



Neudruck

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

10. Sitzung (öffentlich)

10. Januar 2018

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 16:50 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkte:

- 1 Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land
Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I** **3**

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/1046

– Anhörung von Sachverständigen (*siehe Anlage*)

- 2 Anhörung am 7. März 2018 um 10:30 Uhr** **55**

1 **Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I**

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/1046

– Anhörung von Sachverständigen (*siehe Anlage*)

Vorsitzende Heike Gebhard: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle herzlich und wünsche Ihnen zunächst einmal ein frohes, gesundes und erfolgreiches Jahr 2018. Neben den Mitgliedern des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Landesregierung darf ich vor allen Dingen unsere wichtigen Gäste, die Sachverständigen, begrüßen, aber auch die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Medienvertreter, die sonstigen Gäste und den Mitarbeiter des Sitzungsdokumentarischen Dienstes, der heute Schwerstarbeit zu leisten hat.

Wegen der Vielzahl der Teilnehmenden tagen wir als Ausschuss diesmal nicht in unserem üblichen Sitzungssaal, sondern im Plenarsaal.

Das ist aber nicht die einzige Besonderheit. Alle miteinander sind wir es gewohnt, Anhörungen zu Anträgen oder Gesetzentwürfen durchzuführen. Diesmal beraten wir einen Teil eines Artikelgesetzes, nämlich fünf verschiedene Artikel. Das heißt, dass es um fünf verschiedene Gesetze geht. Wir haben uns erlaubt, das Ganze ein wenig vorzustrukturieren, und vorgesehen, dass wir erstens die Art. 10 und 11, zweitens die Art. 12 und 13 und drittens den Art. 14 jeweils im Block beraten wollen.

Federführend für das gesamte Artikelgesetz ist der Ausschuss für Wirtschaft, Energie und Landesplanung. Als Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sind wir nur mitberatend. Wegen der Verschiedenartigkeit der Gesetze macht es jedoch Sinn, für die Teile, die inhaltlich in die Zuständigkeit unseres Ausschusses fallen, eine gesonderte Anhörung durchzuführen. Darauf haben wir uns im Parlament auch verständigt. Deshalb haben wir diese Artikel nicht schon am 18. Dezember 2017 mit behandelt, sondern befassen uns heute mit ihnen.

Allerdings haben wir natürlich die Pflicht, den zeitlichen Rahmen einzuhalten. Darum findet diese Anhörung direkt zu Beginn des neuen Jahres statt. Wir hoffen, dass das Protokoll der Anhörung kurzfristig vorliegen wird. Es steht dann nicht nur dem Ausschuss zur Verfügung; auch Sie als Anzuhörende und alle Interessierten haben die Möglichkeit, es im Internetangebot des Landtags nachzulesen. Das Ziel unseres Ausschusses ist es, bis März dieses Jahres ein Votum an den federführenden Ausschuss abzugeben.

Sehr geehrte Sachverständige, in diesem Zusammenhang darf ich Ihnen herzlich dafür danken, dass es Ihnen gelungen ist, uns Ihre schriftlichen Stellungnahmen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass heute noch eine Ergänzung zu der Stellungnahme 17/242 des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste eingereicht wurde. Ich bitte Sie, diese ergänzende Stellungnahme 17/274 zu beachten.

Wegen des großen Umfangs haben wir vereinbart, darauf zu verzichten, zunächst von allen Expertinnen und Experten Eingangsstatemente zu hören. Sie dürfen davon ausgehen, sehr geehrte Sachverständige, dass die Damen und Herren Abgeordneten Ihre schriftlichen Stellungnahmen alle gelesen haben. Insofern werden die Abgeordneten direkt ihre entsprechenden Fragen an Sie richten. Nachdem alle Fraktionen zu Wort gekommen sind, erhalten Sie dann Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme.

Ich eröffne die erste Fragerunde zu Art. 10, Änderung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen, und Art. 11, Änderung der Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen.

Susanne Schneider (FDP): Sehr geehrte Sachverständige, ich heiße Sie auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion herzlich willkommen und danke Ihnen für Ihre zahlreichen Stellungnahmen, die Sie uns im Vorfeld haben zukommen lassen.

Meine erste Frage zum § 2 des APG richtet sich an die Vertreter der Wohlfahrtspflege, des bpa und der Pflegekassen. Inwiefern werden aus Ihrer Sicht durch die vorgesehene Änderung das Wahlrecht der Pflegebedürftigen und ein vielfältiges Wohn- und Betreuungsangebot gestärkt?

Meine zweite Frage zum § 22 des APG möchte ich an die Vertreter des bpa, der Wohlfahrtspflege und der Alloheim Senioren-Residenzen stellen. Zu welchen Problemen für Ihre Einrichtungen führen die Regelungen zum Bestandsschutz für Mieteinrichtungen, welche Finanzierungslücke würde bei einer ab 2021 vorgegebenen Vergleichsberechnung entstehen, wie wirken sich Mietanpassungen bei indizierten Mietverträgen aus, und wie gestalten sich die durchschnittlichen Restlaufzeiten bestehender Mietverträge?

Peter Preuß (CDU): Meine sehr verehrten Damen und Herren, die CDU-Fraktion dankt Ihnen ebenfalls herzlich für Ihre Teilnahme und für die Stellungnahmen, die Sie schriftlich abgegeben haben.

Meine erste Frage richtet sich an die Vertreter des bpa. Sie betrifft die Mietmodelle von Pflegeeinrichtungen und ist eine ähnliche Frage, wie Frau Kollegin Schneider sie schon gestellt hat. Welche Auswirkungen hat der bis zum Jahr 2020 befristete Bestandsschutz für die Einrichtungen im Hinblick auf anerkannte Mietverträge?

An Herrn Nauen habe ich die gleiche Frage. Stellen Sie, wenn das möglich ist, bitte dar, welche Auswirkungen es in finanzieller Hinsicht für die Pflegeeinrichtungen hat, wenn der Bestandsschutz nur bis 2020 befristet ist.

Herr Nauen, wie beurteilen Sie die Abschreibungszeiten von 50 Jahren und 25 Jahren? Was wäre eine angemessene Abschreibungszeit?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Auch die Grünenfraktion bedankt sich herzlich dafür, dass Sie so zahlreich erschienen sind und so viele fachkundige Stellungnahmen abgegeben haben.

Ich möchte direkt mit dem Art. 10 beginnen. Dort geht es ja zum Teil darum, jetzt den Gleichrang zwischen ambulant und stationär herzustellen. Dazu gibt es sehr unterschiedliche Stellungnahmen – die gesamte Bandbreite von vollständiger Ablehnung bis hin zur Aussage, dies sei zu begrüßen. Der Sachverständige Klie ist heute nicht anwesend. Weil er auch Gutachter der Bundesregierung ist und in seinen schriftlichen Ausführungen insbesondere auf den Siebten Altenbericht der Bundesregierung rekurriert, will ich hier einige Punkte aus seiner Stellungnahme ansprechen, die ganz spannend sind. Die entsprechende Frage würde ich gerne an die Sozialverbände stellen, aber ausdrücklich auch an die Krankenkassen bzw. Pflegekassen, die sich in ihrer Stellungnahme ja explizit dazu geäußert haben. Außerdem bitte ich die betroffenen Verbände – Landesseniorenvertretung, Sozialverband Deutschland und VdK – um eine Antwort dazu.

Hier soll die Wahlfreiheit hergestellt werden. In einer Studie, die heute vorgelegt worden ist, wird allerdings festgestellt, dass zwei Drittel der Pflegebedürftigen ohnehin zu Hause gepflegt werden, und zwar die allermeisten von pflegenden Angehörigen. Deswegen steht auch im Raum, dass die allermeisten Pflegeversicherten etwas völlig anderes wünschen als das, was zumindest in der Stellungnahme der Pflegekassen genannt wurde. Wie erklären Sie sich die Diskrepanz zwischen dem, was Sie aufgeschrieben haben, und dem, was Ihre Versicherten wollen?

Auch was den Versorgungsgrad angeht, gibt es für die Menschen, die dauerhaft in stationären Einrichtungen versorgt werden wollen, einen Anteil von gerade einmal 3 bis 4 % von alternativen Einrichtungen zur vollstationären Pflege. Dabei sind noch gar nicht die ambulanten Versorgungsformen oder die Versorgung zu Hause eingerechnet. Wie können Sie vor diesem Hintergrund von Gleichheit der Auswahl sprechen?

Nach vorne gerichtet, interessiert mich auch, welche gesetzlichen Maßnahmen Sie empfehlen würden, um diese Wahlfreiheit herzustellen, und was nach Ihrer Einschätzung getan werden sollte, um den vielfach geäußerten Wunsch, möglichst wohnortnah – nicht in der gleichen Wohnung wie vorher, aber wohnortnah – versorgt zu werden, erfüllen zu können.

Die Ausführungsverordnung fällt in den nächsten Block, glaube ich. Deshalb belasse ich es erst einmal dabei.

Britta Altenkamp (SPD): Auch ich möchte mich bei den Expertinnen und Experten herzlich für ihre Stellungnahmen bedanken.

Vorweg möchte ich anregen – obwohl es heute nicht aufgerufen wird; hier schließe ich an die von der Vorsitzenden gerade erwähnte Gesamtdiskussion dieses Entfesselungspaketes an –, dass wir in der nächsten Ausschussberatung noch einmal darüber sprechen, inwiefern dieser Ausschuss in Zukunft beteiligt werden soll. Schließlich soll unter anderem § 7 Abs. 5 Satz 2 APG geändert werden. In der Tat sollten wir uns im Ausschuss hinsichtlich unseres Selbstverständnisses einmal fragen, ob wir in Zukunft

weiterhin beteiligt werden wollen oder nicht bzw. die Dinge lediglich zur Kenntnis nehmen wollen. Gerade die heutige Anhörung zeigt doch, wie sinnvoll es ist, dass der Ausschuss sehr wohl auch auf den Sachverstand von Expertinnen und Experten zurückgreift.

In Bezug auf die Art. 10 und 11 geht meine erste Frage, die sich insbesondere an die Sozialverbände richtet, in die gleiche Richtung wie die Frage des Kollegen Mostofizadeh – Stichwort „ambulant vor stationär“. Gerade aus den Kreisen des SoVD und des VdK wird darauf hingewiesen, dass man die vorgeschlagene Regelung für kontraproduktiv hält, was die Umsetzung dieses Grundsatzes betrifft, und erhebliche Bedenken hat, ob damit die Wahlfreiheit sichergestellt werden kann. Andere Expertinnen und Experten äußern sich erheblich anders. Ich bitte insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter der Freien Wohlfahrtspflege und der kommunalen Spitzenverbände, ihre Positionen dazu noch einmal vertieft darzustellen.

Meine zweite Frage lautet: Die kommunalen Spitzenverbände und auch andere Sachverständige führen aus, dass es sich hier um eine Pflichtaufgabe nach Weisung handelt, die in kommunaler Planungshoheit wahrgenommen werden soll. Nun haben wir in den letzten Debatten im Plenum seitens des Ministers gehört, dass er mit der kommunalen Planung und der kommunalen Planungshoheit nicht so glücklich ist. Diejenigen, die die kommunale Planung positiv bewerten, bitte ich, dazu noch einige Hinweise zu geben, die über das hinausgehen, was wir in den vorliegenden schriftlichen Stellungnahmen dazu finden.

Iris Dworeck-Danielowski (AfD): Liebe Sachverständige, vielen Dank dafür, dass Sie heute hier erschienen sind.

Meine ersten beiden Fragen richten sich an alle, die mit der Thematik aus praktischer Sicht zu tun haben. – Erstens. Wie würden Sie insgesamt die Praktikabilität des 2015 neu gefassten APG im Vergleich zum früheren Landespflegegesetz beurteilen?

Zweitens. Sind Sie mit der Vergrößerung des Teilnehmerkreises des Landesausschusses Alter und Pflege zufrieden – schließlich ist er deutlich größer als früher –, und wie beurteilen Sie die jetzige Arbeitsfähigkeit dieses Gremiums im Vergleich zum ehemaligen Landespflegeausschuss?

Mit meinen nächsten beiden Fragen wende ich mich konkret an die Vertreter der Kostenträger, der Landschaftsverbände und der kommunalen Spitzenverbände. – Erstens. Welche Änderungen würden Sie sich über das jetzt von der Regierung vorgeschlagene Ausmaß hinaus in einem künftigen Entfesselungspaket II in dieser Legislaturperiode wünschen?

Zweitens. In Bezug auf die Einzelzimmerregelung gilt eine Fristsetzung bis zum Jahresende. Wenn ich es richtig sehe, können etliche Einrichtungen die Anforderungen bis zum Jahresende noch nicht erfüllen. Gegebenenfalls stehen dann Schließungen bevor. Welche Ideen haben Sie da?

Vorsitzende Heike Gebhard: Vielen Dank. – Nun können wir in die erste Antwortrunde einsteigen. Dazu erhalten die Sachverständigen in der im Tableau ausgewiesenen Reihenfolge das Wort.

Stefan Hahn (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW): Zunächst bedanke ich mich für die Einladung und die Möglichkeit, auch vor diesem Ausschuss zu diesem Teil des Entfesselungspakets – hier zunächst konkret zum APG – Stellung nehmen zu können.

Wir haben in unserer Stellungnahme schon deutlich gemacht, wie die Abgeordnete Altenkamp in ihrer Fragestellung angesprochen hat, dass es sich an dieser Stelle um eine Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung handelt. Dazu haben auch die Landschaftsverbände, die heute nicht hier vertreten sind, als kommunale Verbände Stellung genommen.

Grundsätzlich kann man natürlich immer – ob es wie in diesem Fall um Pflege geht, also um Pflegeverhandlungen und Pflegestandards, oder ob es um Kindergartenbeiträge oder auch um Grundsteuerhöhen geht – die Frage stellen, inwiefern es berechtigt ist, dass aus der kommunalen Selbstverwaltung auch tatsächlich ein Stück weit unterschiedliche Lebensverhältnisse und unterschiedliche Rahmenbedingungen resultieren. Diese Grundsatzfrage kann man immer stellen.

Die kommunale Selbstverwaltung ist allerdings nicht nur formal im Grundgesetz und in der Landesverfassung hinterlegt, sondern hat auch ihren Sinn und ihren Wert. Der Grundsatz der Subsidiarität, wie wir ihn kennen, spiegelt sich darin wider, dass in der örtlichen Gemeinschaft möglichst die Angelegenheiten geregelt werden sollen, die dort geregelt werden können, weil die örtliche Gemeinschaft auch am besten weiß, was sie wie regeln möchte.

Deswegen ist es zunächst einmal erklärungsbedürftig und begründungsbedürftig, wenn man die kommunale Selbstverwaltung einschränkt, zum Beispiel in diesem konkreten Fall dadurch, dass bei der Anwendung des APG Weisungsrechte gegenüber den Landschaftsverbänden entstehen sollen. Wir sehen es sehr kritisch, dass hier eine klassische Selbstverwaltungsaufgabe durch ein Weisungsrecht eingeschränkt wird. Die Aufgabe bekommt dadurch eine andere Qualität. Es ist nicht die gleiche Aufgabe wie bisher. Durch die Änderung von einer pflichtigen Selbstverwaltungsaufgabe zu einer Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung bekommt sie einen anderen Charakter.

Daraus stellen sich zwei Fragen, die dann gegebenenfalls auch verfassungsgerichtlich zu prüfen sind, nämlich zum einen die Frage, ob ein Verstoß gegen den Grundsatz der kommunalen Selbstverwaltung vorliegt, wenn im Gesetz eine Weisungsmöglichkeit postuliert wird, oder ob die Einschränkung der kommunalen Selbstverwaltung durch dieses Weisungsrecht begründbar ist.

Parallel dazu stellt sich zum anderen die Frage, ob es sich bei einer Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung, die bisher so nicht existierte, nicht um eine neue Aufgabe handelt, die übertragen wird – mit der Folge, dass die durch die Wahrnehmung dieser Aufgabe entstehenden Kosten dann auch Konnexitätsfolgen auslösen.

Daher sehen wir diese Regelung gemeinsam mit den Landschaftsverbänden sehr kritisch. Wenn sie so beschlossen werden sollte, ist nicht auszuschließen, dass man darüber möglicherweise noch in einen Konflikt gerät, der dann gegebenenfalls auch gerichtlich ausgetragen werden müsste.

Eine weitere Frage bezog sich auf die Ausweitung des Personenkreises im Landesausschuss Alter und Pflege. Einerseits muss man – das ist trivial – in dem Moment, in dem man ein Gremium erweitert, natürlich schauen, dass die Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt. Andererseits ist die Ausweitung des Gremiums sicherlich politisch gut begründbar, indem man sagt: Gerade bei diesem sensiblen Thema der Pflege möchten wir möglichst alle Akteure, die eine Funktion haben, die mandatiert sind, die Interessengruppen vertreten, gemeinsam in das Gremium einbinden, um für Problemlagen, die immer mal wieder auftreten können, möglichst konsensual Lösungen zu finden. – Das ist eine schwierige Abwägung. Als kommunale Spitzenverbände wissen wir aus der Vergangenheit, dass durch die Größe eines Gremiums und die heterogenen Interessenlagen durchaus Schwierigkeiten entstehen können, wollen aber nicht von vornherein mit dieser Begründung gegen die Ausweitung des Gremiums sprechen.

Außerdem haben Sie nachgefragt, welche Wünsche wir noch an das Entfesselungspaket hätten. Das ist eine sehr offene Fragestellung. Ich glaube nicht, dass die heute zur Verfügung stehende Zeit ausreicht, um hier sämtliche Wünsche der kommunalen Spitzenverbände aus den vergangenen Jahren vorzutragen. Daher möchte ich darum bitten, dass wir in dieser Legislaturperiode auch bei anderer Gelegenheit, also außerhalb der Gesetzgebung zum Entfesselungspaket, immer wieder die Dinge ansprechen dürfen, die aus unserer Sicht regelungsbedürftig oder änderungsbedürftig sind. Es würde sicherlich den Rahmen sprengen, wenn wir hier im Rahmen dieser Diskussion alle noch offenen Wünsche vortragen würden.

Magdalene Sonnenschein (Landesseniorenvertretung NRW): Zu den allgemeinen Fragestellungen der Abgeordneten habe ich nicht wirklich viel zu sagen. Da sind andere besser aufgestellt, denke ich.

Christof Beckmann (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste [bpa]): Ich bedanke mich herzlich dafür, dass wir die Möglichkeit haben, hier Stellung zu beziehen, und möchte Ihre Fragen als Landesvorsitzender des bpa wie folgt beantworten:

Sehr wohl setzen wir uns auch als bpa schon lange für die Gleichrangigkeit der Angebote ein. Insofern begrüßen wir ausdrücklich diese Regelung, die jetzt vorgesehen ist; denn man kann ein Angebot, das man sich wünscht, nicht dadurch besonders befördern, dass man ein anderes Angebot restriktiv behandelt. Meines Erachtens sollen die Menschen so frei wie möglich entscheiden. Das funktioniert selbstverständlich dann am besten, wenn sie auch die freie Wahl haben.

Als bpa fordern wir, dass der Bestandsschutz auf die Laufzeit der bestehenden Mieteinrichtungen verlängert wird. Der bisher vorhandene Schutz bis 2020 ist doch nur sehr kurz. Er ergibt sich ja auch im Wesentlichen daraus, dass es schwierig ist, dieses bürokratische Gesetz in Gänze umzusetzen.

Sie müssen sich einmal vor Augen führen, dass wir in Nordrhein-Westfalen zurzeit 1.000 Einrichtungen mit Mietverträgen haben. Daran wird die Größe des Problems deutlich. Es geht hier nicht um ein Einzelunternehmen oder eine kleine Gruppe, sondern um ca. 1.000 Einrichtungen. Davon sind immerhin 400 Einrichtungen bei der Wohlfahrt angesiedelt. Von den 600 Einrichtungen in privater Hand vertritt der bpa etwa 500.

