fallakte. Ein zentraler Punkt bei dieser ganzen Diskussion muss der Umgang mit dem Datenschutz sein. Dazu ist ganz locker gesagt worden, er müsse beachtet werden. Aber wie läuft es denn heute? Man verschickt die Röntgenbilder teilweise per E-Mail. Das ist datenschutzmäßig nicht korrekt. Man hat aber keine anderen Instrumente für einen schnellen Transport.

Zweitens. In Bezug auf die Telemedizin muss man außerdem klar definieren, wo es Oberzentren und leistungsfähige Kliniken gibt. Das Ganze kann sich nämlich auch sehr schnell zu einer Konkurrenzsituation entwickeln. Bestimmte Kliniken treten einer solchen guten Idee und einem solchen Kompetenzteam vielleicht nicht bei, weil sie Angst haben, möglicherweise mittelfristig Patienten zu verlieren.

Der Ansatz ist also okay. Gerade im ländlichen Bereich ist das sicherlich sehr wichtig; denn kaum ein Krankenhausträger hat die Möglichkeit – das ist schon mehrfach angeklungen –, die allumfassende medizinische Kompetenz im Rahmen des Facharztstandards vorzuhalten.

Damit kann man natürlich auch die Sektorengrenzen überwinden. Diese Möglichkeit sehe ich in diesem Part aber nur begrenzt. Das kann man vielleicht im regulativen Bereich machen, in anderen Bereichen aber sicherlich nicht; denn man sollte dieses Medium nur dann einsetzen, wenn es klar definierte Fragestellungen gibt.

In Bezug auf die grundsätzliche Frage nach der Überwindung von Sektorengrenzen möchte ich etwas, was in der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft klar beschrieben wird, noch einmal betonen. Die Krankenhäuser müssen sich im stationären Bereich schon sehr stark strukturieren. In bestimmten Grenzbereichen sind sie heute aber schon sektorübergreifend tätig. Vielen ist das vielleicht gar nicht so bewusst, weil es selbstverständlich ist, dass Notfallambulanzen vorgehalten werden und dass wir die Leistungen nach dem alten § 116 SGB VI erbringen. Alles das sind Leistungen, die die Krankenhäuser immer schon erbracht haben und die teilweise auch im Krankenhausplan abgesichert sind.

In Ostwestfalen haben wir vom ZIG mit Unterstützung des Ministeriums versucht, eine geriatrische Versorgung sektorübergreifend hinzubekommen. Dabei stellt man fest, dass Akteure beteiligt sind, die nicht allein die stationäre Sichtweise haben, sondern den Patienten im Blick haben, und zwar das Ergebnis. Ihnen geht es um folgende Fragen: Was passiert, wenn dieser geriatrische Patient einmal aus der Klinik herauskommt? Wie wird dann im weiteren Netzwerk gesteuert? Oder fällt er in ein Loch? Kann er nach Hause? Oder sind entsprechende Strukturen geschaffen? Gibt es klare, verbindliche Absprachen unter den Partnern? Damit sind die Pflegeheime, der ambulante Pflegedienst – Stichwort: Versorgung zu Hause – und teilweise die tagesklinische Versorgung angesprochen.

Diese sektorübergreifenden Tätigkeiten bedürfen natürlich einer Definition. Das ist das eigentliche Problem. Grundsätzlich ist es nämlich so – das ist auch im Projekt klar erkennbar –, dass die Steuerung des geriatrischen Patienten immer in der Hand

des Geriaters oder eines ausgebildeten Neurologen oder Internisten in der Klinik sein sollte; denn dort läuft der Patient auf. Die Zielsetzung ist ja nicht, geriatrische Patienten in Kliniken zu bunkern, wenn es kritisch wird, sondern im Wesentlichen, sie kurz und gut zu therapieren und dann sicherzustellen, dass sie in ein Umfeld kommen, aus dem sie nicht nach drei Tagen wieder in der Klinik auflaufen. Das ist sehr wichtig.

In den letzten beiden Jahren haben wir das im Kreis Lippe mit verschiedenen Akteuren, vor allen Dingen dem Netz der niedergelassenen Ärzte, erprobt. Wir sind da auf einem sehr guten Weg und stellen auch fest, dass die Qualitätsindikatoren deutlich ansteigen. Das heißt im Klartext: Als Klinikgeschäftsführer habe ich beim Erlös zwar die eine oder andere DRG weniger. Vom Grundsatz her ist dieser Ansatz einer stärkeren Vernetzung aber natürlich zielführend.

Ob man in diesem Bereich die Telemedizin einsetzen kann, wird sich zu einem späteren Zeitpunkt ergeben. Ich sehe dort durchaus Möglichkeiten. Dafür ist es allerdings notwendig, dass diese Instrumente deutlich professioneller werden.

Die sektorübergreifende Sicherstellung der Qualität in solchen Netzwerken ist natürlich schwierig, weil grundsätzlich wesentliche Punkte zu beachten sind. Bei einem solchen Patienten, der sich in einem bestimmten Versorgungsnetz befindet, gelten nämlich per Gesetz und per Verordnung unterschiedliche Qualitätskriterien für Krankenhäuser, für ambulante Pflegedienste und für Pflegeeinrichtungen, die von Medizinischen Diensten beprobt werden. Außerdem darf man die Kostenträger, die natürlich auch eine gewisse Erwartungshaltung haben, nicht außen vor lassen. Wenn sie sich dazu bereit erklären, ein solches Netzwerk zu unterstützen, möchten sie sowohl einen wirtschaftlichen Benefit als auch – das hat eigentlich Priorität – einen qualitativen Ansatz haben. Daher ist es sehr wichtig, dass man die Schnittstellen beschreibt.

Die Beschreibung der Schnittstellen kann im Rahmenplan nur angerissen werden. Meines Erachtens kann das nicht eine Aufgabe des Rahmenplans sein. Diese Frage wird man vielleicht einmal in dem entsprechenden Ausschuss diskutieren müssen.

Der wesentliche Punkt ist aber, dass bei der Betreuung von geriatrischen Patienten, deren Zahl in den nächsten Jahren stark ansteigen wird, ein sehr guter Ansatz möglich ist, um das Ganze sektorübergreifend in Bezug auf die Qualität anzugehen, dabei aber auch die Frage des möglichen Budgets für bestimmte Krankheitsbilder im Fokus zu haben. Das ist sehr wichtig, und zwar nicht nur im ländlichen Bereich. Es könnte durchaus auch entsprechende Modelle im Ballungsraum geben.