Uns alle eint, dass nach Ablauf des Bestandsschutzes im Jahr 2020 die Mietvergleichsberechnung, wie sie derzeit im APG vorgesehen ist oder nach APG-DVO existiert, einen Absturz der Investitionskosten um 20 bis 30 % mit sich bringt, und zwar für den überwiegenden Teil dieser 1.000 Einrichtungen. Eine entsprechende Berechnung haben wir Ihnen heute noch als Nachtrag zu unserer schriftlichen Stellungnahme mitgebracht. Darin haben wir für zehn existierende Einrichtungen beispielhaft ermittelt, mit welchen Beträgen in Zukunft zu rechnen ist.

Die Mietverträge, die vor 2014, also vor Inkrafttreten des neuen APG und der entsprechenden APG-DVO, geschlossen worden sind, haben im Allgemeinen Laufzeiten von 20 bis 30 Jahren. Diese Laufzeiten sehen wir auch in etwa bei der Abschreibung als angemessen an. Im Jahr 2003 sind sie vom Gesetzgeber auch im Zusammenhang mit der gesonderten Berechnungsverordnung in der Gesetzesbegründung als realistische Abschreibungswerte vorgetragen worden.

Wenn die Investkosten um 20 bis 30 % gekürzt werden, werden die Träger natürlich nicht mehr in der Lage sein, ihren mietvertraglichen Verpflichtungen nachzukommen. Die letzten Mietverträge sind, wie ich gerade erwähnt habe, im Jahr 2013 abgeschlossen worden, haben dann also noch eine hohe Restlaufzeit. Als Folge einer solchen Kürzung werden diese Mieten und Pachten nicht mehr bezahlt werden können. Hier geht es auch nicht nur um eine kurze Überbrückungszeit, sondern schon um eine Menge an Restlaufjahren.

Man kann sich relativ einfach vorstellen, was in der Konsequenz passieren wird, wenn ein Träger seine Miete nicht mehr bezahlen kann. Zwar wurde uns damals bei Verabschiedung des Gesetzes immer wieder erklärt, wir hätten nun fünf Jahre Zeit, um mit unseren Investoren zu sprechen; dann würden sie schon akzeptieren, dass sie in Zukunft weniger Miete erhalten würden. Tatsächlich liegen aber bereits erste OLG-Urteile dahin gehend vor, dass diese Pachten ungeachtet der Veränderungen der gesetzlichen Regelungen weiterhin zu bezahlen sind.

Das bedeutet natürlich einen enormen Einfluss – wie gesagt, sind 1.000 Einrichtungen hiervon betroffen – auf die Infrastruktur der stationären Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Zum einen gilt das für die bestehenden Einrichtungen. Zum anderen werden aufgrund des großen Vertrauensverlustes, der dadurch entstanden ist, auch Investitionen in Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen, und zwar nicht nur in stationäre Einrichtungen, sondern in alle Wohnformen und Versorgungsformen, bei denen es um öffentliche Förderung geht, sehr stark stagnieren. Wir merken das schon daran, dass inzwischen nur noch wenige neue Einrichtungen errichtet werden, weil bei potenziellen Investoren eine riesige Verunsicherung entstanden ist.

Einfach nur zuzusehen, wie diese wirtschaftlichen Probleme entstehen, und sich vielleicht später Gedanken darüber zu machen, ob man die Einrichtungen retten sollte, halte ich für fatal. Deshalb sind wir der Auffassung, dass man jetzt den Bestandsschutz der bestehenden Mieteinrichtungen bis zum jeweiligen Ende der individuellen Laufzeiten verlängern muss.

In diesem Zusammenhang darf ich auch anführen, dass es seinerzeit im Entwurf der APG-DVO bereits eine Regelung für einen Bestandsschutz gegeben hat, der für die Laufzeit der Verträge vorgesehen war. Letzten Endes kam dann Misstrauen ins Spiel, und man hat gesagt: Nein, in diesem Fall würden ja die Laufzeiten in allen Verträgen im Nachhinein noch geändert werden. – Diese Manipulationsmöglichkeit gibt es heutzutage nicht mehr. Inzwischen liegen alle Miet- und Pachtverträge den Landschaftsverbänden vor. Eine künstliche Verlängerung kann also nicht mehr herbeigeführt werden. Es geht hier ausschließlich darum, die Existenzen zu sichern.

Natürlich besteht die Möglichkeit, im Rahmen eines Einzelantrags bei der Kommune zu beantragen, dass die Pachten weiterhin genehmigt werden. Wie gesagt, handelt es sich aber um 1.000 Einrichtungen. Es geht also nicht um einen Einzelfall. Als Einzelfallregelung wäre diese Regelung sinnvoll. Hier geht es aber um die Masse. Die Landesregierung hat damals diese Masse beschlossen. Deshalb muss es auch in der Masse geregelt werden, und zwar möglichst bald.

Ulrich Pannen (Landesverbände der Pflegekassen in NRW): Ich möchte mich zuerst zu der Frage der Wahlfreiheit und der Gleichheit äußern. Die letzten Jahre unter der alten Landesregierung waren davon geprägt, dass die stationäre Pflege nicht bevorzugt wurde und auch nicht gleichbehandelt wurde, sondern mehr oder weniger benachteiligt wurde. Das muss man klar zur Kenntnis nehmen. Schaut man sich die Investitionskostenregelungen an, die in dieser Zeit erfolgt sind – die Halbierung der Investitionskostenförderung von 4 auf 2 %, was die Abschreibungssätze angeht, und die Begrenzung auf eine Platzzahl von 80 % –, sieht man ganz deutlich, dass stationäre Pflege nicht unbedingt gewünscht war.

Durch die von der alten Landesregierung geschaffenen Regelungen haben wir heute folgende Situation – da berichte ich aus schmerzhafter, leidvoller eigener Erfahrung; Entsprechendes kenne ich auch aus der Nachbarschaft –: Wenn Sie heute einen Kurzzeitpflegeplatz suchen, weil jemand aus dem Krankenhaus entlassen werden soll, der letztendlich in einer stationären Einrichtung betreut werden muss, aber zwischendurch auch irgendwo versorgt werden muss, weil er zu Hause nicht mehr zurechtkommt, telefonieren Sie mehr als zwei Stunden und haben dann immer noch keinen Kurzzeitpflegeplatz. Auf einen stationären Platz müssen Sie inzwischen Wochen und Monate warten.

Damit will ich Folgendes sagen: Die Menschen, die stationäre Pflege benötigen – sie wünschen sich vielleicht eine ambulante Versorgung; das glaube ich auch; es ist aber gar nicht machbar, gar nicht realistisch und oftmals auch für die Familien gar nicht leistbar –, haben heute kaum eine Wahlmöglichkeit; denn sie sind überhaupt nicht in der Lage, zeitnah einen stationären Platz oder auch einen Kurzzeitpflegeplatz zu be-

kommen. An dieser Stelle haben wir nach meiner Einschätzung schon einen beginnenden Notstand. Vor diesem Hintergrund gibt es gar keine Wahlfreiheit. Die Menschen, die sagen: „Ich würde gerne in eine stationäre Einrichtung gehen, weil ich überhaupt keine Alternative dazu habe“, haben aufgrund der Entwicklung, die das Ganze unter den Kautelen der letzten acht bis zehn Jahre genommen hat, im Moment überhaupt nicht die Möglichkeit, frei wählen zu können. Eigentlich haben sie keine Wahl. Schließlich bekommen sie keinen Platz. Dann müssen sie ambulant versorgt werden. Ambulant bestehen aber ebenfalls Engpässe.

Deswegen begrüßen wir es als Landesverbände der Pflegekassen sehr, dass die neue Landesregierung vorschlägt, hier eine Gleichheit einzuziehen; denn damit wird auch ein Paradigma gesetzt. Obwohl die allermeisten Menschen gerne ambulant versorgt werden würden – davon bin ich überzeugt; wenn wir heute hier eine Umfrage durchführen würden, würden über 90 %, vielleicht sogar 99 %, sagen: ich würde gerne zu Hause versorgt werden –, reift doch die Erkenntnis – ich sehe das gerade bei meinem Schwiegervater, der auch immer gesagt hat: tragt mich von zu Hause nur mit den Füßen vorwärts raus –, dass ganz viele Patienten zu Hause nicht versorgt werden können. Dann sagen sie auch selber: Okay, ich sehe ein, dass es zu Hause nicht geht.

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Das sind bis jetzt nur Behauptungen!
Belegen Sie das doch einmal durch etwas!)

– Das ist ganz einfach. Greifen Sie einmal zum Hörer und versuchen, für Angehörige einen Kurzzeitpflegeplatz zu finden. Das ist wirklich ganz einfach. Fragen Sie einmal bei den Krankenhaus-Sozialdiensten nach, wie viele Stunden sie telefonieren müssen, um einen Kurzzeitpflegeplatz für jemanden zu finden, der vom Krankenhaus in die ...

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Sie sagen, man könne Menschen nicht zu Hause pflegen! Das ist Ihre Aussage!)

Vorsitzende Heike Gebhard: Lieber Kollege Mostofizadeh, wir machen hier keine Zwiegespräche. Wir sollten Herrn Pannen jetzt zu Ende ausführen lassen. Nach der Antwortrunde gibt es dann die Möglichkeit, nachzufragen.

Ulrich Pannen (Landesverbände der Pflegekassen in NRW): Ich gehe aber gerne darauf ein. Bei 90-jährigen Menschen, die gefallen sind, gehunfähig sind und bettlägerig sind, liegt auf der Hand, dass eine Versorgung zu Hause, wo Treppen bewältigt werden müssen, nur unter äußerst erschwerten Bedingungen erfolgen kann – und auch nur dann, wenn ständig jemand anwesend ist. Wenn die Angehörigen berufstätig sind, geht das gar nicht.

Frau Altenkamp, außerdem möchte ich auf Ihre Frage zu dem Einvernehmen eingehen. Der neue § 21 Abs. 2 APG sieht ja eine Anhörung vor, die durchaus ähnlich abgewickelt werden könnte. Daher ist das meines Erachtens nur eine Frage der praktischen Ausgestaltung, aber nicht eine Frage der Normierung. Ich glaube schon, dass der § 21 Abs. 2 APG ...

(Britta Altenkamp [SPD]: Diese Frage hatte ich aber auch nicht Ihnen gestellt, sondern den Kollegen!)

– Dann übergehe ich das.

Der nächste Punkt betrifft die Praktikabilität des neuen Gesetzes. Ich kann mich daran erinnern, dass wir eine ähnliche Situation schon vor einigen Jahren hatten, als wir über das damals neue Gesetz beraten haben. Seinerzeit wurde als Ziel deklariert, es solle einfacher und für die Menschen lesbarer werden. Dieses Ziel ist nicht erreicht worden, finde ich. Für mich als Experten ist dieses Gesetz schwerer zu lesen als das vorherige. Für Laien dürfte es noch viel schwieriger zu lesen sein. Das zeigt auch die praktische Umsetzung der Investitionskostenförderungen. In verschiedenen heute vorliegenden Stellungnahmen wird das deutlich. Es ist teilweise nicht umsetzbar und teilweise nur schwer umsetzbar, was die gesamte Investitionskostenförderung angeht. Für die Träger stellt das, wie wir bei den Verhandlungen, insbesondere bei den Pflegesatzverhandlungen, immer wieder erleben, ein großes Problem dar.

Zu der Frage, ob wir mit der Arbeit im Landespflegeausschuss zufrieden sind, kann ich nur sagen, dass der Vorsitzende und auch die Geschäftsstelle eine hervorragende Arbeit machen. Ziel des Landespflegeausschusses ist ja – da muss man sicherlich auch den Duktus des damals neuen Landespflegegesetzes sehen, unter dem dieser Ausschuss entstanden ist –, dass dieser Ausschuss die Landesregierung umfassend in Fragen der pflegerischen Versorgung beraten soll. Nach unserer Einschätzung sollte dieser Ausschuss dann auch breit aufgestellt sein.

Am Anfang hatten wir in der Tat Anlaufschwierigkeiten durch das große Gremium. Inzwischen haben wir aber entsprechende Instrumente gefunden. Beispielsweise werden die Dinge durch eine vorbereitende Arbeitsgruppe so strukturiert, dass eine effiziente Arbeitsweise möglich ist.

Daher sprechen wir uns dafür aus, zunächst einmal bei dieser Arbeitsweise zu bleiben. Bisher haben erst vier Sitzungen stattgefunden. Auf der Wegstrecke haben wir den Duktus auch etwas verändert. Deshalb sollte man dem Ausschuss auch noch einmal eine Chance geben.

Lassen Sie mich abschließend noch einmal auf den ersten Punkt zurückkommen, nämlich auf das Thema „Gleichheit“. Ein weiser Politiker hat vor Kurzem öffentlich gesagt: Keiner von uns sollte sich anmaßen, zu glauben, bestimmen zu können, wo andere Menschen im Alter untergebracht werden; jeder kann nur für sich selbst bestimmen, wo sein Wohnort im Alter sein soll. – Vor diesem Hintergrund kann ich nur an Sie appellieren, diese Gleichheit herzustellen. Sie muss aber auch dadurch hergestellt werden, dass ein tatsächliches Wahlrecht besteht. Dieses Wahlrecht können wir nur hinbekommen, indem wir an gegenwärtigen Regelungen zeitnah etwas verändern.

Wie wir in unserer Stellungnahme ausgeführt haben, gibt es 235 stationäre Pflegeeinrichtungen, die 30 und weniger Plätze haben. Für diese Einrichtungen ist es natürlich ein immenses wirtschaftliches Risiko oder auch teilweise unwirtschaftlich, durch die Schaffung von Einzelzimmern ihre Kapazitäten von 30 Plätzen auf 15 Plätze zu halbieren. Insofern müssen wir damit rechnen – denn dahinter verbergen sich bis zu 7.050 Plätze –, dass sich das Angebot noch weiter verknappen wird.

Ich habe eben von einer fehlenden Wahlfreiheit und von beginnendem Notstand gesprochen. Hier kann ich nur an Sie appellieren, das ernst zu nehmen. Denn diese Einrichtungen signalisieren uns schon: Für uns lohnt sich das nicht mehr; wir gehen vom Markt. – Das sind insbesondere Kleinsteinrichtungen im Bergischen Land.

An dieser Stelle sollte man überlegen, ob man bezüglich der Einzelzimmerquote, die man richtigerweise implementieren will – wir sind gar nicht gegen die Einzelzimmerquote –, für diese Einrichtungen einen Ausnahmetatbestand einführt. Dann blieben uns nämlich möglicherweise etliche Plätze erhalten.

Lassen Sie mich bitte noch einen Satz zu der kommunalen Bedarfsplanung sagen. Eben wurde schon angeführt, dass Herr Laumann signalisiert hat, er sei kein Freund der kommunalen Bedarfsplanung. Wenn man sich verschiedene kommunale Bedarfspläne der letzten Jahre anschaut, sieht man, dass die kommunale Bedarfsplanung nicht nur aus altruistischen Gründen zum Wohle der Bürger gemacht wird, sondern auch aus fiskalpolitischen Gründen. Das ist nach unserer Einschätzung als Landesverbände der Pflegekassen durchaus bedenklich. Wir regen an, das noch einmal auf den Prüfstand zu stellen und dort auch ein anderes Verfahren zu implementieren.

Last, but not least: Ich bin der Verhandlungsführer für die Rahmenvereinbarung nach § 5 Abs. 2 APG. Diese Rahmenvereinbarung soll die Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante oder stationäre pflegerische Versorgung in Nordrhein-Westfalen regeln. Diese Überleitung soll möglichst reibungslos funktionieren. Das Problem ist, dass es im SGB XII eine neue Regelung gibt, die dafür sorgt, dass der Sozialhilfeträger die Heimbedürftigkeit prüfen muss, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus in die stationäre pflegerische Versorgung. Nun wissen Sie alle, dass wir als Pflegekassen Fristen haben, innerhalb derer wir Anträge auf Pflegebedürftigkeit zu bescheiden haben. Dafür haben wir 25 Arbeitstage Zeit; wenn jemand im Krankenhaus ist, eine Woche. Das Problem ist, dass der Sozialhilfeträger keine Frist hat und viel länger braucht; in Köln teilweise Wochen und Monate. Dadurch gerät der Betroffene in eine Unsicherheitsphase.

Vor diesem Hintergrund bekommen wir auch die im Landesgesetz vorgesehene Vereinbarung nicht hin, weil wir diese Vereinbarung mit jeder einzelnen Kommune schließen müssten. Deswegen haben wir in unserer Stellungnahme vorgeschlagen, zu versuchen, eine handlungsfähige, mandatierte Arbeitsgemeinschaft zu bilden, zum Beispiel durch die kommunalen Spitzenverbände. Dann könnte diese Rahmenvereinbarung, die wir auf der Landesebene seit einem Jahr mühsam zu vereinbaren versuchen, auch eine vernünftige Wirkung entfalten und für die Menschen im Land eine Menge Sicherheit bringen. Diesbezüglich stehe ich auch gern für Rückfragen zur Verfügung.

Werner Greilich (MDK Nordrhein): Bei den bisherigen Fragestellungen habe ich noch nicht empfunden, dass der MDK explizit angesprochen worden wäre.

Eric Lanzrath (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen): Ich versuche, mich kurzzufassen, um Dopplungen zu vermeiden, weil das eine oder andere auch schon gesagt worden ist,

und beziehe mich jetzt auf die Punkte, zu denen die Freie Wohlfahrtspflege unmittelbar angesprochen wurde.

Zu der Frage zu § 2 APG: Die Ersetzung des Begriffs „vorrangig einzubeziehen“ durch den Begriff „gleichberechtigt einzubeziehen“ ist aus unserer Sicht im Kern eine Selbstverständlichkeit. Das kommt dem Wahlrecht der Betroffenen in der Tat deutlich näher, wenn es so verstanden wird – davon gehen wir natürlich aus –, dass ambulante Strukturen weiterhin gefördert werden und gleichberechtigt ebenso gefördert werden wie stationäre Strukturen. Aus unserer Sicht machte es in der Vergangenheit aber keinen Sinn, hier einen Vorrang zu etablieren. Daher begrüßen wir diese Änderung ausdrücklich. Ich halte es auch für eine eher akademische Frage, welche Strukturen wir in Zukunft bevorzugt auszugestalten haben. Wir müssen froh über alle Strukturen sein, die sich angesichts der demografischen Entwicklung noch in irgendeiner Form verwirklichen lassen.

Zu der Frage zu den Mietverträgen: Hier schließe ich mich weitestgehend den Ausführungen des bpa an. Natürlich ist auf den ersten Blick durch die Verlängerung des Bestandschutzes der Mieteinrichtungen jetzt vermeintlich erst einmal ein Vorteil eingetreten. Es bleibt aber das Problem bestehen, dass Betreiber in der Vergangenheit Mietverträge mit Laufzeiten von zehn oder 20 Jahren nach gültiger Rechtslage geschlossen haben und daher der Versuch, gegenüber dem Vermieter auf Wegfall der Geschäftsgrundlage zu pochen, nicht zum Erfolg führt. Dort kommen wirtschaftliche Probleme auf die Betreiber zu, die so nicht lösbar sind. Da schließe ich mich aber weitgehend dem vom bpa Vorgetragenen an.

Zu der Frage zur Praktikabilität der Regelungen des APG: Welche Probleme hier insbesondere bei der praktischen Umsetzung bestehen, kann man daran erkennen, dass in Nordrhein-Westfalen zahlreiche Einrichtungen, auch Eigentumseinrichtungen, noch heute, im Januar 2018, auf einen gültigen Bescheid warten, der dann rückwirkend zum 1. Januar 2017 in Kraft gesetzt werden wird. An verschiedenen Orten ist das auch von prominenter Stelle als nicht administrierbar beschrieben worden. Die technische Umsetzung ist in der Tat eine ziemliche Katastrophe. Das ist für die Einrichtungen wirklich sehr schwer.

Zu der Frage zum Landespflegeausschuss: Ich bin nicht Mitglied dieses Ausschusses und kann mich nicht wirklich substantziell dazu äußern. Deswegen würde ich die Beantwortung gerne unterlassen.

Zu der Frage zu unseren konkreten Forderungen darüber hinaus: Allgemein gefasst, wünschen wir uns in erster Linie Verlässlichkeit und Planungssicherheit. In den letzten Jahren war das nicht immer der Fall. Wenn man sich einmal anschaut, was zwischen 2003 und 2018 an Auf und Ab und Hin und Her im Landespflegerecht passiert ist, kann man sich eigentlich nicht darüber wundern, dass es immer noch zahlreiche Einrichtungen gibt, die die 80%-Quote nicht erfüllen können – zum Teil auch deswegen, weil sie in den letzten Jahren keine Bank mehr gefunden haben, die unter diesen Voraussetzungen bereit war, ihnen entsprechende Umbauten zu refinanzieren. Allgemein wären also Verlässlichkeit und Planungssicherheit absolut wünschenswert – und im Rahmen eines Entfesselungspaketes II oder auch einer ganz normalen Gesetzgebung eine

Überarbeitung des Landespflegegesetzes, die einige der Punkte aufnimmt, die in den Stellungnahmen angeklungen sind.

Manuela Anacker (Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen): Es ist auffällig, dass hier aus Betroffenen­sicht wieder zwei Welten aufeinanderprallen – einmal Wirtschaftlichkeits- bzw. Kostenfragen und einmal menschenwürdige, selbstbestimmte Pflege.

Ein Gleichrang von ambulant und stationär entspricht einfach nicht den Wünschen der Pflegebedürftigen und der Angehörigen. Die Menschen möchten vielmehr zu Hause gepflegt werden – im Wohnumfeld, im Quartier. Im Rahmen von Wahlfreiheit muss man auch den Ort bestimmen können, an dem man gepflegt wird. Die Betroffenen wünschen nun einmal eine Pflege im nahen Umfeld, in dem sie vorher gewohnt haben; einen alten Baum verpflanzt man nicht. 70 % werden auch zu Hause gepflegt. Nur ein geringer Anteil nimmt überhaupt Kurzzeit- und Verhinderungspflege in Anspruch. Insofern ist die Pflege alleine durch die Angehörigen zu Hause dann auch sichergestellt.

Wir brauchen in der Tat mehr alternative Wohnformen und neue quartiersnahe Pflegeinfrastrukturen, damit die Menschen eine Wahlfreiheit haben und zukünftig auch weiter ihrem Wunsch entsprechend zu Hause gepflegt werden können. Gerade auch die geburtenstarken Jahrgänge möchten sicher in Mehrgenerationenhäusern und in Wohngemeinschaften betreut werden. Alle diese Formen, für die wir noch viel zu wenig tun, auch in NRW, müssen gestärkt werden.

Noch einmal: Ein Gleichrang von ambulant und stationär entspricht einfach nicht der Lebensrealität und den Lebenswünschen der Menschen. Das erfahren wir täglich in Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen. Die größte Gruppe möchte ambulant gepflegt werden. Diese Menschen müssen unterstützt werden. Deshalb sehen wir keinen Gleichrang, sondern halten das eher für einen Paradigmenwechsel, mit dem man wieder weg von den Wünschen der Betroffenen geht.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“, der auch sozialpolitisch abgesichert ist, steht für uns weiter im Fokus. Wir wünschen uns, dass das auch so bleibt wie bisher. Natürlich passt es nicht mit den Interessen von Kostenträgern und Leistungsanbietern zusammen. Das sind, wie gesagt, zwei Welten. Es gibt aber eindeutige Zahlen dazu, wo die Menschen alt werden und dann auch sterben möchten. Das ist das Umfeld zu Hause und damit der ambulante und häusliche Bereich.

Gerade die Betroffenenverbände haben lange Jahre dafür gekämpft, dass der Landespflegeausschuss erweitert wird, weil zum Beispiel die beiden großen Sozialverbände sich jahrelang einen Platz teilen mussten. Bei der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in unserem Land – zusätzlich sind ja auch noch die Angehörigen und die Dunkelziffer zu berücksichtigen – war die Ausweitung auf diese Größe einfach wichtig. Dadurch ergeben sich auch viele Netzwerke. Durch die Bildung von Unterarbeitsgruppen sind wir durchaus arbeitsfähig. Ich sehe den Landespflegeausschuss in dieser Größe als sehr wichtiges Gremium an.

Daniel Kreutz (SoVD NRW): Wir können nicht wirklich nachvollziehen, warum die Landesregierung mit ihrem Änderungsvorschlag zu § 2 APG – „vorrangig“ oder „gleichberechtigt“ – diese Diskussion überhaupt ausgelöst hat. Denn auch den Mitgliedern des Landtags ist nicht verborgen geblieben, dass es schon seit Jahrzehnten der Wunsch der allermeisten Menschen ist, im Fall von Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt zu werden. Dieser Wunsch ist in einer großen Zahl von Fällen nach wie vor nicht einlösbar, weil es der ambulanten Versorgung und der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit bislang an hinreichender Tragfähigkeit mangelt. Deshalb ist es nach allgemeinem Verständnis doch selbstverständlich, dass die Bestrebungen zur Infrastrukturentwicklung in der pflegerischen Versorgung dahin gehen müssen, die häusliche Versorgung zu stärken, damit dem Wunsch der Menschen besser als bisher entsprochen werden kann.

Dieser Wunsch hat in seiner Bedeutung noch deutlichen Nachdruck durch die UN-Behindertenrechtskonvention erfahren, die in Art. 19 sagt, dass jeder behinderte Mensch – und alle pflegebedürftigen Menschen waren schon vor der Konvention im Sinne unseres SGB IX behinderte Menschen und sind selbstverständlich auch nach der Behindertenrechtskonvention behinderte Menschen – das Recht hat, frei zu entscheiden, wie alle anderen auch, wo und mit wem er lebt, und nicht verpflichtet ist, in besonderen Wohnformen zu leben.

Was bedeutet das? Das bedeutet zunächst, dass jeder Mensch – auch der behinderte Mensch, auch der pflegebedürftige Mensch – ein vorrangiges Recht auf seine eigene, private Häuslichkeit hat und dass die Versorgung sich so organisieren muss, dass sie in diesem Rahmen ohne Einschränkung seiner Grundfreiheiten möglich ist. Da haben wir aber in Deutschland noch ein ganzes Stück Arbeit vor uns.

Aus diesen Erwägungen heraus ist auch der im Sozialrecht deutlich über das SGB XI hinaus verbreitete Grundsatz „ambulant vor stationär“ geschaffen worden. Deshalb ist die Infrastrukturentwicklung in den Versorgungssystemen – wiederum nicht allein im SGB XI, sondern auch in anderen Bereichen – auf den Vorrang ambulanter Versorgung ausgerichtet worden.

Wir sind außerordentlich verwundert darüber, dass das jetzt mit einem Argument infrage gestellt wird, das wir gar nicht nachvollziehen können. Die Argumentation, diese Vorrangregelung für die Infrastrukturentwicklung sei eine Benachteiligung stationärer Angebotsformen, kann ich in der Tat nicht nachvollziehen. Selbstverständlich müssen alle, die in der Versorgung und für die Infrastrukturentwicklung Verantwortung tragen, dafür sorgen, dass alle Bedarfe nach vollstationärer Versorgung jederzeit gedeckt sind, und zwar auch so, dass eine Wahlfreiheit zwischen unterschiedlichen vollstationären Einrichtungen gegeben ist. An dieser Stelle haben wir in Nordrhein-Westfalen ein paar Probleme. Es ist aber doch nicht so, dass die stationäre Angebotsform durch die Vorrangregelung, die im Interesse der Menschen und ihrer Grundrechte und Grundfreiheiten den Vorrang der häuslichen Versorgung stärken will, irgendwelche Einrichtungen benachteiligt. Das können wir beim besten Willen nicht nachvollziehen.

Wenn die Neuregelung mit der Gleichrangigkeit so käme und man diesen programmatischen Satz in § 2 APG ernst nähme, würde das im Endeffekt dazu führen, dass es nicht mehr Wahlfreiheit für die Betroffenen gibt, was die Wahl zwischen häuslicher

Versorgung und vollstationärer Einrichtung angeht, sondern weniger Wahlfreiheit. Die Tragfähigkeit häuslicher Versorgung würde dann nämlich nicht entsprechend gestärkt, sondern erschiene womöglich aufgrund eines Zubaus von stationären Einrichtungen sogar teilweise entbehrlich. Das wäre eine Einschränkung der Wahlfreiheit der betroffenen Menschen bezüglich der Art ihrer Versorgung.

Ich bin übrigens nicht der Meinung, dass dies eine akademische Fragestellung ist, wie mein Nachbar formulierte. Schließlich betrifft sie die Lebensperspektiven von Menschen, die zukünftig pflegebedürftig werden. Das ist nicht akademisch, sondern ausgesprochen alltagspraktisch. Es wirft die Frage auf, in welche Richtung wir in Nordrhein-Westfalen unsere pflegerischen Versorgungsstrukturen zukünftig entwickeln wollen – in Richtung des Interesses der betroffenen Menschen oder in Richtung des Interesses bestimmter Angebote, die vorgehalten werden.

Im Zusammenhang mit meiner Aussage, dass jederzeit auch vollstationäre Versorgung bedarfsgerecht vorgehalten werden muss, erlaube ich mir an dieser Stelle folgenden Hinweis: Wenn jemand, egal aus welchem Grund, eine vollstationäre Versorgung braucht, muss er selbstverständlich auch einen Anspruch auf Pflegewohngeld haben, auch wenn er unterhalb von Pflegegrad 2 eingestuft ist. Wir können unter ganz praktischen Gerechtigkeitsgesichtspunkten nicht verstehen, dass man Menschen, die unterhalb von Pflegegrad 2 eingestuft sind, aber eine vollstationäre Versorgung benötigen, kein Pflegewohngeld zuerkennt. Dabei geht es um Fälle, in denen auch der zuständige Sozialhilfeträger nicht umhinkann, zu sagen: Ja, hier sehen wir – womöglich, weil die häusliche Pflegeperson krankheitsbedingt dauerhaft ausfällt – keine andere Möglichkeit; die vollstationäre Versorgung muss sein. – Mit welchem Recht will man diesen Menschen im Unterschied zu allen anderen Mitbewohnern der Einrichtung den Anspruch auf Pflegewohngeld entziehen? Das ist für uns überhaupt nicht plausibel.

Gestatten Sie mir noch eine Anmerkung zu der Frage zur Größe des Landesausschusses Alter und Pflege. Die Vergrößerung hat auch maßgeblich damit zu tun, dass es nicht mehr der Landespflegeausschuss nach § 92 SGB XI ist, sondern der Ausschuss Alter und Pflege. Der thematische Zuständigkeitsbereich dieses Gremiums hat sich erheblich ausgeweitet. Auch aus unserer Sicht hat die Vergrößerung bisher zu keinerlei Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit geführt. Womöglich hat das auch damit zu tun, dass der Ausschuss Alter und Pflege sich nach wie vor ganz überwiegend mit den Aufgaben des Landespflegeausschusses beschäftigt. Wenn es dort Probleme gibt, sind es vielleicht eher Probleme für diejenigen, die wegen der thematischen Ausweitung Mitglieder des Ausschusses geworden sind, aber die Themen jenseits der pflegerischen Versorgung im Landespflegeausschuss nicht so oft wiederfinden können. Ansonsten schließe ich mich da durchaus den Hinweisen von Herrn Pannen an.

Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Ich schließe mich grundsätzlich, da wir als Pflegekassen auch gemeinsame Positionen entwickelt haben, allen Ausführungen von Herrn Pannen an.

In Bezug auf die Fragen von Frau Schneider und Herrn Mostofizadeh ist mir noch folgender Hinweis wichtig: Man muss schon ein bisschen zwischen Wunsch und Wirk-

lichkeit unterscheiden. Die Pflegekassen sind mitnichten diejenigen, die für einen Abbau ambulanter Versorgungsangebote plädieren – im Gegenteil. Man muss aber das eine tun und darf das andere nicht lassen. Das ist die Grundausrichtung unserer Position. Natürlich haben wir auch in den letzten Jahren – und das werden wir weiterhin tun – den Ausbau ambulanter Versorgungsangebote unterstützt. Wenn im stationären Bereich Versorgungsengpässe entstehen, muss man aber auch schauen, wie man diese Unwucht beseitigt. In diese Richtung geht auch unser Vorschlag bezüglich der Gleichstellung der stationären Versorgung.

Als Pflegekassen haben wir in den letzten Jahren auch nicht beispielsweise das Thema „Einzelzimmerquote“ kritisiert – im Gegenteil. Die Schaffung von Einzelzimmern ist qualitativ und ethisch absolut wichtig. Es ist aber festzustellen, dass diese Lösung derzeit zu einer Unwucht in der Versorgung führt. An dieser Stelle plädieren wir für Ausnahmeregelungen.

Daher ist die Herstellung der Gleichrangigkeit meines Erachtens keine ideologische Frage, sondern eine pragmatische Frage des Versorgungsangebotes, das vielfältig gewährleistet sein muss. In diesem Sinne sind auch die Ausführungen der Pflegekassen zu verstehen.

Dem, was Herr Pannen hier zur Rolle des LAP, aber auch zur Betrachtung des APG gesagt hat, schließen wir uns an. Das ist auch in den Stellungnahmen eins zu eins herübergekommen, glaube ich.

Jörg Uthmann (Verband der Privaten Krankenversicherung): Ich hatte nicht den Eindruck, dass konkrete Fragen unmittelbar an uns gestellt worden sind. Insofern möchte ich auch vorläufig von einer weiteren Stellungnahme absehen.

Karl Nauen (Dr. Heilmaier & Partner): Herr Preuß, Sie haben zwei konkrete Fragen an mich gerichtet. Ich darf die Fragen – bitte korrigieren Sie mich gegebenenfalls – zunächst noch einmal ganz kurz wiederholen. Die erste Frage lautete, welche Auswirkungen die Mietmodelle insbesondere im Zusammenhang mit der jetzt auf das Jahr 2020 verlängerten Übergangsfrist haben.

Generell stellen die Mietmodelle für viele Einrichtungsträger auch heute schon ein Problem dar. Das Grundproblem ist durch die Verlängerung von 2019 auf 2020 nicht gelöst. Heute ist insbesondere vonseiten des bpa bereits dargelegt worden, dass viele Einrichtungsträger – völlig losgelöst davon, wer Träger der Einrichtung ist, ob es nun Einrichtungen der Wohlfahrtspflege oder auch Einrichtungen von Privaten sind – nach den heutigen Regelungen ab 2021 in ganz erheblichem Maße Einnahmenverluste realisieren werden. Das ist auf die sogenannte fiktive Vergleichsrechnung zurückzuführen, nach der ein ganz anderes Kalkulationsschema Anwendung findet – mit der Maßgabe, dass die Kalkulationsgrundsätze, die augenblicklich zur Ermittlung der Investitionskosten Anwendung finden, dann deutlich verschlechtert in die Berechnungsgrundlage eingehen, weil – und das ist das eigentliche Problem – die Einrichtungsträger dann über ihre tatsächliche Auslastung – die sie ja auch zunächst einmal realisieren müssen; darin steckt also auch eine Vielzahl weiterer Risiken, die sich unmittelbar aus

dem eigentlichen Betrieb ergeben – ihre tatsächlichen Mietaufwendungen unstreitig nicht mehr refinanzieren können.

Daher ergeben sich bezogen auf die Investitionskosten aus Sicht der Einrichtungsträger Unterdeckungen in unterschiedlichen Größenordnungen. Halten Sie sich zur Vereinfachung nur einmal eine Einrichtung mit 80 Plätzen vor Augen, bei der etwa 70.000 € pro Platz refinanziert sind. Die bisherige Kalkulationsgrundlage sieht eine Refinanzierung von Abschreibungsaufwendungen von 4 % vor. Dieser Betrag wird dann über die Pacht weitergegeben. Wenn es in Zukunft nur noch 2 % sind, führt allein dieser eine Effekt – und es gibt eine Vielzahl weiterer Effekte – bei einer Einrichtung mit 80 Plätzen dazu, dass das Refinanzierungsvolumen um über 100.000 € pro Jahr sinkt – bei einer ansonsten unveränderten Pacht. Das Problem ist ja, dass es den Einrichtungsträgern aufgrund der von ihnen geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen häufig nicht gelingt, die Pacht anzupassen.

Ich kann auch anhand vieler praktischer Beispiele berichten, dass sie ihre Pacht dann tatsächlich nicht mehr refinanzieren können. Das Unternehmen ist in diesem Fall darauf angewiesen, die entsprechenden Fehlbeträge im Investbereich aus anderen Bereichen zu finanzieren. Ansonsten wird es zwangsläufig über kurz oder lang aus dem Markt ausscheiden.

In diesem Zusammenhang spielen im Übrigen auch die sogenannten Aufteilungsmodelle eine Rolle. Ich weiß nicht, ob dieses Stichwort allen von Ihnen etwas sagt. Augenblicklich sind am Markt aber genau solche Entwicklungen zu beobachten. Viele Investoren mit bestehenden Pachtverträgen versuchen, heute bestehende Pflegeeinrichtungen in Wohnungseigentumsmodelle aufzuteilen und die Wohnungen am Markt zu platzieren, also kleine Investoren zu suchen. Sie werben mit sehr guten oder guten Pachtverträgen – was zumindest unter den bisherigen Kalkulationsgrundlagen auch nicht gelogen ist –, verschweigen aber häufig die veränderten Refinanzierungsbedingungen der Zukunft. Das wird in vielen Fällen dazu führen, dass in Zukunft die Einrichtungsträger nicht in der Lage sind, diese Einrichtungen zumindest mit den Pachtverträgen weiter zu betreiben.

Ich möchte aber darauf hinweisen, dass die Pachtverträge für viele Einrichtungsträger auch schon heute ein Problem sind; denn die Refinanzierung der Einrichtungsträger wird Augenblicklich so fortgeschrieben, wie sie im Jahr 2013 beschieden worden ist. Viele Pachtverträge sehen entsprechende Indexklauseln vor. Selbst diese Indexregelungen werden bis zum heutigen Tag nicht mehr refinanziert.

Ich kann das auch aus der eigenen Mandantschaft berichten. Wir haben eine Vielzahl von Mandanten, die nicht mehr in der Lage sind, die heutigen Pachtaufwendungen mit den aus der Historie heraus resultierenden Investitionskostenbescheiden überhaupt noch zu finanzieren. Diese Problematik wird sich im Jahr 2021, also unter Berücksichtigung der Verlängerung um ein Jahr, noch einmal nachhaltig verschlechtern.

Die zweite Frage betraf die Abschreibungssituation. Die Änderung der Abschreibungsdauer ist übrigens auch einer der Gründe, warum wir dieses Problem bei den Pachtmodellen haben. In der Vergangenheit hatten wir eine 25-jährige Laufzeit, die dann der Kalkulation der Pachtaufwendungen zugrunde gelegt wurde. Dann erfolgte die

Umstellung auf jetzt 50 Jahre; von der Grundnorm her gelten ja auch 50 Jahre. In dem einen oder anderen Fall gelten Übergangsregelungen bzw. Ausnahmeregelungen für Einrichtungen, die auch heute noch mit einer Nutzungsdauer von 25 Jahren refinanziert werden können.

Ich kann Ihnen beim besten Willen nicht sagen, was eine angemessene Nutzungsdauer wäre. Ich will Ihnen nur einmal kurz meine Überlegungen darlegen, warum nach meinem Dafürhalten 50 Jahre viel zu viel sind. Unstreitig wird das Gebäude in 50 Jahren wahrscheinlich noch stehen. Es wird möglicherweise auch in 100 Jahren noch stehen. Die Frage ist nur – schließlich handelt es sich um ein Spezialgebäude –, ob es so, wie es vor dem Hintergrund der Strukturen, in denen Pflege heutzutage in den Gebäuden betrieben wird, heute gebaut wird, bei einer angenommenen Nutzungsdauer von 50 Jahren tatsächlich in 50 Jahren noch den dann bestehenden Erfordernissen entspricht.