Die Qualitätsdebatte ist grundsätzlicher Art. Vonseiten der Ärztekammern und der Krankenhausgesellschaft wurden die Schwierigkeiten bereits deutlich gemacht. Ich würde auch eher dafür plädieren, dort nichts Neues zu entwickeln, sondern auf Gelebtem aufzusetzen und das letztlich zielorientiert weiterzuentwickeln. – Herr Vorsitzender, ich glaube, dass ich damit alle Fragen abgearbeitet habe.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das glaube ich auch. Vielen Dank, Herr Schwarze. – Wenn ich es richtig sehe, ist jetzt nur noch die Frage des Kollegen Burkert an Herrn Goedereis offen.

Dr. Klaus Goedereis (St.-Franziskus-Stiftung): Ich bin für eine Stiftung verantwortlich, die unter anderem zwölf Akutkrankenhäuser mit 150 bis 600 Betten in Nordrhein-Westfalen betreibt – drei Viertel davon sind kleinere und mittlere Krankenhäuser in der ländlichen Region –, und darf Sie einladen, einige Gedanken mit mir zu teilen, die uns in diesen kleineren und mittleren Krankenhäusern beim Lesen dieses Krankenhausplans momentan bewegen. Wie Herr Dr. Windhorst gerade schon gesagt hat, findet ein Großteil der Versorgung in NRW gerade in diesen Krankenhäusern statt. Die letzten acht Wochen haben in der Tat gezeigt, dass alle Krankenhäuser, salopp gesagt, bis unters Dach voll waren. Zum Teil waren sie zu über 100 % belegt. Insofern sollten wir bei der Diskussion auch diese aktuelle Belegungssituation berücksichtigen.

Beim Lesen des Krankenhausplans haben wir durchaus einige Sorgen. Uns ist klar – Herr Dr. Windhorst, das wissen Sie auch –, wie die Realität aussieht. In einer Inneren Abteilung arbeiten immer mehrere Internisten, und in der Chirurgie haben Sie auch in den kleineren Krankenhäusern immer mehrere Chirurgen. Das ist heute selbstverständlich. Die Sorge besteht aber dann, wenn es um die Frage der sogenannten Allgemeinleistungen in Abgrenzung zu den Spezialleistungen geht. Wo hört im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen die allgemeine Versorgungsleistung auf, und was ist die spezielle Leistung, die dann unter Umständen in die Kardiologie gehört? Wir haben die Sorge, dass diese Bereiche in die Budgetverhandlungen hineintransferiert werden und es dort zumindest zu intensiven Diskussionen kommt: Gehört das mit zum Versorgungsauftrag, oder gehört das nicht mit zum Versorgungsauftrag? Natürlich gibt es da sehr viele beruhigende Statements. Ich muss aber ehrlich sagen, dass dieses Problem unsere Verantwortlichen, aber auch die Ärztinnen und Ärzte in unseren Krankenhäusern sehr stark umtreibt.

Ein weiteres Thema ist die Weiterbildungsermächtigung. Im Entwurf des Krankenhausplans steht:

„Ein wichtiges Merkmal der Qualität der ärztlichen Leitung ist der Umfang der Weiterbildungsbefugnis. ... Der Umfang der Ermächtigung kann somit ein wichtiger Hinweis auf die Leistungsfähigkeit der Abteilung sein.“

Das macht uns ebenfalls Sorge, weil wir gerade in kleineren und mittleren Krankenhäusern nicht überall und in allen Teilbereichen die volle Weiterbildungsermächtigung haben. Gleichwohl bilden wir dort sehr viele Assistentinnen und Assistenten aus, zum Teil auch im Verbund mit anderen Krankenhäusern. Diese kleinen Krankenhäuser befinden sich heute schon in einem extensiven Qualitätswettbewerb. Das muss man sich einmal sehr deutlich machen. Es gibt die externen Qualitätssicherungsdaten nach § 137 SGB V, die alle Krankenhäuser zur Verfügung stellen müssen. Jeder Mensch kann sie im Internet und sonst wo nachlesen. Auch die kleinen Krankenhäuser müssen sich für die entsprechenden Bereiche allen Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses unterwerfen. Es gibt für einzelne DRGs dezidierte Struktur- und Prozessvorgaben, die auch die kleinen Krankenhäuser qualitativ erfüllen müssen. Darüber hinaus stehen wir heute schon im vollen Wettbewerb um junge Assistenten. Die kleinen Häuser sind also einem sehr großen Qualitätswettbe-

werb ausgesetzt, in dem sie bestehen müssen. Insofern darf ich diese Sorge Ihnen gegenüber noch einmal zum Ausdruck bringen.

Im Hinblick auf mögliche Lösungen für den ländlichen Raum könnte man sich auch folgende Frage stellen – sie ist heute noch gar nicht angesprochen worden –: Wie kann man krankenhausesübergreifende Fragen der Versorgung regeln? Bisher war das planungsrechtlich schwierig, weil sich die Feststellungsbescheide auf einzelne Häuser bzw. einzelne Träger, möglicherweise über mehrere Standorte, bezogen. Hier sind durchaus Modelle denkbar, die krankenhausesübergreifende oder sogar trägerübergreifende Feststellungsbescheide und Krankenhausplanungsvorgaben ermöglichen. Das bisherige Argument, aufgrund der Einzelförderung sei das schwierig, ist zwar nicht ganz entfallen. Zumindest ist es durch die Umstellung der Baupauschalen aber erheblich einfacher geworden. Natürlich sind wir mit den Baupauschalen wegen deren Höhe nicht glücklich. Was die Möglichkeiten betrifft, krankenhausesübergreifende Feststellungsbescheide zu erlassen bzw. Versorgungsbereiche zu beplanen, besteht aber durchaus noch Potenzial. Das geht natürlich nur auf freiwilliger Basis. Es gibt dort aber an vielen Stellen sicherlich erhebliche Gestaltungsspielräume.

Lassen Sie mich aus der Praxis noch auf folgenden Punkt hinweisen: Heute wurde mehrfach das Thema „DRG und Krankenhausfinanzierung“ angesprochen. Gerade für die kleineren und mittleren Häuser ist es ganz schwierig, wenn man die Krankenhausplanung und das Thema „DRG und Finanzierung der Betriebskosten“ zu stark voneinander trennt. Ein Krankenhaus, das ausschließlich niederschwellige Grund- und Regelversorgungsleistungen – internistisch wie chirurgisch wie in der Gynäkologie und Geburtshilfe – erbringt, wird mit dem heutigen Finanzierungsmechanismus keine Überlebenschance haben. Solche Krankenhäuser mit ungefähr 200 Betten werden es unter diesen Finanzierungsbedingungen nicht schaffen. Deswegen möchte ich noch einmal auf diese Interdependenz hinweisen und darum bitten, diese Aspekte bei der Krankenhausplanung mit in den Blick zu nehmen.