Schauen Sie sich viele heutige Einrichtungen an, die jetzt zwingend bis zum 31. Juli 2018 modernisiert werden müssen. Nicht wenige dieser Einrichtungen haben gerade einmal eine Nutzungsdauer von 20 Jahren auf dem Buckel. Diese Einrichtungen können zumindest in der Form, in der sie vor 20 Jahren gebaut worden sind, ab dem 1. August 2018 gar nicht mehr betrieben werden. Trotzdem reden wir heutzutage über eine Nutzungsdauer von 50 Jahren.

Das eigentliche Kernproblem dieser Nutzungsdauer von 50 Jahren ist aber die Refinanzierung. Hier sprechen wir als Betriebswirte von einer sogenannten fristenkongruenten Finanzierung. Wenn ich eine Refinanzierungszeit von 50 Jahren habe, kann ich dem Banker als Kreditgeber auch nur über einen 50-jährigen Zeitraum sein Darlehen zurückzahlen. Ansonsten bin ich dazu überhaupt nicht in der Lage. Insbesondere dann, wenn wir den Tatsächlichkeitsgrundsatz – auch wenn er mit dem Entfesselungspaket jetzt in der Tat ein Stück weit aufgeweicht wird – ernst nehmen, bin ich gar nicht in der Lage, an einer anderen Stelle auch nur einen müden Euro an finanziellen Mitteln zu generieren, um das aufgenommene Fremdkapital refinanzieren zu können. Erklären Sie einmal einer Bank, dass wir die Kreditmittel, die wir zum Bau einer Spezialimmobilie benötigen, bei der wir aus den laufenden Erfahrungen wissen, dass sie nach Ablauf von 25 oder 30 Jahren zumindest einer Teilsanierung, wenn nicht sogar einer vollen Sanierung zuzuführen ist, erst in einem Zeitraum von 50 Jahren zurückzahlen können.

Im Klartext heißt das: Durch diese unbefriedigenden Kalkulationsgrundlagen sind die Einrichtungsträger in aller Regel nicht mehr in der Lage, sich das notwendige Kapital am Markt zu besorgen. Sie müssten also zusätzliches Eigenkapital einbringen, über das viele Einrichtungsträger aber nicht verfügen.

Diese Kalkulationsregelungen, die ab 2021 statt der heutigen Regelungen der fiktiven Vergleichsrechnung umgesetzt werden, führen auch dazu, dass wir kein klassisches Investorenmodell mehr in Gang gesetzt bekommen. Da wird dann natürlich auch – ich sage das in aller Deutlichkeit – ein Stück weit getrickst. Hier darf ich die Teileigentumsmodelle in Erinnerung rufen. Heutzutage werden einzelne Apartments in stationären Pflegeeinrichtungen für 160.000 oder 170.000 € angeboten. Obwohl wir alle in diesem Kreis wissen, dass die tatsächliche Refinanzierung auf rund 100.000 € gedeckelt ist,

wird dem Nichtwissenden ein deutlich höherer Betrag dafür abverlangt, damit sich solche Modelle für die Branche überhaupt noch darstellen lassen.

Meine Antwort auf die Frage zur Abschreibungssituation lautet also: 50 Jahre sind schon allein deshalb viel zu lange, weil sich mit einer Dauer von 50 Jahren keine Refinanzierung darstellen lässt.

Dieter Peickert (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen): Den Ausführungen zu diesem Thema kann ich mich nur anschließen. Wir haben erhebliche Probleme mit den Laufzeiten und auch mit den Mietobjekten. Ich will nur einmal einen praktischen Fall nennen. Für eine Einrichtung, die umgebaut wurde, haben wir vor Kurzem den Bescheid bekommen. Dort erhöht sich der Investsatz rückwirkend zum 1. Januar 2017 um 9,80 € pro Tag. Jetzt müssen wir den Angehörigen und Betreuern erklären, dass sie im Januar 2018 für das Jahr 2017 noch rund 3.600 € nachzahlen müssen. Das ist ein ganz praktisches Beispiel für die erheblichen Schwierigkeiten, die wir mit dieser Umlage haben.

Als Arbeiterwohlfahrt haben wir auch etliche Mietmodelle. Dort stehen wir vor den gleichen Problemen. Wir haben Mietvergleichsberechnungen durchgeführt. Bei uns sinken die Mieten im sechsstelligen Bereich. Die Investoren hängen natürlich in der Warteschleife und fragen: Was passiert denn jetzt eigentlich? – Ich habe vorhin mit Interesse gehört, dass es dazu erste Gerichtsurteile gibt. Hier werden wir natürlich auf dem Klageweg irgendetwas erreichen müssen, damit wir nicht bezogen auf diese Einrichtungen in eine wirtschaftliche Schieflage geraten. Das ist dringend geboten. – Das würde ich gerne als abschließendes Statement stehen lassen.

Johannes Knake (Alloheim Senioren-Residenzen): Ich bedanke mich zunächst einmal dafür, dass wir in dieser Runde auch erstmalig kurz etwas dazu sagen dürfen.

Konkret angesprochen wurden wir von Frau Schneider mit der Fragestellung zu den Mietmodellen. Die Situation ist gerade schon mehrfach dargestellt worden. Ich möchte noch einige Zahlen dazu beitragen, um das, was von den Vorrednern häufig abstrakt dargestellt worden ist, noch etwas konkreter zu machen.

Wir haben insgesamt 40 Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, an denen 4.000 Bewohner und 3.000 Arbeitsplätze hängen – alle im Mietmodell, bis auf zwei, die dann nicht mehr relevant sind. Diese 38 Mietverträge haben eine Restlaufzeit von genau 16,8 Jahren. Man kann ausrechnen, wann die Verträge geschlossen worden sind – nahezu alle vor 2014, weil sie 20 bis 25 Jahre Gültigkeit haben.

Damit sind wir wieder bei dem Thema „Vertrauensschutz“, das vorhin schon mehrfach angesprochen worden ist. Auch 2020 haben wir noch eine Restlaufzeit von 13,8 Jahren. Wir geraten in die gerade schon beschriebene Unterdeckungssituation. Einen Ausgleich könnten wir nur über eine Quersubventionierung aus anderen Bereichen herbeiführen, was aber nicht geboten und sogar verboten ist. Damit sind bei uns sowohl Arbeitsplätze als auch Unterbringungsplätze für Heimbewohner massiv gefährdet.

Die Zahlen, die die Dimension dieser Problematik verdeutlichen, sind hier schon genannt worden. Der bpa hat Berechnungen dazu angestellt. Solche Berechnungen haben wir auch für fast alle unserer 40 Einrichtungen durchgeführt. Das sind Beträge, die man nicht mal eben über eine Quersubventionierung ausgleichen kann.

Bei ganz vielen Gesprächen mit unseren Vermietern haben wir die Erfahrung gemacht, dass sie sich nicht auf eine Pachtreduzierung einlassen. Ich habe gerade von OLG-Urteilen gehört und freue mich schon darauf, sie in der Argumentation verwenden zu können. Aber was soll der Vermieter denn machen? Schließlich hat er auch gültige Verträge mit seinen Investoren unterschrieben – für 20 oder 25 Jahre, plus drei oder fünf Jahre, macht 30 Jahre. Daraus kommt er natürlich auch nicht heraus – genauso wenig wie wir.

Wenn man hier gegen den Vertrauensschutz vorgeht – gegen rechtsgültige Mietverträge, die über Jahrzehnte geschlossen sind –, halten wir das nicht nur aus rein wirtschaftlichen Gründen auf unserer Seite, sondern auch aus anderen Gründen für hoch problematisch.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Ich schaue noch einmal in die Runde der Abgeordneten. Gibt es weitere Rückfragen zu diesen beiden Artikeln des Gesetzentwurfs? – Das ist der Fall. Bitte schön.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Herr Kreutz, hätte ich nicht schon vorher gewusst, dass Sie einen parlamentarischen Background haben, wäre mir das spätestens nach Ihrer sehr emotionalen Rede bewusst geworden.

Ich teile Ihre Einschätzung, dass ein sehr großer Teil – über 90 % – der Menschen gerne ambulant gepflegt werden würde. Das ist sicherlich so. Dieser Wunsch besteht bestimmt. Nun ist es aber so, dass die Gruppe der hochbetagten Menschen in der Gesellschaft deutlich zunimmt und zu erwarten ist, dass das auch weiter geschieht; in dieser Gruppe nimmt wiederum, ähnlich wie in der Gesamtgesellschaft, der Anteil der Einzelhaushalte extrem zu. Viele reden von einer sogenannten Epidemie der Demenz. Das ist zwar ein sehr populistisches Schlagwort. Nichtsdestotrotz steigt, wenn die Gruppe der Hochbetagten zunimmt, auch die Anzahl der Menschen, die an Demenz erkrankt sind, erheblich. Vor diesem Hintergrund frage ich mich, wie Sie es realisieren wollen, dass diese 90 % der Menschen dann ambulant gepflegt werden. Oder anders gefragt: Welche konkreten Vorschläge haben Sie für die Politik, damit wir die Realität so anpassen können, dass sie in Ihr Gedankenkonstrukt passt?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende, ich möchte mich in aller Form für meine Zwischenrufe vorhin entschuldigen. Ich will auch niemanden überzeugen. Allerdings hatte ich den Impuls, darauf hinzuweisen, dass ich in meiner Frage auch einige konkrete Anhaltspunkte geliefert hatte. Ich hatte nämlich Zahlen und Zahlenverhältnisse genannt. Darauf ist nicht eingegangen worden. Insofern bitte ich, das zu entschuldigen.

An die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände habe ich noch eine Nachfrage. Das Thema „kommunale Planungshoheit“ ist heute schon mehrfach angesprochen worden. Explizit wird hier nichts geändert, aber implizit meines Erachtens schon, und zwar bei der Frage „ambulant vor stationär“. Wenn die Regelung zur Gleichrangigkeit – ich will dieses Thema jetzt nicht noch einmal aufmachen – neu in das Gesetz aufgenommen wird, könnte man juristisch durchaus der Auffassung sein – deswegen möchte ich auch Herrn Fuchs mit dieser Frage befassen –, dass die kommunale Einflussnahme, wie sie heute möglich ist, mindestens erschwert wird. Der politische Wille des Ministers geht ja in diese Richtung. Halten Sie es für falsch, wie auch Herr Pannen angedeutet hat, dass die Kommunen in dieser Weise planen dürfen? Müssten die kommunalen Spitzenverbände nicht Obacht geben, dass dieser Bereich nicht verloren geht?

Herr Fuchs, ich habe das eben falsch gesehen; die Ausführungsverordnung gehört doch mit zu diesem Block. Der SoVD hat sich auch dazu geäußert. Ähnlich wie Frau Altenkamp würde ich gerne die Frage stellen, ob Sie es für richtig halten, dass sich unser Landtagsausschuss an diesen Fragestellungen künftig nicht mehr beteiligen soll.

Susanne Schneider (FDP): Meine erste Nachfrage richtet sich an Herrn Uthmann von der PKV. Sie haben in Ihrer Stellungnahme einen Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 1 APG gemacht. Können Sie ihn hier noch kurz erläutern?

Mit meiner zweiten Nachfrage wende ich mich an die Vertreter des bpa. Sie haben einen Formulierungsvorschlag für eine Änderung beim Mietmodell gemacht. Es wäre schön, wenn Sie ihn noch ganz kurz erläutern könnten.

Meine dritte Nachfrage geht an die Vertreter des bpa und die Herren von Alloheim Senioren-Residenzen. Sie haben gerade die Schwierigkeiten geschildert, die das Mietmodell aufgrund der lange abgeschlossenen Verträge mit sich bringt. Habe ich es richtig verstanden, dass wir dann, wenn das alles so bliebe, wie es von der früheren Landesregierung festgelegt worden ist, mittelfristig mit einem Versorgungsengpass in der stationären Versorgung rechnen müssten?

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Ich sehe keine weiteren Fragen. Dann bitte ich die angesprochenen Expertinnen und Experten um Beantwortung.

Daniel Kreutz (SoVD NRW): Wir sind nicht so vermessen, prognostizieren zu wollen, dass in fernerer Zukunft eine 100%ige häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen möglich ist. Zwischen dem Status, den wir jetzt haben, und einer solchen Vorstellung gibt es aber jede Menge Luft, in der über viele Jahre politische Gestaltung auch mit gesetzgeberischen und finanziellen Maßnahmen möglich ist, um dem Wunsch auf häusliche Versorgung besser zu entsprechen, als das bisher möglich ist.

Das hat auch viel mit leistungsrechtlichen Fragen zu tun: Kann man sich alle erforderlichen Dienste, etwa für die hauswirtschaftliche Unterstützung, leisten, die man unter Umständen braucht, wenn man auch mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zu Hause

wohnen bleiben will? Kann man sich Pflege- und Unterstützungsleistungen im benötigten Umfang mit den Zuschüssen, die das SGB XI dazu bietet, leisten? Ist die Wohnung hinreichend pflegetauglich, oder weist sie problematische Barrieren auf, die den Verbleib in der eigenen Wohnung nicht mehr ermöglichen? Gibt es Formen des gemeinschaftlichen Wohnens in ambulanten Wohngemeinschaften in erreichbarer Nähe und ausreichender Zahl, die man gegebenenfalls als Alternative zur vollstationären Einrichtung wählen kann?

In all diesen Fragen haben wir jede Menge Luft nach oben. Die Infrastrukturverantwortlichen wären gut beraten, wenn sie alle in ihren jeweiligen Bereichen bestehenden Möglichkeiten ausschöpfen würden, um die häusliche Versorgung zu stärken, um pflegende Angehörige verstärkt zu unterstützen und dergleichen Dinge mehr.

Wenn man nach Skandinavien schaut, sieht man, dass auch auf diesem realen Planeten ganz andere pflegerische Versorgungsstrukturen mit einer ungleich höheren Quote häuslicher Versorgung möglich sind, als wir das in Deutschland kennen. Das hat etwas mit der unterschiedlichen Philosophie zu tun. Hier in Deutschland glaubt man, Pflege sei in erster Linie etwas, was von privaten Angehörigen zu erledigen sei, die ein wenig Unterstützung durch professionelle Strukturen bedürften. In Skandinavien geht man eher von einem professionellen Verständnis dieser Aufgabe aus. Ein entsprechender Pfadwechsel wäre auch für die Bundesrepublik Deutschland kein schlechtes Diskussionsthema.

Eine Frage habe ich so verstanden, dass es um die Beteiligung des Landtags bei Ausführungsverordnungen geht. An dieser Stelle sind wir der Meinung, dass zu den wesentlichen Aufgaben des Parlaments bei Gesetzesberatungen die Folgeabschätzung dessen gehört, was dort als Vorschlag auf dem Tisch liegt. Vielleicht hilft einem ja erst der Blick in eine Ausführungsverordnung dabei, erkennen oder abschätzen zu können, wie sich eine gesetzliche Regelung tatsächlich auf die jeweilige Lebenswirklichkeit auswirkt. Deshalb halten wir es für sehr nahe liegend, dass der Gesetzgeber, also der Landtag, im Zusammenhang mit Gesetzen stets auch die entsprechenden Ausführungsverordnungen berät und sie letztlich auch billigt. Schließlich muss der Wille des Gesetzgebers nach unserem Verständnis des Demokratieprinzips natürlich auch die jeweilige Durchführungsverordnung prägen. Deshalb fänden wir es durchaus vernünftig, bei der Regelung zu bleiben, dass die Verordnungen im Einvernehmen mit dem Landtag – das heißt ja in der Regel: mit seinem zuständigen Fachausschuss – beschlossen werden.

Stefan Hahn (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW): In den letzten Jahren kamen in Wellenbewegungen immer wieder zwei Dinge auf. Auf der einen Seite wurde gesagt: Die freie Marktwirtschaft wird es schon regeln; wir überlassen es dem Markt, wie viele Pflegeeinrichtungen entstehen. – Auf der anderen Seite hatte man den Anspruch, auf der örtlichen Ebene ein Stück weit planen und, was zum Planen natürlich dazugehört, auch steuern zu können. Wir beobachten es von kommunaler Seite schon etwas mit Sorge, dass Letzteres ein Stück weit verloren geht. Im Moment geht der Trend wieder mehr in Richtung: Der Markt wird es schon regeln.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch einen Hinweis geben. Viele von Ihnen werden es wissen; denn etliche Abgeordnete des Landtags sind gleichzeitig auch Stadtverordnete oder sitzen in Kreistagen. Eben wurde der Eindruck erweckt, auf kommunaler Seite gehe es bei der Bedarfsplanung in erster Linie um die Finanzen und die Frage, wie sich das Budget im Bereich der Hilfe zur Pflege, SGB XII, entwickelt. Tatsächlich hat es auch in der Vergangenheit bei der Pflegebedarfsplanung immer ein hartes Ringen – zwar sind in erster Linie die politischen Akteure an der Pflegebedarfsplanung beteiligt; neben ihnen sind aber auch die Akteure im Bereich der Pflege vor Ort mit in die örtlichen Pflegekonferenzen eingebunden – um die Frage gegeben, was denn der Bedarf ist.

Als Kommunen sehen wir die Annahme, der Markt werde es schon alleine regeln, mit großer Sorge und erwarten schon, dass der örtlichen Planung und Steuerung in der Perspektive nach wie vor ein großer Wert beigemessen wird und dass die Möglichkeiten und Instrumente auf der örtlichen Ebene weiterhin gegeben sind. Im Moment haben wir da ein Stück weit Sorgenfalten auf der Stirn. Wir werden sicherlich die weitere Entwicklung genau beobachten.

Christof Beckmann (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste [bpa]):

Erstens. Unseren Änderungsvorschlag zu § 8 Abs. 9 APG-DVO haben wir aus dem ersten Entwurf der APG-DVO übernommen. Dort hatte man ursprünglich einen Bestandsschutz für die Mietverträge dergestalt vorgesehen, dass man gesagt hat: Wenn eine vorzeitige Kündigungsmöglichkeit des Vertrages nicht gegeben ist, sollen zumindest die Verlängerungsoptionen, die in Miet- und Pachtverträgen ja häufig enthalten sind, natürlich nicht mehr ausgeübt werden, um die hohen Kosten im Investitionsbereich nicht weiter fortzuschreiben. – Das war der damalige Vorschlag. Daran haben wir uns orientiert. Immerhin hat es in der Expertenrunde damals bereits einen entsprechenden Konsens gegeben, der dann plötzlich von einem Tag auf den anderen über den Haufen geworfen wurde.

Zweitens: zur Versorgungssituation. Wie außer mir auch schon einige andere hier angesprochen haben, müssen wir aufgrund der erheblichen Investitionskostenabsenkungen natürlich mit enormen wirtschaftlichen Schwierigkeiten bei den Trägern rechnen. Ob und wie viele Träger letzten Endes Notverkäufe vornehmen oder Insolvenz anmelden müssen, können wir im Moment noch nicht für alle die Fälle, zu denen wir Berechnungen durchgeführt haben, absehen. Die drohende Gefahr der Zahlungsunfähigkeit der Einrichtungen ist aber sehr groß. Hier wurde ja schon erwähnt, dass wir nicht auf andere Budgets zugreifen können und dürfen. Wir können und dürfen nicht aus Lebensmittelkosten, geschweige denn aus Personalkosten Investitionskosten refinanzieren.

Aufgrund dieser dramatischen wirtschaftlichen Situation wird es ab 2021 nach der aktuellen Version des APG und seiner DVO natürlich zu deutlichen Versorgungsengpässen kommen.

Dass wir sie bereits jetzt haben, dass sie heute schon beginnen, dass der Druck bereits da ist und dass Investoren auch nicht mehr bereit sind, in dem Maße zu investieren, wie das in den letzten Jahren der Fall war, können wir auch schon an dem Ergeb-

nis des vom Ministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Kurzzeitpflege erkennen. Es zeigt nämlich ganz klar, welcher enormer Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen besteht. Dieser Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen ist wiederum ein Ergebnis des enorm hohen Drucks auf die stationäre Versorgung, weil die Träger dann keine eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze mehr zur Verfügung stellen.

Vorhin wurde ausgeführt, hier gehe es mehr um die wirtschaftlichen Interessen als um die gegensätzlichen Interessen unserer Senioren. Wir haben aber das gleiche Interesse; denn wir wollen eine stabile Versorgungslage haben. Und diese stabile Versorgungslage ist definitiv gefährdet, wenn wir jetzt nicht schnell handeln.

Jörg Uthmann (Verband der Privaten Krankenversicherung): Frau Schneider, Hintergrund unseres Änderungsvorschlags zu § 5 Abs. 1 APG ist die Klarstellung und die Vorbeugung von Missverständnissen. Der bislang dort genannte Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung hat eine Zuständigkeit alleine für den Bereich der Qualitätsprüfungen, die im SGB XI mittlerweile vorgesehen sind. Zielrichtung dieses Absatzes ist jedoch nicht die Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen, sondern insbesondere der Übergang vom Krankenhaus in die stationäre oder auch ambulante Versorgung. Hiermit hat unser Prüfdienst, der auch rechtlich-organisatorisch eine Einheit des PKV-Verbandes ist, gar nichts zu tun. Da ist eher unser Medizinischer Dienst, die MEDICPROOF GmbH, zuständig. Diese hat aber, wie gesagt, rechtlich eine andere Organisationsform und nichts mit diesem Prüfdienst zu tun. Insofern sollte man in diesem Absatz eine Klarstellung vornehmen, um Missverständnisse zu vermeiden.

Jens Harder (Alloheim Senioren-Residenzen): Frau Schneider, Ihre Nachfrage könnte ich im Prinzip nur mit einem Ja beantworten. Der Plenarsaal reizt aber doch zu einigen weiteren Sätzen.

Herr Pannen hat vorhin schon aus meiner Sicht sehr nachdrücklich und eindrücklich ausgeführt, wie die Situation gerade bei kleineren Pflegeeinrichtungen ist. Wir haben 40 Häuser in NRW – zwar nicht in der Größe, die Herr Pannen anschaulich dargestellt hat. Aber für jedes Haus besteht ein erheblicher wirtschaftlicher Druck. Das ist jedem hier Anwesenden heute deutlich geworden, glaube ich. Ich bin zwar Geschäftsleiter bei Alloheim Senioren-Residenzen, habe aber selber Pflege gelernt und kann Ihnen eines sagen: Man kann bei der Pflege den pflegerischen Aspekt und die Wirtschaftlichkeit kaum voneinander trennen.

Nun könnte man sagen: Was soll's? Dann kommt es halt zu wirtschaftlichen Einbußen für die Pflegeeinrichtungen. Vielleicht wird die eine oder andere auch ihren Betrieb einstellen, wie Herr Pannen das geschildert hat. Die ambulante Versorgung ist ja so wieso die beliebte Form.

Wir betreiben beides, und ich kann Ihnen Folgendes sagen: Auch wenn die ambulante Versorgung die gewünschte Form ist, kann nicht jeder Pflegebedürftige ambulant versorgt werden. – Das wurde hier auch schon sehr deutlich dargestellt. Ich möchte noch eines hinzufügen: Eine 24-Stunden-Vollversorgung in der ambulanten Pflege ist zumindest nicht günstiger als eine vollstationäre Versorgung.

Geschäftsaufgaben von Pflegeeinrichtungen – da muss man private und Wohlfahrts-Trägerschaften gar nicht künstlich trennen – haben definitiv Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen. Wie erklärt man denn einem Pflegebedürftigen, der sich bewusst für eine Pflegeeinrichtung entschieden hat – egal in welcher Trägerschaft, freigemeinnützig oder privat, und egal, ob es ein 180- oder ein 30-Betten-Haus ist –, dass er ausziehen muss, weil der Betreiber den wirtschaftlichen Betrieb seiner Pflegeeinrichtung nicht mehr sicherstellen kann? Und welche kommunalen Auswirkungen auf Gemeinden, Landkreise und Städte hat es denn, wenn aus diesem Grund Heime geschlossen werden und Pflegebedürftige verteilt werden, die in ihrem letzten Lebensabschnitt noch einmal einen großen Umzug planen müssen?

Unter diesem Aspekt ist es von Betreiberseite ein sehr entschiedenes und sehr eindrückliches Ja.

Dr. Harry Fuchs: An mich als Einzelsachverständigen sind zwei Fragen gerichtet worden. Ich komme zunächst zu der Frage zur Änderung von § 2 Abs. 1 Satz 4 APG.

Damit Sie das richtig einordnen können, will ich noch einmal die Rechtslage darstellen. Das Pflegeversicherungsgesetz gibt zunächst allen beteiligten Akteuren – den Leistungserbringern, den Kostenträgern, aber auch den Ländern – eine gemeinsame Verantwortung für die pflegerische Versorgung, unterteilt das aber sofort, indem es zum einen die Verantwortung für die Strukturqualität den Ländern zuweist und zum anderen die Verantwortung für die Qualität der Leistungsausführung den Pflegekassen zuweist.

Sie haben das ganze Thema bisher unter dem Oberbegriff „Wahlfreiheit“ diskutiert. Das Thema „Wahlfreiheit“ ist aber im Rahmen der Leistungsausführung nach dem Leistungsrecht angesiedelt. Das heißt: Sie können im Versorgungsstrukturbereich eigentlich regeln, was Sie wollen; die entscheidende Frage ist, dass die Wahlfreiheit über das Leistungsrecht erfolgt.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist ja gerade schon definiert worden. Wir haben heute auch Beispiele gehört. So wurde der § 63a SGB XII in der Fassung des PSG III angesprochen. Dort erleben wir das zurzeit ganz aktuell. Minister Laumann hat in einer Sitzung des Landesausschusses Alter und Pflege seiner Verwunderung darüber Ausdruck verliehen, dass ein 80-Jähriger, der pflegebedürftig ist und ins Heim will, jetzt erst noch die Zustimmung des Trägers der Sozialhilfe braucht, um diesen Schritt tun zu können. Hier führt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ mit den leistungsrechtlichen Regelungen zu solchen Ergebnissen. Diese Einschränkung der Wahlfreiheit wird uns im Lande auch noch beschäftigen.

Das andere Thema ist in der Tat die Versorgungsstrukturverantwortung, die das Land hat. Diesbezüglich regeln Sie mit dem § 2 APG etwas. Bisher entsprach diese Versorgungsstrukturregelung exakt dem, was leistungsrechtlich den Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausmacht. Nicht mehr und nicht weniger ist hier geregelt. Das hat mit Wahlfreiheit und all dem, was hier diskutiert worden ist, nun aber auch gar nichts zu tun. Vielmehr gibt es Ihnen, weil Sie auch für die Fördermittel im Rahmen der Investitionsförderung verantwortlich sind, ein Gestaltungsinstrument an die Hand, mit dem Sie in der Lage sind, die verfügbaren Mittel entsprechend zu steuern.

Das ist auch notwendig. Heute wurde im Landtag ja sehr viel über fehlende Kurzzeitpflegeplätze und andere Defizite in den pflegerischen Strukturen berichtet. Das bedeutet: Sie müssen über die Investitionskostenförderung und deren Steuerung Einfluss nehmen können.

Und das können Sie mit der bisherigen Regelung tun. Sie hat überhaupt keinen politischen Impetus, sondern entspricht im Grunde genommen spiegelbildlich dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Alles, was diesbezüglich jetzt abgeleitet worden ist, mag also alle möglichen Interessen reflektieren, hat aber mit der Wirklichkeit nicht sehr viel zu tun.

Ich kann Ihnen nur dringend raten: Wenn Sie an Ihrem Gestaltungsinstrument – das ist Ihr Gestaltungsinstrument, das Sie als Abgeordnete haben – festhalten wollen, belassen Sie es bei der bisherigen Regelung, weil Sie damit die bessere Argumentationsgrundlage für den Einsatz der im Landeshaushalt verfügbaren Mittel haben, und zwar auch in die Richtung der nichtstationären Versorgung. Vorher, als das noch nicht mit dem Leistungsrecht identisch war, gab es da durchaus Probleme.

Die zweite Frage bezog sich auf Ihre eigene Rolle. Dazu habe ich auch in meiner schriftlichen Stellungnahme etwas ausgeführt. Die hier vorgesehene Änderung ist, dass der Passus „im Einvernehmen mit dem Landtag“ gestrichen werden soll. In der Gesetzesbegründung wird auch sauber dargestellt, warum das nach der GGO so nicht mehr möglich ist. Es hat also mit der Frage, ob Sie beteiligt werden, zunächst einmal nichts zu tun, sondern damit, wie weit Ihre Beteiligungsrechte gehen. „Einvernehmen“ ist ein sehr starkes Schwert. Dass Sie weiterhin beteiligt werden sollen, steht natürlich in der neuen Regelung – Art. 10 Nr. 6, § 21 APG. Die Frage ist ja: Braucht man dann, wenn Sie beteiligt sind, überhaupt diese Einvernehmensverpflichtung? Wenn das Parlament als Souverän in seinen Ausschüssen einen klaren Willen bekundet, kann ich mir nicht gut vorstellen, dass das ausführende Organ, die Landesregierung, dem nicht folgt. – Das ist eine Sichtweise auf dieses Thema.

Wichtiger ist – das habe ich auch deutlich gemacht –, dass es nicht nur um den erstmaligen Erlass einer Rechtsverordnung geht, sondern auch um die Änderungen gehen muss. Ich habe vorgeschlagen, das entsprechend klarzustellen.

Hier geht es in der Tat um Ihre originären Rechte, die Sie haben. Aus meiner persönlichen Erfahrung heraus – ich mache jahrzehntelang Politikberatung auf allen Ebenen, berate Abgeordnete in Parlamenten auf der Bundesebene wie auf Länderebene und war selbst lange Zeit Abteilungsleiter in einem Landesministerium, und zwar im Freistaat Sachsen, habe also die Rolle und die Situation von Parlamenten aus allen möglichen Perspektiven kennengelernt – kann ich Ihnen nur dringend raten: Erhalten Sie sich Ihre Rechte.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Damit sind wir am Ende der Anhörung zu den Art. 10 und 11. Ich darf mich insbesondere bei den Sachverständigen auf der von mir aus gesehen linken Seite des Plenarsaals herzlich bedanken. Soweit die Art. 12 bis 14, mit denen wir uns gleich befassen werden, Sie nicht mehr betreffen, darf ich Ihnen eine gute Heimreise wünschen. Bis zum nächsten Mal!

Die anderen bitte ich, umzuschalten; denn wir kommen jetzt zur Anhörung zu Art. 12, Änderung des Behindertengleichstellungsgesetzes Nordrhein-Westfalen, und Art. 13, Änderung des Inklusionsgrundsatzgesetzes Nordrhein-Westfalen. Dazu liegen mir bereits drei Wortmeldungen vor. Bitte sehr.

Josef Neumann (SPD): Im Rahmen dieses Entfesselungspaketes wird vorgeschlagen, dass die durch das Inklusionsstärkungsgesetz, das im Juni 2016 beschlossen worden ist, vorgesehene Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung und den Stand der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention an den Landtag nur jeweils zur Mitte der Legislaturperiode vorgenommen werden soll. Der hierfür vorgesehene Termin war der 31. Dezember 2018. Ich erinnere daran, dass die Konvention bereits 2009 in Kraft getreten ist. Nun ist geplant, dass diese Berichterstattung verschoben werden soll. Ich würde gerne vom SoVD und von Herrn Dr. Harry Fuchs, aber auch von der LAG Selbsthilfe wissen, wie sie diesen Tatbestand beurteilen. Denn ich kann mir durchaus vorstellen, dass es nach dreijähriger Erfahrung in diesem Bereich mit dem Inklusionsstärkungsgesetz unabdingbar wäre, einen Bericht vorzulegen.

Stefan Lenzen (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Strunz vom Landesbehindertenrat und Frau Schlatholt von der LAG Selbsthilfe. Wie bewerten Sie die Erleichterung des Verfahrens zum Abschluss von Zielvereinbarungen nach dem Behindertengleichstellungsgesetz?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich würde die von Herrn Kollegen Neumann gestellte Frage gern noch etwas konkretisieren. In der Gesetzesbegründung wird darauf abgestellt, dass ein Bericht deswegen nicht gegeben werden sollte, weil die Landesregierung Einfluss auf den operativen Bereich nehmen könne. Wie bewerten Sie diesen Vorhalt? Was hindert die Landesregierung daran, diesen Bericht abgeben zu können? – Ich bitte den Landesbehindertenrat, Herrn Dr. Fuchs und die LAG Selbsthilfe um Antwort dazu.

Vorsitzende Heike Gebhard: Vielen Dank. – Weitere Wortmeldungen der Abgeordneten sehe ich nicht. Dann eröffne ich die Antwortrunde.

Dr. Willibert Strunz (Landesbehindertenrat NRW): Wir haben uns darauf verständigt, dass die Vorsitzende des Landesbehindertenrates NRW, Frau Servos, die Beantwortung der an uns gerichteten Fragen übernimmt.

Gertrud Servos (Landesbehindertenrat NRW): Ich danke für die Einladung und nehme gerne die Gelegenheit wahr, Ihnen im Sinne des Landesbehindertenrates zu antworten.

Das Instrument der Zielvereinbarung ist ein gutes, aber vor allen Dingen auch ein schwerfälliges Instrument. Das Ganze wird in erster Linie im Ehrenamt ausgeübt. Man

darf aber nicht unterschätzen, dass es – was nach außen wenig deutlich wird – kommunal viele Lösungen im Rahmen der gemeinsamen Gespräche mit den Betroffenenverbänden und allen anderen Akteuren gibt, und zwar Lösungen unterhalb der Zielvereinbarung. Zwar wird von den Anbietern bzw. den Vertretern der einen Seite gesagt, eine Zielvereinbarung sei ihnen zu schwerfällig. Aber das Problem beispielsweise der Barrierefreiheit vor Ort lösen wir in diesem Sinne recht praktikabel.

Wir sagen, dass das Ganze nicht mehr notariell beglaubigt werden muss. Dies ist ein Instrument, um Zielvereinbarungen zu erleichtern. Der Landesbehindertenrat hat schon sehr lange daran mitgearbeitet, Zielvereinbarungen abzuschließen. Im Laufe der Legislaturperioden ist die Zuständigkeit an die Agentur für Barrierefreiheit übergeben worden. Wir begrüßen sehr, dass die Agentur für Barrierefreiheit zum Kompetenzzentrum für Barrierefreiheit geworden ist. Allerdings halten wir es für dringend notwendig, dass weiterhin vor Ort Zielvereinbarungen getroffen werden können. Dafür ist es auch erforderlich, dass die auf der Betroffenenenseite handelnden Akteure überhaupt die Möglichkeit haben, diesen langwierigen Prozess standhaft durchzuführen. Ich habe an Zielvereinbarungen teilgenommen, die acht Jahre gedauert haben. Insofern wären auch noch andere Erleichterungen durchaus sinnvoll, um dem Instrument der Zielvereinbarung mehr Gewicht zu geben.

Dr. Harry Fuchs: Als ich im Zusammenhang mit den Fragen, zu denen ich als Sachverständiger geladen bin, die Kurzfassung „Entfesselungspaket“ gelesen habe, habe ich gedacht: Donnerwetter; endlich einmal eine Landesregierung, die die ganzen Hemmnisse und Defizite, die für behinderte Menschen in diesem Land bestehen, angeht und die Defizite aufarbeitet und die Hemmnisse abbaut. – Gemessen daran haben wir uns jetzt nur mit zwei Dingen zu befassen.

Zu den Zielvereinbarungen hatte ich noch einen ergänzenden Vorschlag unterbreitet. Natürlich ist jede Entbürokratisierung – hier passt sie auch – eine Verbesserung. Dann sollte man aber bitte auch den elektronischen Weg zulassen. Denn das macht die Sache erst wirklich rund und vereinfacht sie auch noch einmal.

Was die Frage der Frist betrifft, müssen wir uns – ähnlich wie bei der ersten von mir beantworteten Frage – einen anderen Teil anschauen. Auch hier geht es nämlich um Ihre eigenen Interessen und Rechte als Parlament. Der Gesetzgeber – und das sind Sie alle – hat in Nordrhein-Westfalen mit dem Inklusionsstärkungsgesetz – übrigens als erstes und bisher auch einziges Bundesland – den allgemeinen Teil der UN-Behindertenrechtskonvention ins Landesrecht übernommen. Das ist ein gewaltiger Akt. Er hat natürlich auch Folgen, die sich, weil es sich ebenfalls um ein Artikelgesetz handelt, in vielen Lebensbereichen behinderter Menschen, aber auch in vielen Strukturen der Körperschaften in unserem Lande auswirken.

Deswegen war auch klar, dass der Landtag ein ureigenes Interesse daran hatte, innerhalb einer angemessenen Frist – sie war auf drei Jahre festgelegt, wie Herr Neumann schon gesagt hat – dann frühzeitig einen Erkenntnisstand zu gewinnen: Wird das Gesetz überhaupt umgesetzt? Wie wird es umgesetzt? Werden wir als Parlament ernst genommen? Was müssen wir zur Kenntnis nehmen? Wo nehmen wir Defizite wahr, die wir angehen müssen? Wie müssen wir das Ganze weiterentwickeln?

Das war das Ziel dieser Regelung. Das war Ihr ureigener Wille. Die Frage ist, ob Sie dieses Ziel wirklich aufgeben können. Denn der vorliegende Gesetzentwurf trägt im Langtext die Überschrift „Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I“. Ich finde diese Frist weder unnötig noch belastend. Sie ist einfach notwendig, und zwar in Ihrem Interesse als Parlamentarier, einerseits die Regierung zu kontrollieren, ob das, was Sie beschlossen haben, auch wirklich umgesetzt wird, und andererseits tatsächlich zu klären: Gibt es weiteren Handlungsbedarf?

Da kann ich aus der Wahrnehmung als Experte des Behindertenrechts nur sagen: Den gibt es. Wir haben praktisch in allen Artikelbereichen des Inklusionsstärkungsgesetzes erhebliche Umsetzungsdefizite. Es wäre eine Peinlichkeit, wenn wir, nachdem wir als erstes Bundesland ein solches Gesetz dankenswerterweise haben, uns selbst nicht mehr ernst nehmen würden und jetzt auch nicht wahrnehmen würden, was sich da tut, um dann wieder einzugreifen. Das wäre schade.

Deshalb kann Ihnen nur dringend raten: Bleiben Sie bei Ihrer bisherigen Terminierung. Nehmen Sie jetzt wahr, was tatsächlich in der Umsetzung passiert. Dann haben Sie noch eine Chance, in dieser Legislaturperiode darauf zu reagieren.

Nach meiner Überzeugung brauchen behinderte Menschen das. Sie warten auch darauf, dass Sie das tun. Denn sonst merken sie – hier nenne ich nur das Stichwort „Politikverdrossenheit“ –: Das Parlament hat zwar etwas gemacht. Das wird aber überhaupt nicht ernst genommen. Wir als behinderte Menschen haben nicht den Profit davon, den wir uns erhofft haben.

Als Politiker muss man abwägen, was einem wichtiger ist – die Wahrnehmung bei behinderten Menschen oder die in der Gesetzesbegründung angeführten administrativen Fragestellungen. Durch die Formulierung scheint ja hindurch, dass die kommunale Familie, die dann Bericht erstatten muss, dies als große Belastung darstellt, weshalb man mehr Zeit gewinnen möchte.

Ich bin in diesem Lande seit vielen Jahren als Sachverständiger zu den verschiedensten Themen tätig und sage Ihnen ganz deutlich: Ich habe noch nie erlebt, dass die kommunale Familie gesagt hätte, ein Vorhaben des Landes sei nicht für sie belastend oder nicht konnexitätsrelevant.