Uns ist auch klar, dass nicht jedes 200-Betten-Haus Universitätsmedizin betreiben kann. Das ist auch überhaupt nicht gewollt. Das Streben auch kleinerer Krankenhäuser, zumindest in Teilen in hochspezialisierte oder zumindest in spezialisierte Leistungen hineinzugehen, ist aber auch der Tatsache geschuldet, dass man ohne einen gesunden Mix aus Basisleistungen und spezialisierten Leistungen die Betriebskostenfinanzierung selbst bei hoher Effizienz in einem Krankenhaus mit ca. 150 bis 250 Betten unter den jetzigen DRG-Bedingungen nicht sicherstellen können. Mein großes Petitum ist, das mit zu bedenken. – An dieser Stelle mache ich einmal einen Cut.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. Ihre Hinweise waren sehr hilfreich, glaube ich. – Zur Geschäftsordnung kann sich hier kein Sachverständiger melden, Herr Dr. Windhorst. Das können Sie bei der Ärztekammer machen, aber nicht bei uns.

(Heiterkeit)

Dr. Theodor Windhorst (Ärztammer Westfalen-Lippe): Da bin ich ja Präsident, sodass ich das nicht machen muss. – Herr Vorsitzender, gestatten Sie mir nur einen Hinweis; denn das tut mir weh. Hier wird immer von der Weiterbildungsermächtigung gesprochen. Das ist die Möglichkeit, auf dem Sektor der niedergelassenen Ärzte mit Vertragsärzten zu kooperieren. An dieser Stelle geht es aber um die Weiterbildungsbefugnis. Das muss auch im Text des Krankenhausplans geändert werden. Weiterbildungsbefugnis ist das, was hier angesprochen wird. – Entschuldigen Sie bitte, wenn ich gestört habe.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie stören nie. – Zunächst frage ich die Damen und Herren Abgeordneten, ob alle Fragen, die in der zweiten Runde gestellt wurden, hinreichend beantwortet sind. – Das ist der Fall.

Dann frage ich in aller Ernsthaftigkeit: Sind die Damen und Herren Abgeordneten der Auffassung, dass wir noch eine dritte Fragerunde einläuten müssen? – Hier gilt das Minderheitenrecht. Die CDU ist langsam warm geworden. Daher werden wir eine dritte Runde durchführen. Dazu liegen drei Wortmeldungen von CDU und FDP vor. Ich schaue zu den anderen Fraktionen. – Es bleibt bei diesen beiden Oppositionsfraktionen, denen noch Fragebedarf unter den Nägeln brennt, der hier auch befriedigt wird.

Walter Kern (CDU): Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Schwarze. – Im Grunde genommen geht es bei dem Krankenhausplan um die wunderbare Brotvermehrung. Wir müssen uns darüber einig sein, dass es letztlich um das Geld geht, auch wenn wir das heute alle nur ganz wenig angesprochen haben. Würden Sie die hier von einem anderen Sachverständigen vorgetragene Einschätzung bestätigen, dass im ländlichen Bereich besondere Herausforderungen bei der Finanzierung bestehen? Das möchte ich nur noch einmal festgehalten haben, damit wir das dann auch mit den Koalitionsfraktionen besprechen können.

In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie die Qualität thematisiert. Wir haben heute sehr viel über die Qualität gesprochen. Da ich aus der Wirtschaft komme, weiß ich, dass Qualität etwas mit Zertifizierung zu tun hat. Müssen wir nicht auch dafür sorgen, dass die Zertifizierung entsprechend bepreist werden kann, damit der Qualitätswettbewerb zwischen den Kliniken dann auch fair ablaufen kann?

Zum Medizinerangel in Nordrhein-Westfalen haben Sie sich in Ihrer schriftlichen Stellungnahme geäußert. Daher brauche ich die Ärztekammern nur zu bitten, hier dazu Stellung zu beziehen.

Nun komme ich zur Caritas bzw. zum Katholischen Büro. In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie, dass durch Strukturvorgaben die aufgegebene Teilgebieteplanung schrittweise wieder eingeführt würde. Bitte erläutern Sie das noch etwas näher, damit wir wissen, was damit genau gemeint ist.

Der vorgesehene Abbau von Betten in Kliniken führt auch zu Ungerechtigkeiten. Nach meinen Informationen haben wir in Nordrhein-Westfalen für 10.000 Einwohner

69 Betten. Ich kenne aber auch ein Klinikum, das nur noch 46 Betten für 10.000 Einwohner vorhält. Wie sollen wir das denn der Fairness halber nachher abwickeln?

Zum Schluss möchte ich noch einen Hinweis geben. Ich weiß nicht, ob Sie darauf eine Antwort geben können, Herr Brink. Die Finanzierung scheint immens eng zu sein. Ich hatte am Wochenende ein langes Gespräch mit einem Apotheker aus einem öffentlichen Klinikum. Er sagte mir: Wenn wir Tarifabschlüsse haben, führt das nicht zu einem Qualitätsgewinn, sondern wegen des DRG-Systems zwangsläufig zu einem Stellenabbau. – Dazu würde ich von Ihnen gerne noch kurze Ausführungen hören.

Oskar Burkert (CDU): Erstens. Herr Toker, im Krankenhausplan ist eine Steigerung der Bettenzahl in der Psychiatrie vorgesehen. Sie haben vorhin gesagt, es sei nicht entscheidend, wie viele Betten in der Psychiatrie neu installiert würden; wichtiger sei das Sicherstellen von ambulanten und anderen Versorgungen. Wie könnte man das im Krankenhausplan berücksichtigen? Zum Beispiel durch die Erhöhung der Zahl ambulanter Einrichtungen?

Zweitens. Im Krankenhausplan werden drei Zahlen zur Frührehabilitation genannt. Herr Dr. Loos, Sie haben ein Gutachten für den Krankenhausplan geschrieben, in dem Sie deutlich machen – das ist auch in der letzten Woche bei der Veranstaltung der Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW in Düsseldorf sehr klar geworden –, dass Nordrhein-Westfalen bei der Frührehabilitation an der letzten Stelle aller Bundesländer steht und keine sichere Versorgung hat. Was muss dort getan werden? Die Zahlen, die im Krankenhausplan stehen – ich habe drei gefunden –, sind auch nicht miteinander deckungsfähig. Ich weiß nicht, woran es liegt. Möglicherweise fehlt es mir an Hintergrundwissen. Vielleicht könnten Sie das erläutern.