Wenn Sie darauf abstellen und das dann mit der Frage korrelieren, was Sie für behinderte Menschen tun wollen und wie ernst Sie behinderte Menschen mit ihren Problemen nehmen, wäre jedenfalls für mich – das ist meine persönliche Auffassung – die Entscheidung relativ einfach: Die administrative Seite wird hinter die Interessen behinderter Menschen und hinter meinen Anspruch als Parlamentarier, für behinderte Menschen erfolgreich tätig zu werden, gestellt.

Annette Schlatholt (LAG Selbsthilfe NRW): Ich bin Geschäftsführerin bei der LAG Selbsthilfe. Die LAG Selbsthilfe ist ein Interessenzusammenschluss von rund 130 Verbänden behinderter und chronisch kranker Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wir haben sehr viel mit dem Thema „Barrierefreiheit“ zu tun.

Zunächst haben wir einen Schreck bekommen, als wir gesehen haben, dass in dem Entfesselungspaket I auf die Zielvereinbarungen eingegangen wird. Es beruhigt uns aber, dass sie nicht gestrichen werden sollen. Denn wir sehen sie als ein sehr effektives Instrument an, um Einrichtungsgebäude im Bestand von Trägern öffentlicher Belange im Nachhinein barrierefrei gestaltet zu bekommen. Dies ist auch in vielfältiger Form wahrgenommen worden.

Insofern begrüßen wir es natürlich, dass hier die Anforderungen an den formalen Ablauf dadurch reduziert werden, dass nach dem Zustandekommen einer Zielvereinbarung nicht noch eine notarielle Beglaubigung oder öffentliche Beglaubigung der Vereinbarung erforderlich ist. Aus unserer Sicht reicht es auch aus, wenn eine Originalfassung der Vereinbarung im PDF-Format an das Register beim Land geschickt wird; denn dann ist gesichert, dass der Text, der im Umlauf ist, identisch ist.

Ansonsten sind wir für jede Erleichterung in dieser Hinsicht dankbar. Wie Frau Servos schon sagte, werden Zielvereinbarungen in vielfältiger Weise ehrenamtlich bewältigt – oder von Verbänden, die keine besonders gute Ausstattung in der Hauptamtlichkeit haben. Daher sind wir über jede Erleichterung froh und freuen uns, wenn diese Möglichkeit der Zielvereinbarung erhalten bleibt, um noch einiges zu bewirken.

Was die Frist angeht, schließen wir uns den Ausführungen von Herrn Dr. Fuchs an. Dem ist nicht mehr viel hinzuzufügen. Wir sind ein durch Projekte finanzierter Verband. Insofern würde ich mich auch über jeden Bericht, den ich nicht schreiben muss, freuen. In diesem Fall sind wir aber schon der Meinung, dass die Menschen mit Behinderung nach ungefähr drei Jahren sehen sollten, inwieweit die Umsetzung im Land Nordrhein-Westfalen erfolgt und wie ernst die Grundsätze der UN-Konvention genommen werden. Dann besteht auch die Möglichkeit, Dinge, die vielleicht nicht richtig funktionieren, nachzujustieren, damit nicht noch weitere Zeit verloren wird, wenn etwas in die falsche Richtung läuft.

Ich kann bestätigen, dass Menschen mit Beeinträchtigung schnell den Eindruck haben, im Zweifel würden ihre Belange hinten angestellt oder nicht berücksichtigt. Umso wichtiger wäre das Signal, zu sagen: „Das Gesetz ist so, wie es da ist, wichtig“, und zwar unabhängig von der politischen Zusammensetzung. Schließlich geht es um die Umsetzung der UN-Konvention. Hier sollte man unabhängig von Fraktions- und sonstigen Interessen im Sinne der Menschen mit Behinderung handeln.

Daniel Kreutz (SoVD NRW): Herr Neumann, was Ihre Frage angeht, kann ich mich vollinhaltlich den Ausführungen von Herrn Dr. Fuchs, Frau Schlatholt und Frau Servos anschließen. Wir haben uns rational nicht erklären können, was die Landesregierung reitet, diese Verschiebung vorzusehen. Die politische Wirkung in der Landschaft ist ja schon beschrieben worden. Das ist dem Ansehen der Landesregierung sicher nicht förderlich.

Im Übrigen wird in der Gesetzesbegründung der Eindruck erweckt, der Landesgesetzgeber habe hier irrtümlich eine widersprüchliche Regelung getroffen, weil er einerseits von der Mitte der Wahlperiode spricht und andererseits einen zu frühen Termin für den

Erstbericht festlegt. Ich bin davon überzeugt, dass nicht einmal diejenigen, die das geschrieben haben, glauben, dass es richtig ist.

Vorsitzende Heike Gebhard: Mir liegen keine weiteren Fragen vor. – Das bleibt auch so. Dann darf ich mich herzlich bei Ihnen bedanken und auch Ihnen einen guten Heimweg wünschen.

Nun kommen wir zum letzten Artikel, dem Art. 14, Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen. Ich bitte um Wortmeldungen.

Susanne Schneider (FDP): Meine erste Frage geht an die Ärztekammern und den vdek. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen zur Beschleunigung von Planungsverfahren und die Öffnung für Alternativen zur Planungsgröße und zur Bettenzahl?

Mit meiner zweiten Frage wende ich mich an die Krankenhausgesellschaft und Jüngerkes & Schlüter. Inwiefern könnte eine Gelegenheit zur Stellungnahme zu Änderungsvorgaben des Ministeriums aufgrund der Vermeidung von Klageverfahren verbindliche Feststellungen beschleunigen?

Meine dritte Frage richtet sich an die Krankenhausgesellschaft, die Ärztekammern und den vdek. Wie bewerten Sie die Einführung einer Einzelförderung als ergänzendes Fördererelement zur gezielten Förderung von Strukturentwicklungen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Meine erste Frage bezieht sich auf den Krankenhausplan. Dort ist nun eine Verknüpfung mit dem Begriff der qualitativen Hochwertigkeit geplant. Daher richtet sich die Frage an die Ärztekammern bzw. an den Marburger Bund. Wenn von einer qualitativ hochwertigen Versorgung gesprochen wird, sagen die Ärzte: Gut; das ist der Status quo. – In der Gesundheitspolitik bezieht sich diese Aussage, wie ich jetzt feststellen durfte, häufig auf das Qualitätsmanagement. Haben Sie den Eindruck, dass eine Zunahme des Qualitätsmanagements Sie im Sinne des Gesetzes entfesselt?

Meine zweite Frage konkretisiert im Prinzip das von Frau Schneider Gesagte noch einmal. Sie beziehen sich auf den § 21a KHGG bzw. die dort geplante Einzelförderung von Investitionen. Haben Sie aufseiten der Krankenhausgesellschaft den Eindruck, dass diese Lücke in der Krankenhausfinanzierung dadurch tatsächlich geschlossen wird? Oder ist das eher Augenwischerei?

Peter Preuß (CDU): Ich habe eine Frage an den vdek und die Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter. Der vdek beschreibt in seiner Stellungnahme, die Krankenhausplanung solle stärker qualitätsorientiert und nicht an der Bettenzahl orientiert sein. Die Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter bezeichnet in ihrer Stellungnahme den Begriff „qualitativ hochwertig“ als problematisch; denn es sei schwer zu beschreiben, was damit eigentlich gemeint ist. Meine Frage lautet: Wie könnte denn eine Qualitätsbeschreibung als Alternative zur Bettenkapazität aussehen?

Ich habe noch eine weitere Frage an die Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter. Hier ist ja eine Einzelförderung vorgesehen. Welche Auswirkungen hat die Einzelförderung auf kurzfristige Anlagegüter?

Serdar Yüksel (SPD): Namens der SPD-Fraktion ganz herzlichen Dank für die umfangreichen Stellungnahmen. Ich habe auch umfangreiche Fragen.

In § 2 KHGG ist ein Einschub vorgesehen, weil man davon ausgeht, dass es bei bestimmten Erkrankungen durchaus sinnvoll sein soll, von der Ausweisung eines psychiatrischen Pflichtversorgungsgebietes abzusehen. Meine Frage an die Ärztekammern lautet, bei welchen psychischen Erkrankungen dies als durchaus sinnvoll erachtet wird.

Meine nächste Frage richtet sich ebenfalls an die Ärztekammern. In § 10 Abs. 2 KHGG geht es um die Meldung von außergewöhnlichen Ereignissen. Diesbezüglich wird kein bürokratischer Mehraufwand erwartet. Teilen Sie die Auffassung, dass damit kein bürokratischer Mehraufwand für die Krankenhäuser verbunden ist?

In dem neuen § 12 Abs. 4 KHGG wird die Forcierung grundsätzlich auf die Notfallversorgung und auf die Behandlungsschwerpunkte abgestellt. Sie kritisieren als Ärztekammern, dass der Begriff der Behandlungsschwerpunkte nicht definiert ist. Um da der Beliebigkeit vorzubeugen, sollte klar betont werden, was mit Behandlungsschwerpunkten gemeint ist. Mich würde in diesem Zusammenhang interessieren – diese Frage geht an die Ärztekammern, aber auch an Herrn Dr. Sorgenfrei vom Lukas-Krankenhaus –: Wie könnte eine solche Definition des Behandlungsschwerpunktes aussehen, damit man der Beliebigkeit bei der Verwendung dieses Begriffs vorbeugen kann? Und worauf gilt es aus Ihrer Sicht auch zu achten?

An die kommunalen Spitzenverbände habe ich ebenfalls eine Frage zu § 12 Abs. 4 KHGG. Sie kritisieren die interkommunalen Zusammenschlüsse, führen aus, dass das keine kommunale Angelegenheit sei, sondern eine Optimierung der Landesversorgung, und sprechen davon, dass die Kommunen dabei unterstützt werden müssten. Wie sieht eine solche Unterstützung aus? Sie erwähnen ausdrücklich, dass man dies im Rahmen der Novellierung in § 17 KHGG hätte vorsehen müssen, was die Beteiligungsverpflichtung angeht. Das nimmt der Gesetzentwurf nicht in Angriff. Dazu hätte ich gerne weitere Ausführungen gehört.

An die Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter habe ich eine Frage zu der Notfallversorgung. Sie führen aus, die Notfallversorgung verursache Kosten; die Finanzierung der Krankenhäuser sei nicht gesichert; man müsse sie erst einmal in die Lage bringen, eine solche Versorgung sicherzustellen. Wo sehen Sie konkret eine Gefährdung der Notfallversorgung?

Eine weitere Frage bezieht sich auf § 13 Abs. 1 KHGG und betrifft die Mindestfallzahlen. Die Ärztekammern sehen das in ihrer Stellungnahme sehr skeptisch und argumentieren, dass schwer zu bestimmen sei, wo die Zahl genau liegen solle. Meine Frage lautet: Wenn der Gesetzgeber außerstande ist, eine quantitative Empfehlung auszusprechen, was die Mindestzahlen angeht, ließe sich so etwas nicht evaluieren und anhand des Bedarfs korrigieren? Denn letztlich wäre das auch ein mögliches Instrument der Qualitätssicherung. Den Anreiz der Leistungssteigerung sehe ich persönlich nicht. Ich glaube also nicht, dass man so viel wie möglich operieren würde, um eine solche Mindestfallzahl zu erreichen. Deshalb frage ich Sie: Was wäre aus Ihrer Sicht eine qualitätsorientierte Alternative zu der von Ihnen als negativ bewerteten Orientierung an den Mindestfallzahlen?

An dieser Stelle mache ich erst einmal einen Punkt. Sonst wird es zu viel. Meine weiteren Fragen würde ich dann gerne in einer zweiten Runde stellen.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich habe nur noch einige ergänzende Fragen. Viele Fragen sind ja schon gestellt worden.

Beginnen möchte ich mit einer Frage an die Krankenhausgesellschaft. Ehrlich gesagt, finde ich viele Punkte von der Zielrichtung her durchaus nachvollziehbar, zumal Sie in Ihrer Stellungnahme im Wesentlichen auf die Fristen abstellen. Welche inhaltlichen Punkte würden Sie denn in dem neuen Krankenhausgestaltungsgesetz für notwendig halten? Und wie bewerten Sie – das ist mir nicht ganz klar geworden, weil Sie in erster Linie auf die Fristen abgestellt haben – die Fokussierung, dass im neuen Krankenhausplan, wie es ja 2015 auch schon angelegt worden ist, auch weitere inhaltliche Gestaltungspunkte eingeführt werden sollen?

An Herrn Loos vom IGES Institut habe ich eine ähnliche Frage. Sie haben ein Gutachten abgegeben, das sich im Wesentlichen auf das Jahr 2015 bezieht, und konstatieren darin zumindest – ich stehe dazu, dass ich noch nicht alles gelesen habe, sondern in erster Linie die Zusammenfassung –, dass es einen Paradigmenwechsel gegeben hat, was die Planung betrifft. Halten Sie diesen Gesetzentwurf für eine konsequente Fortsetzung dessen oder für ein Abgehen davon? Ich würde also gerne hören, wie Sie das inhaltlich bewerten, sofern Ihnen dies heute mündlich möglich ist.

Ein wichtiger Punkt ist vom Kollegen Yüksel schon angesprochen worden. Dazu habe ich auch eine Frage, und zwar an die Ärztekammern, die Krankenhausgesellschaft und Herrn Loos vom IGES Institut. Die Möglichkeit, über Einzelförderung noch stärker gestaltend eingreifen zu können, birgt ja die Gefahr, wie die Ärztekammern andeuten, dass nicht zwingend nach inhaltlichen Gesichtspunkten, sondern möglicherweise nach regionalem Proporz oder anderen Gesichtspunkten geurteilt werden könnte. Das ist jetzt meine böse Unterstellung, obwohl ich diesem Instrument eigentlich durchaus positiv gegenüberstehe. Welche Notwendigkeiten sehen Sie, hier Spielregeln festzulegen, damit ausreichend Transparenz besteht und die von mir gerade unterstellten Mechanismen nicht greifen können?

Die Frage zu den Mindestzahlen hat der Kollege Yüksel schon gestellt. Ich brauche sie jetzt nicht zu wiederholen.

Meine letzte Frage bezieht sich auf den § 2 KHGG, Krankenhausleistungen. Künftig soll die Beratungspflicht bei möglichen Schwangerschaftsabbrüchen nicht mehr zwingend bestehen. Insbesondere von den Vertretern der Krankenhausgesellschaft, aber auch von den Vertretern von den Ärztekammern würde ich gerne hören, wie Sie das bewerten.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Nachdem alle Fraktionen jetzt in einer ersten Runde Fragen gestellt haben, können wir mit der Antwortrunde beginnen. Dazu erteile ich den Expertinnen und Experten in der im Tableau aufgeführten Reihenfolge das Wort.

Stefan Hahn (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW): Herr Yüksel, Sie haben in unsere Richtung die Frage gestellt, wie die Ausführungen in unserer Stellungnahme zu Strukturveränderungen und Finanzierung gemeint sind.

Lassen Sie mich Folgendes vorausschicken: Dem Grunde nach unterstützen wir eine Verbesserung der Investitionsförderung für Krankenhäuser. Das ist ganz klar. Schließlich sind wir als Kommunen auch Träger zahlreicher Krankenhäuser. In der Vergangenheit und gerade am Ende des letzten Jahres hat uns allerdings in besonderer Weise gestört – das ist hier auch bekannt –, dass wir über die gesetzliche Regelung in eine automatische Mitfinanzierungsverpflichtung hineinkommen. In dem Moment, in dem der Landeshaushalt eine Erhöhung vorsieht, buchen Sie quasi direkt in die kommunalen Haushalte hinein. Insbesondere im letzten Jahr hat das ja eine böse Resonanz vonseiten der kommunalen Familie verursacht.

Jetzt wird – und damit gehe ich auf Ihre Frage ein – mit dem § 21a KHGG noch ein qualitativ neues Instrument geschaffen, das sich auch auf diesen Punkt auswirkt. Warum sollen denn die Kommunen – sprich: die Städte und Gemeinden – die Krankenhausinvestitionen mitfinanzieren? Wir haben in den vergangenen Jahren immer schon kritisiert, dass wir sie mitfinanzieren. Ein gewisses Verständnis dafür haben wir natürlich, weil wir auch aus der örtlichen Sicht eine gewisse Verantwortung für die Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung vor Ort sehen.

Der neue § 21a KHGG verfolgt nach dem Gesetzestext aber ein Stück weit auch das Ziel, die – sicherlich zum Teil auch gebotenen und notwendigen – strukturellen Maßnahmen zu unterstützen, um die Krankenhauslandschaft zu optimieren, also das eine oder andere Krankenhaus zumindest zu fusionieren, wenn nicht sogar möglicherweise Standorte zu schließen. Wir haben doch erhebliche Zweifel, ob dafür kommunale Mittel verwandt werden sollen. Um es auf den Punkt zu bringen: Damit würde man Städte und Gemeinden verpflichten, Investitionen mit zu fördern, die dem Ziel dienen, das vor Ort befindliche Krankenhaus zu schließen.

An dieser Stelle ist unsere Auffassung klar. Wir haben schon Probleme mit der bisherigen Beteiligung der Kommunen an der Investitionsförderung gehabt. Erst recht sehen wir ein Problem darin, die Kommunen an Schließungen zu beteiligen, die im ländlichen Bereich wahrscheinlich noch mehr stattfinden dürften als im urbanen Raum. Hier sehen wir die Sinnhaftigkeit oder die moralische Legitimation der Mitfinanzierung der Kommunen noch weniger als bei der bisherigen originären Krankenhausinvestitionsförderung.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Die erste von Frau Schneider an uns gerichtete Frage bezog sich auf den § 14 Abs. 3 KHGG, also die Gelegenheit zur Stellungnahme, nachdem das Ministerium Änderungen an konsentierten Planungskonzepten vorgenommen hat. Ja, in der Tat bitten wir darum, den an der Planung Beteiligten hier eine Frist zur Stellungnahme einzuräumen. Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme von vier Wochen gesprochen und meinen, dass das auch schnell gehen kann. Denn wir sind davon überzeugt, dass die an der Planung Beteiligten noch wertvolle Hinweise zu den vom Ministerium eingebrachten Änderun-

gen geben können. Eine Berücksichtigung dieser Statements könnte helfen, im Nachgang Klagen und Ähnliches zu vermeiden. Insgesamt sind wir dem Ziel, das Planungsverfahren zu beschleunigen, in hohem Maße aufgeschlossen. Das finden wir also gut. Nur diesen Punkt, noch einmal ein kurzes Zeitfenster für eine Stellungnahme einzuordnen, halten wir für sehr bedeutsam, und zwar nicht nur zur Vermeidung von eventuellen Klagen, die sich sonst ergeben könnten, wie ich gerade dargestellt habe, sondern auch im Hinblick auf Akzeptanz.

Bei der zweiten Frage, mit der Frau Schneider uns angesprochen hat, ging es um die Einzelförderung. Wenn es sich bei der neuen Einzelförderung gemäß § 21a KHGG um additive Mittel zur Baupauschale handelt, sehen wir damit unserem Anliegen, insgesamt das Volumen der Förderung aufzustocken, durchaus ein Stück weit Rechnung getragen. Wir können auch verstehen – das haben wir schon im Vorfeld immer gesagt –, dass ein gewisser Wunsch besteht, diese Mittel dann auch mit Steuerungswirkung auszustatten, sodass man sie nicht in die Breite gibt, sondern dabei spezielle Dinge berücksichtigt wissen will. Das halten wir für nachvollziehbar. Insgesamt – das ist ebenfalls keine Neuigkeit – halten wir aber das Volumen von Baupauschale einerseits plus neuer Einzelförderung andererseits nach wie vor für zu gering. Dazu werde ich gleich noch etwas sagen.

Nun wird im letzten Satz der Hinweis gegeben, dass es zusätzliche Verwaltungsvorschriften geben wird. Die Spielregeln, die eben hinterfragt worden sind, werden sich dann ein Stück weit aus diesen Verwaltungsvorschriften ergeben. Insofern können wir sie heute noch nicht beurteilen. Herr Minister Laumann hat aber in der letzten Zeit oft davon gesprochen, dass diese Förderung sich immer auch auf die strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhausangebote beziehen soll und solche Maßnahmen gefördert werden sollen, die strukturelle Wirkungen entfalten. Man will also zum Beispiel Kooperationen unterstützen, helfen, Doppelvorhaltungen von Abteilungen in unmittelbarer Nachbarschaft zu reduzieren, und Ähnliches. Das können wir verstehen. Die Verwaltungsvorschriften müssen wir uns dann noch einmal anschauen.

Zwei Punkte möchte ich aber schon heute dazu anmerken. Auch die Krankenhäuser, bei denen im Moment keine Notwendigkeit besteht, mit eventuellen Nachbarn strukturelle Vereinfachungen oder Verbesserungen zu finden, haben einen Förderbedarf. Sie dürfen nicht hinten herunterfallen. Wenn ein Krankenhaus sich in seinem Versorgungsauftrag bewegt – prominentes Beispiel: Geburtshilfe –, diese Versorgung erfolgreich betreibt, im Moment aber keine Angebote zur Abstimmung von Strukturen mit Nachbarkrankenhäusern machen kann, bleibt sein Bedarf, zum Beispiel in der Geburtshilfe einen Sectio-OP zu bauen, trotzdem bestehen. Das heißt, dass dieser Strukturbegriff unseres Erachtens geöffnet werden sollte, um auch solche Maßnahmen in Krankenhäusern abzudecken, die sich in ihrem Versorgungsprofil bewegen und es weiterentwickeln möchten, damit diese Häuser dann nicht leer ausgehen.

Herr Vincentz, Ihre Frage bezog sich auf die Lücke insgesamt. Im Moment ist in den Haushaltsplanungen vorgesehen, dass in den fünf Jahren von 2017 bis 2021 inklusive des Sonderprogramms 2017 in Höhe von 250 Millionen € eine Aufstockung um insgesamt 800 Millionen € erfolgen soll. Bricht man das auf das einzelne Jahr herunter, teilt es also durch fünf, beträgt in diesem Zeitfenster von 2017 bis 2021 die Aufstockung

im Durchschnitt ungefähr 160 Millionen € pro Jahr. Das ist schon eine Menge. Wir haben das auch immer so gesagt. Es reicht aber leider Gottes noch nicht einmal, um den Substanzerhalt zu gewährleisten; denn dafür wären aufgrund des bekannten Gutachtens des RWI ungefähr 1,1 Milliarden € per annum notwendig. Wenn wir das momentane Volumen von 530 Millionen € nehmen und dazu die gerade berechneten 160 Millionen € addieren, liegen wir aber nur in der Größenordnung von 700 Millionen € per annum. Das ist leider noch deutlich weniger, als für den reinen Substanzerhalt notwendig wäre.

Deswegen werden wir uns weiter dafür engagieren – auch dann, wenn die Verwaltungsvorschriften vorliegen –, dass das Volumen insgesamt erhöht wird.

Um auf Ihre Frage zurückzukommen: Die Regelungen, die uns heute bekannt sind, reichen dafür nicht. Das Gesetz schafft ja zunächst nur eine Ermächtigungsmöglichkeit, diese Einzelförderung zu gewähren, sagt aber nichts über deren Höhe aus. Insofern muss man das erst einmal abwarten.

Die Frage von Herrn Mostofizadeh habe ich so verstanden, dass wir auch noch einige Worte generell zu den inhaltlichen Aspekten dieser Gesetzesnovellierung sagen sollen. Das tue ich gerne. Wir haben den Eindruck – das möchte ich von unserer Seite festhalten –, dass es in vielen Dingen um die Ermächtigung des Landes geht, bestimmte Dinge tun zu können. Wie es diese Dinge dann tatsächlich umsetzt – auch am eben genannten Beispiel der Förderung –, werden wir aber noch zu erwarten haben.

Ich greife einmal die Krankenhausplanung nach Mindestfallzahlen heraus. Mit dem neuen § 13 Abs. 1 KHGG soll das Land ermächtigt werden, Mindestfallzahlen für spezielle Leistungsbereiche vorzugeben. Das kann man nun so oder so interpretieren. Wir haben heute die Brustzentren. Dort handelt es sich in der Summe um eine erfolgreiche Regelung, glaube ich. Führt man in § 13 Abs. 1 KHGG gesetzlichen Mindestfallzahlen ein, schafft man damit auch die Legitimation, solche Dinge festzulegen. Wenn dies so ausgeübt wird wie bei den Brustzentren, haben wir daran nichts zu kritisieren. Man kann sich aber auch eine viel weiter gehende Festlegung von Mindestmengen vorstellen, nämlich in Bereichen, die eigentlich der Regelungskompetenz des G-BA auf Bundesebene unterliegen. Würde diese Möglichkeit sehr intensiv oder extensiv genutzt werden, würden wir sagen: Das Land schießt über seinen Rahmen hinaus; das sollte man dem Bund überlassen. – Für besondere Fälle wie die von mir genannten Brustzentren ist dieses Instrument aber auch von unserer Seite nachvollziehbar.

Inhaltlich möchte ich noch etwas zu den Negativausweisungen sagen. In § 16 Abs. 1 KHGG soll das Land ermächtigt werden, einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid für bestimmte Leistungsbereiche, also unterhalb der Gebietsebene, mitzuteilen: Du darfst diesen Bereich nicht betreiben. Du darfst zwar die Chirurgie betreiben, aber nicht die Herzchirurgie. – Das ist ein gängiges Beispiel aus der Praxis. Es ist für viele und auch für uns nachvollziehbar, dass man neuralgische Bereiche wie die Herzchirurgie mit einer solchen Negativausweisung hinterlegt. Nun ist die Herzchirurgie sicherlich ein ganz anspruchsvoller Bereich, für den das gut nachvollziehbar ist.

Aber auch hier gilt: Dieses Instrument sollte nicht in extenso genutzt werden. Wenn es für regelhafte Leistungen angewandt würde, hätte man durch die Hintertür die Teilgebieteplanung eingeführt – sogar noch differenzierter. Denn die Teilgebiete erlaubten damals, als sie geplant wurden, immer noch, dass ein gewisser Umfang auch generell von Krankenhäusern betrieben werden konnte, die das Gebiet ausgewiesen haben, das Teilgebiet aber nicht. Beispielsweise war erlaubt, unfallchirurgische Leistungen in gewissem Rahmen in der Allgemeinen Chirurgie zu betreiben. Würde man jetzt beispielsweise sagen, Hüftendoprothetik dürfe ein Krankenhaus mit Allgemeiner Chirurgie definitiv nicht mehr machen, hätten wir eine tiefer gehende Regelungsdichte, als das bei der reinen Teilgebieteplanung der Fall war. Wir würden sie also ad absurdum führen.

Insofern gilt auch hier: Es kommt immer darauf an, was gemeint ist. Das wissen wir heute aber noch nicht. Deshalb können wir nur auf eventuelle Gefahren dieser Regelung hinweisen, tragen sie aber dem Grunde nach zunächst einmal mit.

Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger (Ärzttekammer Nordrhein): Ich danke Ihnen für die Möglichkeit, hier die Ärztekammer zu vertreten. Ich möchte aber auch aus Sicht einer im Krankenhaus tätigen Ärztin Stellung beziehen. – Wir haben uns die Themen aufgeteilt. Ich möchte zunächst auf die Frage nach der Einzelförderung und deren Sinnhaftigkeit sowie auf unsere Bewertung eingehen.

Als Ergänzung der bisherigen Pauschalförderung, um eine gezielte Struktur in den Krankenhäusern zu fördern, halten wir die Einzelförderung natürlich – da schließe ich mich meinem Vorredner an – für extrem sinnvoll und sicher geeignet.

Das Problem wird sein, Strukturqualitätsparameter zu definieren. Dazu haben wir uns aus Sicht von Krankenhausärzten und der Ärztekammer auch Gedanken gemacht. Das wurde auch in einer anderen Frage angesprochen. Sie lautete, welche Spielregeln wir aufstellen könnten, um welche Strukturqualitätsparameter es sich handeln könnte und welche Entwicklungsziele Krankenhäuser, die am Markt bestehen wollen, anstreben.

Da könnte ein Punkt sein, dass wir in den Krankenhäusern IT-Sicherheit und Telemedizin fördern müssen. Es geht zum Beispiel um Weiterbildung für Ärzte, aber auch um Ausbildung für Pflegekräfte. Dort wird es in Zukunft weiterer Kooperationen bedürfen. All das wären Qualitätskriterien, die bei dieser Einzelförderung berücksichtigt werden müssten. So stellt uns Hygiene heutzutage vor große Herausforderungen. Wir müssen in den Krankenhäusern auch bauliche Strukturen so verändern, dass wir diesen scharfen Regelungen entsprechen können. Das stellt Krankenhäuser natürlich vor weitreichende Probleme. Sektorübergreifende Kooperation könnte ein weiteres Kriterium sein. Wenn es Krankenhäusern gelingt, ambulante Kollegen mit einzubeziehen, könnte das Geld auch dorthin fließen.

Wir hätten die Idee, dass solche Strukturqualitäten bzw. Qualitätskriterien definiert werden müssten. Dafür könnte der Landesausschuss ein geeignetes Forum sein. Wir bieten unsere Mitarbeit dabei immer gerne an.

Die Richtung stimmt, kann man sagen. Bezogen auf den Nachtragshaushalt muss man natürlich hinzufügen: Die Summe ist sicher nicht ausreichend, um die Krankenhäuser in NRW mit entsprechenden Investitionsmitteln auszustatten.

Herr Vincentz, Sie haben nach Qualitätsmanagement gefragt. Das würde ich gerne von unserer Definition der eigentlichen Qualität abgrenzen. Ja, Sie haben recht; Qualitätsmanagement kann für uns in den Krankenhäusern einen hohen Bürokratieaufwand bedeuten. Trotzdem würde ich das nicht gerne mit dem vermischt sehen, was wir unter Qualität verstehen. Da geht es nämlich um die Strukturqualität. Genau diese muss in der Krankenhausplanung verankert sein. Das sollte alles bürokratiearm sein. Für uns geht es aber, wenn wir von Qualität reden, um personelle Ausstattung und zum Beispiel – ich hatte es erwähnt – um sinnvolle Kooperationsstrukturen, die wir in den Krankenhäusern etablieren wollen, entweder mit anderen Krankenhäusern oder mit dem ambulanten Sektor. Ich möchte das vom Qualitätsmanagement abgrenzen. Ja, es ist notwendig; wir brauchen es; in den Krankenhäusern haben wir uns dadurch in den letzten Jahren sehr verbessert. Aber das sollte hier nicht vermischt werden.

Dr. Markus Wenning (Ärztchammer Westfalen-Lippe): Frau Schneider, Sie haben eine Frage zur Abkehr von der Planungsgröße Bett gestellt. Es ist heute fast schon Allgemeinwissen, dass im DRG-Zeitalter und in einer Zeit, in der auch das Land die Förderung nicht mehr an die Größe Bett bindet, die Planungsgröße ein bisschen infrage steht. Sie spielt eigentlich nur noch in Schiedsstellenverfahren eine Rolle.

Es gibt aber andere Ansätze, die man durchaus einmal ausprobieren sollte – Stichwort „morbidityorientierte Angebotsplanung“. Wenn wir davon ausgehen, dass in einer bestimmten Versorgungsregion bestimmte Erkrankungen anfallen, wird vom Land festgelegt, dass für diese Erkrankungen eine bestimmte Struktur, zum Beispiel eine Abteilung für Kardiologie, vorhanden sein muss. Die Bettengröße kann das Haus dann selbst festlegen; es muss sich überlegen, wie es das am besten hinkommt. Dann kann man auch eher den Entwicklungen in der Medizin Rechnung tragen – Stichwort „stärkerer Drang zu ambulanter Behandlung“. Das spielt insbesondere zum Beispiel bei der Augenheilkunde eine ganz große Rolle; dort kann inzwischen fast alles im ambulanten Bereich stattfinden.

Herr Yüksel, eine Ihrer Fragen bezog sich auf die Behandlungsschwerpunkte. Das ist, glaube ich, eine Kernfrage, der wir uns in Zukunft stellen müssen. In der Tat geht es darum, auf der einen Seite die Grund- und Regelversorgung wohnortnah sicherzustellen und auf der anderen Seite Behandlungsschwerpunkte zu bilden. Ganz bewusst wollen wir das Wort „Zentrenbildung“ vermeiden, weil es inzwischen eigentlich verbrannt ist. Dies in ein Gleichgewicht zu bringen und sich zu fragen, wo es aus medizinischer Sicht Sinn macht, Konzentrationsprozesse herbeizuführen, Behandlungskapazitäten zu bündeln und dann auch die entsprechenden Investitionen an dieser Stelle zu ermöglichen, ist eine schwierige Aufgabe, der man sich stellen muss.

Bislang ist es leider so gewesen, dass durch die Freigabe der Teilgebietsplanung quasi alle Krankenhäuser versucht haben, sich in die Spezialisierung zu retten – mit teilweise völlig unsinnigen Parallelstrukturen, gerade im Bereich der Kardiologie, der Thoraxchirurgie etc. pp. Dort ist eine Entwicklung in Gang gekommen, die man zurückdrehen

müsste. Da wäre die richtige Maßnahme, sinnvolle Behandlungsschwerpunkte zu bilden und dann auch zu planen.

Außerdem haben Sie gefragt, wie wir uns zur Mindestfallzahl stellen und warum wir das kritisch sehen. Wir sehen es deshalb kritisch, weil die Mindestfallzahl eigentlich nur ein Ersatzparameter für Qualität sein soll. Mit steigender Fallzahl geht zwar in der Tat auch eine Verbesserung der Qualität einher. Das ist aber nur ein Parameter von vielen. Die Parameter der Strukturqualität, also ausreichende Personalausstattung etc. pp., sind aus unserer Sicht wichtiger. In einem solchen Prozess kann eine gesetzte Mindestfallzahl als Cut auch Fehlanreize setzen – Stichwort „Indikationsausweitung, um eine Mindestfallzahl zu erreichen“. Das ist nur ein Beispiel. Die Mindestfallzahl schützt auch nicht vor Fehlentwicklungen, wenn die anderen Strukturparameter nicht erfüllt sind. Wenn eine Einzelperson eine hohe Schlagzahl macht – vielleicht sogar eine so hohe, dass es zu Komplikationen kommt –, ist die Fallzahl an dieser Stelle kein Schutz; denn dann fehlt es an anderer Stelle.

Die Mindestfallzahl ist ein Ersatzparameter. Wenn man keine anderen Informationen hat und keine Strukturparameter festlegt, kann man Mindestfallzahlen nehmen. Das wäre aber aus unserer Sicht ein falscher Ansatz. Eigentlich müsste über die anderen Faktoren, also über eine Strukturplanung und über die Festlegung von Behandlungsschwerpunkten, die Qualität gesichert werden. Dann stellen sich die höheren Fallzahlen an diesen Behandlungszentren von ganz alleine ein.

Ulrich Langenberg (Ärztekammer Nordrhein): Als Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein möchte ich hier zu einzelnen Fragen Stellung nehmen, die noch nicht beantwortet worden sind.

Frau Schneider hat gefragt, wie wir die vorgesehene Beschleunigung der Planungsverfahren bewerten. Wir finden es natürlich großartig, wenn die Planungsverfahren in Zukunft schneller abgeschlossen werden können. Insofern begrüßen wir dies genauso, wie wir auch insgesamt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die Krankenhausplanung ein Stück weit zu ertüchtigen, sie stringenter zu machen und die Gestaltungsmöglichkeiten zu stärken, sehr begrüßen.

In diesem Zusammenhang möchten wir eine Anregung geben. Wenn man eine Beschleunigung erreichen möchte, kann es sinnvoll sein, die Fristen enger oder stringenter festzulegen, als das jetzt in dem Gesetzentwurf geschieht. Es kann ebenfalls hilfreich sein, sich das Ganze noch einmal inhaltlich anzuschauen und zu überlegen: Was können wir denn noch tun, damit es schneller geht? – Dass es bisher lange gedauert hat, hing schließlich nicht nur damit zusammen, dass irgendwelche Beteiligten das nicht schnell genug machen wollten; es gab in der Tat auch sehr viel Gesprächsbedarf vor Ort.

Das jetzige Verfahren ist so konstruiert, dass die Vertreter im Landesausschuss, also auch die unmittelbar Beteiligten, über dieses Planungsverfahren erst ganz am Ende informiert werden, wenn die Planungsbehörde auf Landesebene sich schon eine Meinung gebildet hat. Wir regen an, die Beteiligten im Landesausschuss für Krankenhaus-

planung auch schon zu einem früheren Zeitpunkt durch die Bezirksregierungen informieren zu lassen. Damit käme noch ein Stück Vermittlung bzw. ein Stück Transparenz in dieses Verfahren hinein, was dann auch zur Beschleunigung beitragen kann. In der Vergangenheit ist dies auch schon einmal Thema gewesen. Es stand bereits in einem Evaluationsbericht zum Krankenhausgestaltungsgesetz. Insofern gehen wir davon aus, dass das auch Hand und Fuß hat. Diese Anregung würden wir gerne geben.

Herr Yüksel, Sie haben eine Frage zu der psychiatrischen Pflichtversorgung und den Ausnahmen von der psychiatrischen Pflichtversorgung, die nach dem Gesetzentwurf zugelassen werden sollen, gestellt. Das ist eine berechtigte Frage.

Eines ist deutlich: Auch nach dem Gesetzentwurf bleibt es bei dem Grundsatz, dass die Krankenhäuser, die psychiatrische Versorgung anbieten, sich auch an der psychiatrischen Pflichtversorgung beteiligen. Dieser Grundsatz wird nicht angetastet.

In den konkreten Planungsverfahren hat sich aber gezeigt, dass es manchmal regionale Situationen gibt, in denen eine Ausnahme davon sinnvoll ist. Wenn es irgendwo zum Beispiel eine kleine psychosomatisch orientierte Klinik mit 30 oder 35 Betten gibt oder einen Anbieter, der suchtmmedizinische Versorgung auf einem sehr hohen, sehr qualifizierten Niveau macht – ebenfalls in dieser Größenordnung mit 30 oder 40 Betten –, und man sich in der Region auch mit den großen psychiatrischen Kliniken einig ist, dass das ein gutes Angebot ist, dass es sich dabei um eine sinnvolle Ergänzung handelt, dass das keine Rosinenpickerei ist, sondern dass das alles passt, wäre es einfach widersinnig, zu sagen: Vor diesem 30-Betten-Angebot muss nachts der Rettungswagen halten mit einem vielleicht in einem psychischen Ausnahmezustand befindlichen, möglicherweise aggressiven psychiatrischen Patienten, der jetzt unter den Bedingungen des PsychKG versorgt werden soll.

Das kann eigentlich nicht funktionieren. Es stände auch im Widerspruch zu den hohen Qualitätsanforderungen, die Sie als Landesgesetzgeber mit dem PsychKG formuliert haben in Bezug auf die Versorgung dieser Menschen, die unter den Bedingungen des PsychKGs auch auf geschlossenen psychiatrischen Stationen behandelt werden müssen. Das sind ja quasi die Intensivstationen der Psychiatrie. Dies ist nicht an jeder kleinen, speziellen Einheit sinnvoll. Deswegen halten wir es für gut, dass es diese Ausnahmemöglichkeit gibt – aber unter Wahrung des Grundsatzes, dass sich jeder auch an dieser Versorgung nach seinen Möglichkeiten beteiligen muss.

Sie haben nach der Meldepflicht bei besonderen Ereignissen gefragt. Vielleicht kann zu dieser Frage aus Sicht der Krankenhausträger noch mehr gesagt werden. Im Grunde finden wir es richtig, wenn das Land angesichts von bestimmten Erfahrungen und Erlebnissen, auch von Bedrohungslagen, eine Möglichkeit schafft, schnell und sicher zu wissen, was passiert und wo es auch als Land reagieren muss. Wir haben nur den Hinweis gegeben, dass das natürlich nicht zu einem zusätzlichen Bürokratieaufbau führen sollte. Zumindest in der Gesetzesbegründung wird auch ausdrücklich bekräftigt, dass damit keine zusätzlichen, neuen Meldepflichten begründet werden sollen, sondern dass man nur die Wege effektiver gestalten will. Wenn es so ausgestaltet wird, ist dieser Weg aus unserer Sicht auch mitzugehen.