Drittens. Wir haben jetzt über sehr viele Qualitäts- und Strukturvoraussetzungen gesprochen, die eingefordert werden. Meine Frage an alle, die dazu eine Antwort geben können, lautet: Wer soll diese Strukturvoraussetzungen überprüfen? Und wer legt Sanktionen fest, wenn bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllt werden?

Viertens. Herr Fritz, wer bestimmt denn über das Wohl und Wehe eines Krankenhauses, also darüber, ob es die entsprechenden Leistungen erbringen kann oder nicht? Sind das die Krankenkassen oder andere Institutionen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Zu an keinen bestimmten Sachverständigen gerichtete Fragen habe ich zu Anfang der Anhörung Ausführungen gemacht.

Susanne Schneider (FDP): Mit meiner ersten Frage zum Stichwort „trägerübergreifende Versorgungskonzepte“ wende ich mich an Herrn Goedereis. Wie sehen Sie hier die mögliche Befugnis der Planungsbehörde im Verhältnis zum Kartellrecht?

Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Windhorst, der vorhin sehr anschaulich erklärt hat, wann eine Chirurgie eine Chirurgie ist. Wie ist Ihre Meinung zur 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärzten in reinen Belegabteilungen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir beginnen mit der Beantwortung der Fragen an die Krankenhausgesellschaft. Danach erhalten die anderen angesprochenen Sachverständigen das Wort.

Jochen Brink (KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Im mehrjährigen Mittel sind die Tarifierhöhungen in der Tat deutlich größer als der Anstieg bei der Refinanzierung. Mit anderen Worten: Erbringt ein Krankenhaus eine konstante Leistung, hat es also eine gleichbleibende Akzeptanz seiner Patienten und den gleichen DRG-Umsatz, bekommt es über die allgemeine Krankenhausfinanzierung – früher orientiert an der Grundlohnrate, heute anteilig nach dem neuen Orientierungswert – im mehrjährigen Mittel deutlich weniger als das, was es bräuchte, um die Tarifentwicklungen aufzufangen.

Bei einem Anteil der Personalkosten von 60 bis 70 % und einem weitgehend ausgereizten Sachkostenbereich kommt dann sehr schnell das einzige Mittel, das uns übrig bleibt, ins Gespräch: Stellenkürzungen. Auf dem eingangs zitierten Krankenhauspfeiler hatten wir erstmals die Situation, dass Krankenhausvertreter aus ganz Deutschland das auch eingeräumt haben. Das sagt man ja nicht so gerne coram publico. Deswegen haben wir alle das Problem, dass wir uns fragen müssen, wie weit wir da in der Öffentlichkeit gehen können. Jetzt ist die Situation aber so dringlich geworden, dass alle den Mut gehabt haben, es laut zu sagen. Ich tue das hier auch. Es geht wirklich nicht mehr. Sie finden dieses Rationalisierungspotenzial bei gut geführten Krankenhäusern definitiv nicht mehr. Dann ist das Thema „Stellenabbau“ ruck, zuck das Mittel der Wahl, so leid uns das tut.

Dr. Theodor Windhorst (Ärztammer Westfalen-Lippe): Die 24-Stunden-Verfügbarkeit, die ich für die großen Fächer und für das Krankenhaus selbstverständlich fordere, ist in den Belegabteilungen nicht ausgeprägt. In den kleinen Fächern – Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Ähnliches – kann man bei der Nähe des Arztes zu der Belegabteilung davon ausgehen, dass dort eine zeitgerechte Versorgung möglich ist. Bei den großen Fächern wage ich das zu bezweifeln und würde einen Verzicht auf die 24-Stunden-Verfügbarkeit auch ablehnen. Bei den großen Fächern gibt es meistens auch keine Belegabteilungen.

Ein Knackpunkt ist allerdings die Gynäkologie. Ich glaube, dass das in der Gynäkologie durch Haftpflichtversicherungsaufgaben geregelt werden wird, wenn wir es nicht geregelt bekommen. Aus meiner ärztlichen Sicht halte ich es für nicht gut praktikabel, dass eine Belegabteilung gynäkologische Behandlungen durchführt oder sogar geburtshelferische Maßnahmen einleitet. Das wird die Haftpflichtversicherung nicht gelten lassen – oder so teuer versichern, dass sich das von alleine regelt.

Ansonsten kenne ich es so, dass die Belegabteilungen ihre Patienten vor dem Wochenende in die Krankenhäuser zurückverlegen. Im Übrigen haben wir uns in meiner Chirurgie manchmal schon geärgert. Dort gibt es eine Belegabteilung für Proktologie. Sie können sich ja vorstellen, wer dort war, wenn es da freitags abends blutete: wir – und nicht die Ärzte der Belegabteilung.

Peter Schwarze (ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL): Herr Kern, Sie haben die ländliche Versorgung und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen angesprochen. Das muss man ein bisschen geteilt sehen. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen betreffen eher – das hat Herr Goedereis eben auch schon dargestellt – die Größe der Kliniken. Ihre Frage bezog sich aber auf die Wirtschaftlichkeit. Wenn Sie an zwei auseinanderliegenden Standorten die Notfallversorgung für eine Fläche sicherstellen müssen und dort teilweise auch die kassenärztliche Versorgung mit übernehmen müssen, ist im DRG-System eine entsprechende Vergütung in keiner Weise mehr gewährleistet; denn im Rahmen des DRG-Systems wird für Mindestbesetzungen und alles andere, was Sie vorhalten müssen, so gut wie kein Aufschlag gezahlt. Hier besteht Handlungsbedarf. Schließlich kann im ländlichen Bereich eine Notfallaufnahme nicht dichtgemacht werden. Man kann sich dort nicht zwischen Kliniken abstimmen, während das im Ballungsraum leicht möglich ist. Hier besteht wirklich Handlungsbedarf, weil diese Versorgung immer stärker zunimmt und die Schwere der Erkrankungen auch dazu führt, dass man mehr höher qualifiziertes Personal in der Notfallaufnahme vorhalten muss. Vom Grundsatz her würde ich aber sagen, dass momentan die entsprechende Versorgung ordnungsgemäß ist und auch flächendeckend abgesichert ist – zumindest in der Region Ostwestfalen.

Außerdem haben Sie die Zertifizierung thematisiert. Die Zertifizierung ist auch im Rahmenplan ein zentraler Punkt. Ich erinnere nur an die Zertifizierung von Brustzentren. Hier kann ich nur das unterstützen, was von der Krankenhausgesellschaft deutlich herausgestellt wurde. Wenn man eine über die Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehende Qualität fordert, sodass der Klinikträger mehr einbringen muss, erwartet er natürlich, dass er das, was im Vergütungssystem möglicherweise nicht abgebildet ist, auch vergütet bekommt.

Am Beispiel des Brustzentrums wird das bestens deutlich. Man hat sich auf bestimmte Aufschläge für Primäreingriffe bei Frauen in anerkannten Brustzentren geeinigt. Faktisch befinden wir uns aber zumindest in Westfalen-Lippe in einem rechtsfreien Raum; denn in Bezug auf die zusätzliche Vergütung für Besonderheiten, die man letztendlich auch im Rahmen dieser Zertifizierung vorhält, gibt es keine eindeutige und rechtlich verbindliche Klarstellung. Es existieren dazu auch unterschiedliche Urteile von Verwaltungsgerichten. Während die Gerichte in Westfalen-Lippe für die Krankenkassen und die Kostenträger entschieden und gesagt haben, diese 400 oder 500 € ständen den ausgewiesenen Brustzentren nicht zu, gibt es im Rheinland ein gegenteiliges Urteil, mit dem die Krankenkassen und die Kostenträger zur Übernahme dieser Kosten verpflichtet werden. Wenn man dieses Modell auf andere Bereiche überträgt, was durchaus sinnvoll sein kann, sollte man daher bitte auch diese Frage der Finanzierung berücksichtigen. Sie ist durch das DRG-System in keiner Weise abgedeckt.

Außerdem haben Sie eine Frage nach der medizinischen Ausbildung gestellt. Die Diskussion um eine medizinische Fakultät in OWL ist Ihnen allen bekannt. Ich will nur festhalten, dass man sehr genau schauen muss, wie zukünftig die Akquise von jungen Medizinerinnen und Medizinern in den Regionen vonstatten gehen soll. Vor diesem Hintergrund wäre eine flächendeckende Ausbildung, wie es sie beispielsweise

in Brandenburg oder auch in Oldenburg gibt, für eine Region wie Ostwestfalen durchaus sinnvoll. Den sogenannten Klebeeffekt, der dazu führt, dass junge Ärztinnen und Ärzte nach der Ausbildung dort auch die Weiterbildung absolvieren, sehen wir schon. Als akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten von Münster oder von Hannover spürt man diesen Klebeeffekt nicht. Dieser Punkt wäre sicherlich wichtig. Das ist heute aber nicht die zentrale Frage. Als ZIG-Vorstand plädieren wir in Gänze natürlich für die Ansiedlung einer medizinischen Fakultät in Ostwestfalen.

Klaus Schoch (Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen): Ich komme vom Diözesancaritasverband Münster und spreche hier für das Katholische Büro. – Der Gesetzgeber hat durch das KHGG die Teilgebieteplanung aufgegeben, um den Krankenhäusern mehr Möglichkeiten zu geben, sich weiterzuentwickeln. Das sollte auch eine Chance für die Krankenhäuser in der Fläche sein. Wir sehen jetzt zumindest die Gefahr, dass durch die vorgesehenen Strukturvorgaben diese Freiheit wieder genommen wird. Vor allen Dingen die Strukturvorgaben, die über die Qualitätsmerkmale des Gemeinsamen Bundesausschusses und anderer Institutionen auf Bundesebene hinausgehen, führen hier zu einer Einschränkung dieser Freiheit.

Jedem ist bewusst, dass wir in Nordrhein-Westfalen keine einzige Chirurgie mit nur einem Facharzt oder zwei Fachärzten haben. Ich kann Ihnen ein Beispiel einer internistischen Abteilung in einer kleinen Kreisstadt im Westfälischen nennen. Diese Abteilung für Innere Medizin hat 80 Betten. Im Jahr werden dort 3.500 Patienten behandelt. Der überwiegende Anteil kommt aus der allgemeinen inneren Medizin, ein erheblicher Anteil aber auch aus der Kardiologie, der Gastroenterologie, der Pneumologie und der Onkologie. Bei eingehenden Strukturvorgaben ist zu befürchten, dass dieses Krankenhaus im ländlichen Raum von einem Großteil der Versorgung abgeschnitten wird – und nicht nur dieses Krankenhaus, womit man ja vielleicht noch leben könnte, sondern auch die Patienten vor Ort, die ganz andere Wege auf sich nehmen müssen, um einer speziellen Versorgung zugeführt werden zu können. Diese Gefahr sehen wir mit diesem Krankenhausplan oder diesen Rahmenvorgaben als sehr gegeben an.

Dr. Mehmet Toker (LWL-Universitätsklinik Hamm – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik): Sie haben an einen wichtigen Punkt gerührt. Ich könnte jetzt anfangen, zu sprudeln und über alle möglichen Dinge zu sprechen, will Sie aber nicht überstrapazieren. Es ist natürlich richtig, ambulante Angebote auszuweiten. Das können wir immer nur befürworten. Schließlich bedeutet jeder Krankenhausaufenthalt Stress für alle Beteiligten. Zu Hause fühlt man sich immer noch am wohlsten. Zu Hause müssen auch die Probleme gelöst werden – sowohl in Bezug auf das, was vor dem Krankenhausaufenthalt geschehen ist, als auch bezüglich dessen, was nach dem Krankenhausaufenthalt geschehen sollte. Ich denke hier sowohl an den somatischen Bereich und die Pflege, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgen muss, als auch an das, was bei uns im kinderpsychiatrischen Bereich erforderlich ist. Wir müssen natürlich die Familiensysteme und die anderen Systeme stützen, damit es nicht zu erneuten Krankenhausaufenthalten kommt. Nur so können wir eine Drehtürpsychiatrie vermeiden.

Herr Schwarze hat eben vom Schwarzen Peter gesprochen. Ich will jetzt nicht dem ambulanten Sektor den Schwarzen Peter geben und den Niedergelassenen alles alleine überantworten. Das Krankenhaus muss sich in einer Ganzheitlichkeit verstehen – sowohl mit Blick auf das Vorfeld, um möglicherweise sogar einen stationären Aufenthalt zu vermeiden, als auch mit Blick auf die spätere Zeit, um eine möglichst zügige Entlassung zu erreichen und eine Wiederaufnahme zu verhindern. So muss ein Krankenhaus in der Planung angelegt sein, damit man dem gerecht wird. Sonst haben wir am Schluss immer wieder Betten, die belegt werden und belegt werden, und berücksichtigen nicht den Kontext des Einzelnen, der dann eine bestimmte Gesundheitskarriere macht.

In der Gesellschaft stellen wir heute überall fest: Familien haben ganz große Probleme klarzukommen. Alleinerziehende Elternteile haben es sehr schwer, mit ihren Kindern zurechtzukommen. Die Jugendhilfe ist aufgrund der vielfältigen Aufgaben oft überfordert oder kommt dem Bedarf nicht mehr nach. In den Familien spitzt es sich irgendwann so sehr zu, dass irgendjemand Symptomträger wird. Dann kommt die Psychiatrie plötzlich als der Notnagel ins Spiel.

Vor diesem Hintergrund wäre es unbedingt notwendig, zu schauen: Wie können wir den ambulanten Sektor – nicht nur den Bereich der niedergelassenen Kinderpsychiater, sondern auch den kinderpsychotherapeutischen Bereich – stützen? Rigide Zulassungsbegrenzungen usw. führen dazu, dass wir dem Problem gar nicht nahekommen können. Im Grunde müsste man eine Ausweitung dahin gehend vornehmen, dass Psychotherapeuten sowohl schon im Vorfeld als auch im Nachhinein tätig werden können. Dafür müssten wir aber genügend Psychotherapeuten haben. Bei Wartezeiten von bis zu einem Jahr auf einen Termin spitzen sich die Dinge einfach zu. – Diese Themen betreffen zwar nicht unmittelbar die Krankenhausplanung. Man muss aber das Gesamte berücksichtigen.

Zum Schluss möchte ich noch etwas zu einem anderen Steckenpferd von mir sagen, nämlich zur interkulturellen Öffnung der Krankenhäuser. Zwar ist dieser Punkt an einer Stelle in Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrien erwähnt worden. Im Grunde genommen betrifft er aber auch alle anderen Bereiche. Ein Patient hat das Recht, seinen Arzt zu verstehen – bei der Medikamentenaufklärung, bei der Aufklärung, woher das Krankheitsbild kommt, und bei dem Gespräch darüber, wie es mit ihm weitergehen soll. Es ist auch günstig, wenn man die Familie des Patienten als Ressource begreift und ebenfalls in die Behandlungsplanung aufnimmt. Das betrifft sowohl die Somatik als auch die Psychiatrie im Allgemeinen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Speziellen. Um zusammen mit den Angehörigen ganzheitliche Konzepte zu entwickeln, muss man eine bestimmte interkulturelle Öffnung haben.

Diese interkulturelle Öffnung ist beim KTQ-Verfahren inzwischen auch ein verbindliches Qualitätsmerkmal geworden. Das kann man natürlich noch erweitern. An diesem Punkt muss man auch ansetzen. Es sollte einem immer bewusst sein, dass solche Menschen – allein aufgrund manchmal mangelnder Ressourcen in anderen Bereichen – auch einen größeren Personal- und Intensitätsbedarf haben, sodass man mehr mit ihnen arbeiten muss und sich an bestimmte Taktungen insoweit nicht halten kann. Krankenhäuser müssen sich also auch in diesem Bereich richtig aufstellen. In-

zwischen haben 20 % der Menschen einen Zuwanderungshintergrund. Mit dieser Größe muss man rechnen. Wir haben auch sehr viele Kinder mit Zuwanderungshintergrund. Das ist in der Pädiatrie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sicherlich von Bedeutung. – Ich hoffe, dass ich ein bisschen verdeutlichen konnte, welche Themen insgesamt von Ihren Fragen berührt werden.

Dr. Klaus Goedereis (St.-Franziskus-Stiftung): Frau Schneider, wenn ich Ihre Frage richtig verstanden habe, geht es Ihnen um die Möglichkeiten einer Krankenhaus- oder auch trägerübergreifenden Kooperation mit Reflex in der Krankenhausplanung und im Kartellrecht. Ich bin kein Jurist und erst recht kein Kartellrechtler, glaube unter Vorbehalt aber, dass das die §§ 39 und 19 GWB betreffen könnte, nämlich zum einen die Frage der Schwellenwerte und zum anderen die Frage der marktbeherrschenden Stellung.

Sicherlich müsste zunächst einmal juristisch geklärt werden, ob beispielsweise für einzelne Versorgungsgebiete in der Grundversorgung oder der Spezialversorgung krankenhauses- und/oder trägerübergreifend das Kartellrecht Relevanz hat oder ob das nur beim Gesamtzusammenschluss von Unternehmen der Fall ist. Im Übrigen könnte das beispielsweise auch bei der Frage von verpflichtenden Kooperationsvereinbarungen in der Geriatrie der Fall sein. Dazu kann ich jetzt aber nicht abschließend Stellung nehmen.

Lassen Sie mich nach einer ersten Einschätzung drei kurze Fälle darstellen.

Fall A: zwei Krankenhäuser; keine Verbundstruktur, also trägerübergreifend; kein Krankenhaus unterliegt der Zusammenschlusskontrolle nach § 39 GWB. Ich vermute, dass es in diesem Fall unproblematisch ist.

Fall B: zwei Krankenhäuser; Verbundstruktur vorhanden, also ein Gesamtgesellschaftler, aber krankenhausesrechtlich – zwischen diesen Ebenen muss man unterscheiden – zwei unterschiedliche Träger. Wenn es schon bei der nicht vorhandenen Verbundstruktur keine kartellrechtlichen Probleme gab, dürfte es eigentlich auch bei der trägerübergreifenden krankenhausesplanerischen Abstimmung innerhalb einer Gesamtstruktur keine Probleme geben.

Fall C: zwei Krankenhäuser; keine Verbundstruktur, also trägerübergreifend; mindestens einer der Verbundpartner unterliegt der Zusammenschlusskontrolle. Dann könnte es in der Tat schwierig werden, und zwar insbesondere dann, wenn die Kooperation über einzelne kleinere Versorgungsgebiete hinausgeht.

Sie sprechen damit den Zielkonflikt an, im Rahmen der Wettbewerbskontrolle auf der einen Seite Wettbewerb zu erhalten und auf der anderen Seite in bestimmten Regionen auch die Versorgung sicherzustellen. Es ist schon verschiedentlich versucht worden, das gerichtlich zu klären. Was ich gerade gesagt habe, ist wirklich nur eine allererste Einschätzung.

Dr. Stefan Loos (IGES Institut): Herr Burkert hat gefragt, welche Kontrollmöglichkeiten bestehen. Wir haben in unserem Gutachten verschiedene Ansätze dargestellt. Sie basieren zum einen auf der Krankenhausplanung anderer Bundesländer und

zum anderen auf der Kontrolle der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zum Teil wird die Prüf- und Kontrollfunktion durch die Länder selbst wahrgenommen. Bei den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht das Verfahren folgendermaßen aus: Zum einen müssen die Einrichtungen die Erfüllung dieser Kriterien den Krankenkassen im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen nachweisen. Zum anderen sind die Einrichtungen verpflichtet, die entsprechenden Unterlagen, die die Erfüllung dieser Kriterien belegen, dem Medizinischen Dienst im Rahmen von Strukturprüfungen zur Verfügung zu stellen.

Außerdem hat Herr Burkert eine Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit in der Frührehabilitation gestellt. Wir haben eben schon mehrfach die Versorgung in Stroke Units angesprochen. Nachdem die Schlaganfallpatienten im Akutfall dort versorgt worden sind, kommt – vor allem bei schwerstbetroffenen Patienten – die Frührehabilitation. Wir haben uns einmal angeschaut, ob die Versorgung in der neurologischen Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen momentan bedarfsgerecht ist. Dazu haben wir unterschiedliche Untersuchungen durchgeführt.

Erstens. Der einfachere Weg war, das Versorgungsniveau in Nordrhein-Westfalen mit dem Versorgungsniveau in anderen Bundesländern zu vergleichen. Betrachtet haben wir dabei zum einen die Anzahl der für dieses Versorgungsgebiet aufgestellten und geplanten Betten und zum anderen die Anzahl der Patienten, die in den einzelnen Bundesländern die Leistungen der neurologischen Frührehabilitation in Anspruch nehmen. Diese Auswertung hat in der Tat gezeigt, dass das Land Nordrhein-Westfalen im Ländervergleich den letzten Platz einnimmt. Das heißt: Zum einen hält es mit Abstand die wenigsten Betten für diesen Versorgungsbereich vor. Zum anderen nehmen bezogen auf die Bevölkerungszahl die wenigsten Patienten diese Leistung in Anspruch.

Zweitens. Da die Situation in anderen Ländern kein absoluter Maßstab sein muss, haben wir ergänzend untersucht, wie viele Patienten es gibt, die sich in einer neurologischen Akutsituation befinden. Dafür sind wir von der Zahl der Patienten mit neurologischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen ausgegangen und haben bestimmte Schätzungen angestellt, wie viele davon schwerstbetroffen und somit grundsätzlich für eine neurologische Frührehabilitation geeignet sind. Bei dieser Bedarfsschätzung nach der Hill-Burton-Formel – dieses Verfahren wird auch im Rahmen der Krankenhausplanung angewendet – sind wir ebenfalls zu dem Ergebnis gekommen, dass in Nordrhein-Westfalen rechnerisch eine deutliche Versorgungslücke besteht, und zwar sowohl bei der Struktur der aufgestellten Betten als auch bei der Inanspruchnahme.

Drittens. In geringerem Umfang haben wir auch Interviews durchgeführt. Dabei ging es vor allem darum, Akutneurologen die Frage zu stellen, inwieweit sie ein Problem sehen, akut schwerstbetroffene Patienten in weitergehende Einrichtungen zu vermitteln. Von ihnen wurde uns ebenfalls mitgeteilt, dass es in Nordrhein-Westfalen einen Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten für diesen Versorgungsbereich gibt.

Was kann man tun? Als wir unseren Vergleich zwischen den Bundesländern durchgeführt haben, haben wir uns natürlich auch die Krankenhauspläne der anderen Bundesländer angeschaut. Dabei haben wir festgestellt, dass die überwiegende

Mehrzahl der Bundesländer die neurologische Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung ausdrücklich berücksichtigt und standortbezogenen Betten dafür ausweist. Das ist in den letzten Jahren auch in verstärktem Maße geschehen. Eine ganze Reihe von Bundesländern hat die Kapazitäten in diesem Bereich also deutlich ausgebaut.

Damit ist die Frage, was man in Nordrhein-Westfalen tun kann, um diese offensichtliche Unterversorgung zu beheben, auch schon – zumindest ansatzweise – beantwortet. Man kann hier nämlich die Mittel der Krankenhausplanung anwenden und entsprechende Kapazitäten ausweisen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Herr Fritz, es hat sich so ergeben, dass Sie als Vertreter der Krankenkassen das letzte Wort haben.

(Zuruf: Oh, oh!)

– Diese Reaktion habe ich befürchtet. Lassen Sie sich davon aber nicht beeindrucken, Herr Fritz.

Thomas Fritz (AOK NordWest): Die Frage lautete: Wer bestimmt die Leistung in den Krankenhäusern? – Die Leistung wird durch den Feststellungsbescheid bestimmt. Daraus ergibt sich der Versorgungsauftrag, und daraus müssen eigentlich die Leistungen abgeleitet werden können. Grundlage des Feststellungsbescheides und des Versorgungsauftrages ist die Krankenhausplanung. Im Feststellungsbescheid muss klar ausgeführt werden, welche Fachdisziplinen vorgehalten werden. Das kann man natürlich nicht auf die einzelne Leistung herunterbrechen. Aus der Fachdisziplin muss das aber hervorgehen. Da liegt auch der Knackpunkt. Deswegen plädieren wir für klare und verbindliche Strukturkriterien; denn nur dadurch kann man auch nach dem Wegfall der Teilgebieteplanung herausfinden: Welches Krankenhaus kann und soll Leistungen der Kardiologie oder der Gefäßchirurgie erbringen? Es kann ja nicht sein, dass diese Leistungen in jedem Krankenhaus erbracht und bezahlt werden.

Lassen Sie mich dazu drei Beispiele nennen. Das Anführen von Einzelbeispielen finde ich zwar nicht wirklich gut. Viele meiner Vorredner haben aber auch Einzelbeispiele genannt. Damit versucht man zum Teil, die Befürchtung zu erzeugen, es gäbe einen gewissen Kahlschlag. Ich glaube aber, dass es diesen Kahlschlag nicht geben wird und auch gar nicht geben kann, weil er überhaupt keinen Sinn macht. Damit würde man nämlich Versorgungsstrukturen zerstören. Darum geht es aber gar nicht. Wir kennen allerdings Fälle, in denen eine Konzentration durchaus sinnvoll ist.

Erstens. Wenn Krankenhäuser geriatrische Leistungen erbringen wollen, müssen sie nach dem DRG-Recht bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Sie beschäftigen dann 13 Stunden einen niedergelassenen Arzt. Ich will überhaupt nichts gegen diesen niedergelassenen Arzt sagen. 13 Stunden reichen aber nicht aus, um diese Leistungen dauerhaft, also 24 Stunden am Tag, in einer hohen Qualität sicherzustellen.

Zweitens. Bei kardiologischen Leistungen wird das Ganze vielleicht ein bisschen schwieriger. Stellen Sie sich bitte folgendes Szenario vor: Ein Krankenhaus schafft

sich einen Linksherzkathetermessplatz an und führt dort gewisse Interventionen durch, bei denen natürlich auch Komplikationen auftreten können. In seiner Stadt gibt es zwei kardiologische Hauptabteilungen, die rund um die Uhr besetzt sind. Diese beiden Krankenhausträger haben investiert und halten die volle Infrastruktur vor. Sie sind selbstverständlich dankbar für jeden kardiologischen Fall. Wenn ein drittes Krankenhaus dann einen niedergelassenen Arzt dazu bewegt, in dieser Stadt eine Zweitpraxis aufzumachen und dort im Krankenhaus LHKM-Untersuchungen durchzuführen, ist das nicht wirklich glücklich. Es entspricht auch nicht dem erforderlichen Qualitätsstandard.

Drittens. Bei einer unserer Versicherten ist kürzlich bei einer Knieendoprothetik leider eine Komplikation eingetreten, und zwar in einem Krankenhaus, das nicht dafür ausgerichtet ist, Knieendoprothetik zu implantieren. Das führte zu einer Verweildauer von 142 Tagen. Die Dame musste in ein Krankenhaus verlegt werden, in dem diese Leistung routinemäßig durchgeführt wird. Jetzt muss die Komplikation dort behoben werden.

Um solche Fälle geht es. Wir müssen uns in Bezug auf alle diese Fälle nun einmal entscheiden, welches Krankenhaus die jeweiligen Leistungen erbringen soll. Wenn Krankenhäuser gewisse Strukturkriterien erfüllen, gibt es auch gar keine Probleme, diese Leistungen zu vereinbaren. Solche Auswüchse, wie ich sie geschildert habe, muss man aber vermeiden; denn es kann auch nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten sein, wenn entsprechende Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Sind die Fragen der Abgeordnete jetzt hinreichend beantwortet? Oder gibt es noch Nachfragebedarf?

Oskar Burkert (CDU): Zu den Ausführungen von Herrn Fritz würde ich gerne eine Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft hören.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir machen natürlich kein dialogisches Verfahren. Ich will jedem eingeladenen Sachverständigen aber die Möglichkeit einräumen, zum Schluss der Anhörung dem Ausschuss noch eine ganz wichtige Mitteilung mitzugeben. Schließlich ist – das habe ich schon am Anfang erläutert – die Beratung dieses Krankenhausplans nicht normales, sondern außergewöhnliches Geschäft. Daher würde ich diese Möglichkeit gerne einräumen, und zwar nicht als Reaktion auf den Wunsch nach einer dialogischen Veranstaltung, sondern im Hinblick auf mögliche Änderungen. Sie kennen den gesetzlichen Rahmen. Er ist hier hinreichend beschrieben worden. Die Rechte des Ausschusses sind Ihnen ebenfalls bekannt. – Bitte schön, Herr Brink.

Jochen Brink (KGNW – Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Wir möchten den Ausschuss respektive das Ministerium um Klarstellung in den folgenden Punkten bitten, die uns sehr wichtig sind – ich habe das jetzt so formuliert, wie wir uns die Klarstellung wünschen; empfinden Sie das bitte nicht als autokratisch –:

Erstens. Die Festlegung des Versorgungsauftrags liegt in der Letztverantwortung beim Land und muss vor der Budgetverhandlung eines Krankenhauses klar definiert sein. Gerade die Ausführungen von Herrn Fritz zeigen, welcher Klärungsbedarf entsteht, wenn es nicht so ist.

Zweitens. Verbindliche Qualitätskriterien im Krankenhausplan setzen voraus, dass diese evidenzbasiert gemäß der Methodik im Gemeinsamen Bundesausschuss sind und die Folgen vorab analysiert wurden. Die Formulierungen im Entwurf stellen unseres Erachtens keine abschließenden und harten Kriterien der Krankenhausplanung dar, sondern sollten Orientierungscharakter haben.

Drittens. Insbesondere die Empfehlungen der DIVI zu Größe und Personalausstattung von Intensivpflegeeinheiten werden nicht als verbindliche Kriterien in den Krankenhausplan übernommen. Die Betonung liegt auf „verbindliche Kriterien“.

Viertens. In den besonderen Versorgungsbereichen, beispielsweise in der Unfallchirurgie, muss ein Krankenhaus nicht zwingend das komplette Spektrum vorhalten, um Leistungen anbieten zu können. Wenn es vernünftige Kooperation im Sinne dessen gibt, was Herr Dr. Goedereis ausgeführt hat, sollte das hinreichend sein, um diese besonderen Versorgungsangebote darstellen zu können. Wie wichtig das unter anderem für die kleinen Krankenhäuser ist, wurde ausgeführt.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Damit sind wir am Ende der Anhörung angekommen.

Sehr geehrte Sachverständige, ich danke Ihnen im Namen des Ausschusses dafür, dass Sie uns heute sehr intensiv zur Verfügung gestanden haben.

Das Protokoll dieser Anhörung wird in ca. zehn Tagen vorliegen. Dann wird es auch auf der Internetseite des Landtags verfügbar sein.

Der Ausschuss wird am 10. April 2013 die Auswertung der Anhörung vornehmen und – vorbehaltlich der Zustimmung der Mehrheit des Ausschusses und der Absprache im Ausschuss – seine Anhörungsrechte nach § 13 Abs. 2 Krankenhausgestaltungsgesetz am 8. Mai 2013 dieses Jahres zum Abschluss bringen.

Ich möchte es nicht versäumen, zum Schluss dieser Sitzung Frau Allgeier, der wissenschaftlichen Referentin der FDP-Fraktion, die heute zum letzten Mal dienstlich an einer Sitzung unseres Ausschusses teilnimmt, im Namen des gesamten Ausschusses zu danken. Wir kennen uns schon aus der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Das liegt bereits einige Jahre zurück. Herzlichen Dank für die gute und angenehme Zusammenarbeit!

(Beifall)

Ich wünsche den angereisten Sachverständigen eine unfallfreie Heimfahrt. – Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

18.03.2013/19.03.2013

160