Herr Mostofizadeh hat eine Frage zum Thema „Schwangerschaftskonfliktgesetz“ gestellt. Jetzt soll der Absatz gestrichen werden, in dem steht, dass die Krankenhäuser nach ihren Möglichkeiten daran mitwirken sollen. Im Grunde steht dahinter das Schwangerschaftskonfliktgesetz, das die Länder verpflichtet, dafür zu sorgen, dass ausreichende Angebote vorhanden sind. An dieser Verpflichtung ändert sich auch nichts. Zudem sind zumindest uns in der Vergangenheit keine Rückmeldungen bekannt geworden – in den ganzen vergangenen Jahren, soweit ich das überblicke –, dass es hier zu Problemen gekommen wäre. Wenn man diese Vorschrift jetzt mit der Begründung aus dem KHGG entfernt, dass sie nur Dinge wiederholt, die schon an anderer Stelle gesetzlich klargelegt sind, ist das aus unserer Sicht kein Problem, zumal wir zu diesem Bereich in unserem Bundesland auch insgesamt keine Problem Meldungen erhalten haben. Insofern können wir hier ebenfalls mitgehen.

Joachim Stapper-Müer (Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen): Ich bin zwar nicht direkt angesprochen worden, möchte aber doch kurz etwas sagen.

Der Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen setzt sich aus Krankenhäusern und Rehakliniken zusammen. Zumindest in Bezug auf die Schnittmenge der Plankrankenhäuser deckt sich unsere Auffassung mit der Auffassung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Insofern könnte ich das gar nicht besser ausführen, als es Herr Brink getan hat.

Im Kern geht es darum, dass bei allen Bestrebungen um eine Beschleunigung der Strukturentwicklungen zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen die notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden müssen, um vernünftige Strukturen und auch vernünftige Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Häusern zu schaffen.

Unsere große Sorge ist, dass dann, wenn jetzt zusätzliche Finanzierungsstrukturen aufgebaut werden, die wir grundsätzlich begrüßen, auch die Mittel dafür zur Verfügung gestellt werden müssen und es nicht dazu kommen darf, dass der Kuchen vielleicht nur minimal größer gemacht wird, aber größere Stücke verteilt werden, sodass insgesamt für die einzelnen Häuser weniger übrig bleibt.

Insofern haben wir uns in unserer Stellungnahme auch insgesamt der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen angeschlossen.

Dr. Hans-Albert Gehle (Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz): Herzlichen Dank dafür, dass ich hier für die im Krankenhaus tätigen Kollegen als Gewerkschafter, aber auch als im Krankenhaus tätiger Arzt sprechen darf.

Es wurde gefragt, ob das Qualitätsmanagement das Krankenhaus entfesseln werde. Ich glaube, dass das Qualitätsmanagement das Krankenhaus nicht entfesseln wird. Als Gewerkschafter sage ich natürlich – wen wird es wundern? –, dass Qualität im Krankenhaus vor allen Dingen vom Personal abhängt. Momentan haben wir die größten Probleme, sowohl Personal zu gewinnen als auch Personal zu halten. Die Zukunft der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen wird ganz immens davon abhängen, dass wir das schaffen. Deswegen fordern wir als Gewerkschaft, die Investitionsförderung so

weit auszubauen, dass der Rückgriff auf die Betriebskosten und damit auch auf die Personalmittel unterbleibt. Da stimmen wir mit dem überein, was die Krankenhausgesellschaft schon vorgetragen hat.

Nichtsdestotrotz sollte man dann, wenn man jetzt zusätzliche Mittel, die wir natürlich sehr begrüßen, im Sinne von Einzelförderung zur Verfügung stellt, auch nicht aus dem Auge verlieren, dass es gewisse Standards für Personal geben muss. Beim Ladenöffnungsgesetz als Teil des Entfesselungspakets I habe ich gesehen, dass da auch gewisse Voraussetzungen bestehen. Wir halten es für sehr sinnvoll, das auch zu überprüfen, auf gleicher Höhe die Qualität zu vergleichen und auch als Voraussetzung für eine Einzelförderung festzulegen, dass tarifliche Standards in den Krankenhäusern eingehalten werden. Gerade in Nordrhein-Westfalen ist das relativ schwierig, weil wir hier eine hohe Anzahl von freigemeinnützigen Krankenhäusern haben, die da ihren sehr eigenen Weg gehen. Der Gesundheitsminister hat schon bei den ersten Koalitionsverhandlungen und auch jetzt wieder bei den Sondierungsgesprächen zur GroKo vorgetragen, dass es eine Refinanzierung der Personalkosten geben muss. Dann muss diese Refinanzierung der Personalkosten auch dem Personal zur Verfügung gestellt werden. Das muss man im Sinne der Einzelfallförderung aus unserer Sicht deutlich überprüfen.

Hinzu kommt, dass wir ein Flächenland sind und nicht nur in den Städten Krankenhäuser haben, sondern auch in ländlichen Bereichen. Gerade diese Krankenhäuser sind für die Normalversorgung und die Grundversorgung dringend notwendig. Was haben diese Krankenhäuser bisher getan? Sie haben, gezwungen durch das DRG-System, Einzelspezialisierungen in Kleinstbereichen aufgebaut, die es dann ermöglichen, Einnahmen zu generieren, um damit die Gegenfinanzierung der Grundversorgung zu gewährleisten.

An dieser Stelle sehen wir – das möchte ich kritisch anmerken – im Bereich der Einzelförderung momentan keinen Ansatz. Aus unserer Sicht sollte man eine Regelung dahin gehend aufnehmen, dass auch die Grundversorgung besonders gefördert wird. Die Förderung darf sich also nicht auf das Zusammengehen von spezialisierten Zentren beschränken. Das Krankenhaus, das in der Fläche auf die spezialisierte Versorgung verzichtet, mit der es bisher die Gegenfinanzierung dargestellt hat, muss auch eine andere Möglichkeit bekommen, sein Überleben zu sichern, damit die Bevölkerung vor Ort wohnortnah und, was die Notfallversorgung angeht, auch in zeitkritischen Fällen versorgt werden kann. Wir wünschen uns, dass ein entsprechender Ansatz in den Paragrafen zur Einzelförderung aufgenommen wird.

Den letzten Punkt, den ich ansprechen möchte, sehe ich etwas anders, als die Kammern es gerade dargestellt haben. Hier geht es um die Änderung in § 16 KHGG, also die geplante Einschränkung hinsichtlich einzelner Schwerpunkte der Gebiete oder einzelner Leistungsbereiche. Aus unserer Sicht ist die Formulierung „einzelner Leistungsbereiche“ sehr offen. Am Beispiel der Herzchirurgie kann man das zwar wunderbar darstellen. Dabei handelt es sich aber auch um einen weiterbildungsgerecht geregelten Schwerpunktbereich. Grundsätzlich muss es doch auch eine ärztliche Entscheidungshoheit geben, die in einem gewissen Rahmen abgesichert worden ist. Übertrieben dargestellt, darf es ja nicht dazu kommen, dass ein Kollege irgendwann vor der

Entscheidung steht: Kann ich das jetzt noch machen, oder kann ich es nicht mehr machen, weil es nicht in meinem Krankenhausplan enthalten ist? – Es gibt klar definierte Bereiche. Das sind aus unserer Sicht die Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen, die über die Weiterbildungsordnung der Kammern geregelt sind. Aus unserer Sicht sollte man es dabei belassen.

Norbert Schmitt (Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter): Wenn ich es richtig mitbekommen habe, wurden an mich als Vertreter der Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter vier Fragen gerichtet, die ich chronologisch abarbeiten möchte.

Erstens. Frau Schneider hat sich erkundigt, inwieweit die Möglichkeit zu Stellungnahmen das Planungsverfahren beschleunigen könne. Wir sehen die Gefahr, dass bei einem Verzicht auf die Stellungnahmen eine Zunahme ermessensfehlerbehafteter Entscheidungen droht, gegen die dann wieder gerichtlich vorgegangen werden muss, und so ein unerwünschter Zustand eintritt, der durch die Weiterführung des Stellungnahmeverfahrens, also die Nichtstreichung, abgewendet werden könnte. Insofern ist unsere Empfehlung, auf die Streichung des Zwischenschritts der Stellungnahme zu verzichten.

Zweitens. Bei der Frage von Herrn Preuß ging es um Qualität und eine alternative Qualitätsdefinition, die man in den Gesetzestext aufnehmen könnte. Unser Standpunkt ist, dass es in den Rechtsvorschriften für Krankenhäuser insbesondere in den letzten Jahren an dem Wort „Qualität“ nicht mangelt. So wünschenswert Qualität sicherlich aus unserer aller Sicht ist, verursacht dieser Begriff doch eine Menge Schwierigkeiten. „Qualitativ hochwertig“ ist nach unserem Ermessen ein unbestimmter Rechtsbegriff. Entscheidend wäre für unser aller Behandlung die Ergebnisqualität. Sie ist sicherlich das entscheidende Kriterium. Allerdings bringt sie auch die meisten Probleme mit sich, weil sie sehr schwer messbar ist. Aus unserer Sicht ist sie eigentlich gar nicht messbar – aus verschiedenen Gründen, insbesondere aufgrund des Problems, das die Risikoadjustierung des einzelnen Krankheitsfalls mit sich bringt. Oft versucht man, dieses Problem durch Strukturqualitätsvorgaben zu lösen. Wir haben den Eindruck, dass Strukturqualitätsvorgaben die Krankenhäuser sehr einschränken, weil sie sehr starr und unflexibel sind. Sie führen grundsätzlich zu Mehrkosten und verursachen darüber hinaus eine Menge Kontrollbürokratie. Wer im Krankenhaus tätig ist und mit dem MDK, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, konfrontiert ist, weiß sicherlich ein Lied davon zu singen. Wir empfehlen daher, auf den unbestimmten Rechtsbegriff „qualitativ hochwertig“ zu verzichten.

Drittens. Zu der Frage, inwieweit die zusätzliche Einzelförderung mit kurzfristigen Anlagegütern zusammenhängt, ist Folgendes zu sagen: Die Anlagegüter werden in der Abgrenzungsverordnung nach Fristigkeit zugeordnet. „Kurzfristige Anlagegüter“ bedeutet dort: bis 15 Jahre. Die Aufstockung der Mittel ist unserer Lesart nach derzeit nur für langfristige Anlagegüter – sprich: für Investitionen über 15 Jahre – vorgesehen. Wir begrüßen die Aufstockung der Mittel und die Möglichkeit, krankenhauserplanerisch zusätzliche Akzente zu setzen, ausdrücklich. Selbstverständlich weisen auch wir darauf hin, dass die Mittel insgesamt nicht ausreichend sind. Das soll diesen positiven

Aspekt aber natürlich nicht madig machen. Damit die Mittel aber bestmöglich eingesetzt werden können, empfehlen wir, die Möglichkeit zu schaffen, sie möglichst flexibel einzusetzen. Dazu gehört aus unserer Sicht auch, dass man auf die starre Festlegung der Mittel für langfristige – sprich: über 15 Jahre abschreibbare – Investitionsgüter verzichtet.

Viertens. Herr Yüksel hat gefragt, inwieweit die Notfallversorgung gefährdet ist. An dieser Stelle haben wir es mit dem generellen Problem zu tun, dass die Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Regionen, oftmals die Anlaufstellen für die Notfallpatienten sind. Nun haben die Krankenhäuser in der Regel nicht den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Die Zuständigkeit dafür liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Oftmals fahren die Patienten aber einfach ins Krankenhaus, weil es für sie der logische Anlaufpunkt ist, wenn sie eine Gefahr für Leib und Leben befürchten. Diese Leistungen werden derzeit sehr unzureichend vergütet und verursachen gleichzeitig hohe Vorhaltekosten. Damit ist die Notfallversorgung in den Krankenhäusern ein chronisch unterfinanzierter Bereich. Nun steht auf Bundesebene ja noch das Konzept der gestuften Notfallvergütung und -versorgung aus. Da bleiben sicherlich die Ergebnisse abzuwarten. Fraglich ist ohnehin, inwieweit das Problem hier im Landtag gelöst werden kann und ob es nicht ein bundesweites Problem ist.

Dr. Hans-Ulrich Sorgenfrei (Lukas-Krankenhaus Bünde): Vielen Dank für die Einladung. – Ehrlich gesagt, glaube ich, dass ich neben den ganzen Großen genau deshalb eingeladen worden bin, weil wir uns im Kreis Herford intensiv mit Behandlungsschwerpunkten beschäftigt haben. Dabei gibt es aus meiner Sicht zwei Dinge zu beachten.

Der erste Schritt ist, aus Sicht des Patienten zu fragen: Was ist medizinisch sinnvoll? Als Patient will ich ja nicht permanent hin und her verlegt werden. Zum Beispiel gehören Gynäkologie und Geburtshilfe mit Neonatologie, eventuell auch mit Kinderheilkunde, zusammen; Orthopädie sollte mit Unfallchirurgie zusammengefasst werden; Gastroenterologie gehört zur Viszeralchirurgie und zur Onkologie. Alle diese Dinge sind für den Patienten fundamental.

Der zweite Schritt ist, sich anzuschauen: Was ist regional vorhanden? Wer macht was, und zwar mit welcher Struktur und welcher Qualität? Wir haben uns im Kreis Herford mit einem Grund- und Regelversorger und einem Schwerpunktversorger zusammengesetzt – in der Tat darf man die Grund- und Regelversorgung nicht vergessen –, uns angeguckt, wer was macht, und ein übergreifendes Medizinkonzept entwickelt.

Dieses Konzept hätten wir auch gerne der Landesregierung vorgestellt. Dort hat man uns aber erklärt, dass man für Kooperation nicht empfänglich sei und dass das auch keine Rolle spiele, sondern nur Fusion.

Zu diesem Thema kann ich nur Folgendes sagen: Ich habe ein Jahr gebraucht, um kooperativ zu werden, weil wir noch ein Kaiserlicher Verein waren, den wir dann mühselig in eine GmbH umgewandelt haben. Dafür habe ich ein Jahr gebraucht und 50.000 € ausgegeben. Wenn dann ein kirchliches Haus oder ein diakonisches Haus

mit einer AöR, also einem kommunalen Haus, fusionieren soll, ist das praktisch nicht machbar. Das wird dieses System umbringen.

Dann sollte zumindest ganz klar festgelegt werden: Was ist eine Kooperation? Wie kann das aussehen? Wie können wir regional, ohne riesige Planungsverfahren durchzuführen und ohne in diese gesellschaftsrechtlichen Schwierigkeiten zu kommen, tatsächlich Behandlungsschwerpunkte bilden?

Das kann man natürlich machen. Man kann das alles machen. Dann sollte man aber einmal darüber nachdenken, ob man die Häuser damit nicht in unglaubliche Schwierigkeiten bringt. Wir wollen Strukturveränderungen. Das sehe ich auch ein. Wir wollen das auch in unserem Kreis machen. Es muss aber irgendwie machbar sein. Insofern bitte ich die Landesregierung, es für uns etwas einfacher zu machen.

Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Der Kollege Thomas Fritz von der AOK Nordwest und ich werden uns die Beantwortung aufteilen.

Zu der Frage von Frau Schneider zu den Zielrichtungen des Gesetzes bezogen auf Planungsverfahren und neue Kriterien statt Bett- und Einzelförderung: Grundsätzlich begrüßen wir die gesamte Zielrichtung dieses Gesetzentwurfs, sowohl von der Perspektive her als auch zum Großteil von den Einzelvorschriften her. Auf die Details will ich jetzt nicht näher eingehen.

Zu den Planungsverfahren: Ja, eine Beschleunigung ist sinnvoll. Die Gründe für die unzureichenden Beendigungen der Planungsverfahren sind sehr vielfältig. Daher ist es richtig, wenn man das Ganze mit einer Zeitfrist versieht. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass dann die von den Bezirksregierungen getroffenen Entscheidungen zu den Planungsverfahren nach unserer Ansicht transparent sein müssen. Das Verfahren, wie die Entscheidungen getroffen werden, muss irgendeiner Ordnung unterliegen. Dazu gehört meines Erachtens neben der Zeitfrist auch eine Transparenzregelung. Wenn man eine solche Transparenz möglicherweise nicht herstellen will, sollte man jedenfalls vermeiden, dass das Ganze im Hinterzimmer ausgekaspert wird. Daher sagen wir grundsätzlich Ja dazu, plädieren aber dafür, es auch mit einer Transparenzregelung zu versehen. Außerdem muss man die Bezirksregierungen mit dem entsprechenden Personal ausstatten. Das ist eine ganz wichtige Aufgabenstellung, die man erfüllen muss, wenn dort auch sachgerechte Entscheidungen getroffen werden sollen.

Zum Kriterium „Bett“ ist schon genug gesagt worden. Dem schließen wir uns komplett an. Das Bett als Planungskriterium ist überholt. Für die Planung braucht man andere Kriterien. Ich will hier einmal ganz grundsätzlich darauf verweisen, dass wir – das haben wir in unserer Stellungnahme als GKV auch gemeinsam deutlich gemacht – perspektivisch eine Krankenhausplanung wünschen, fordern, wollen, die komplett neu ausgerichtet wird. Dann geht es tatsächlich auch um Erreichbarkeit, diagnosebezogene Versorgungsaufträge etc. Daher ist das Bett aus unserer Sicht an dieser Stelle obsolet.

Zu der Frage von Herrn Preuß zum Thema „Qualität versus Bettenzahl“: Das sind meines Erachtens zwei unterschiedliche Ebenen. Qualitätsparameter werden zwingend

Teil der Krankenhausplanung sein müssen. Sehen Sie es mir bitte nach, wenn ich hier ganz deutlich zu einem meiner Vorredner sage: Wenn die Landesregierung darauf verzichten würde, Qualität als Parameter in die Planung einzubeziehen – was sie nicht macht; im Gegenteil; sie will das fortführen, was schon in der letzten Legislaturperiode angegangen worden ist –, wäre das eine Patientengefährdungspolitik. Qualität ist schon definierbar. Wir reden hier nicht über eine Blackbox, bei der man nicht sagen kann, was Qualität ist. Das fängt bei der Strukturqualität an und geht zum Teil auch schon in die Prozessqualität hinein. Über die Ergebnisqualität kann man sicherlich streiten. Das wäre aber kein Grund, unter Verweis auf eine angebliche Blackbox zu sagen, Qualität könne kein Parameter sein. Das ist absoluter Unfug.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass wir mit der Krankenhausplanung, wie sie von der Landesregierung angegangen wird, einen richtigen und wichtigen Schritt machen, aber perspektivisch auch damit nicht die Knotenpunkte lösen, die uns als Kostenträger wichtig sind. Lassen Sie mich drei Stichworte nennen. Wir haben immer noch die Gelegenheitsversorger bei komplexen Leistungen. Wir haben die ungesunden Konkurrenzsituationen in Ballungsgebieten; wir haben ganz klassische Überversorgung; wir haben redundante und auch zum Teil ökonomisch motivierte Leistungsangebote. Wir haben die – von Herrn Dr. Wenning von der Ärztekammer schon zu Recht angesprochene – sehr bedenkliche Nivellierung der Versorgungsstufen. Wir müssen dahin kommen, tatsächlich in einer Grund-, Regel- und auch Maximalversorgung zu denken, wie wir das vorschlagen. An dieser grundsätzlichen Zielrichtung gemessen, ist dies, wie gesagt, ein erster wichtiger Schritt; perspektivisch muss es dann aber darüber hinausgehen.

Thomas Fritz (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Eine Frage lautete, wie wir zur Einzelförderung stehen. Wir begrüßen grundsätzlich jede Erhöhung der Investitionsförderung, weil sie schlicht auch dem Erfüllen der gesetzlichen Regelungen entspricht. Es gibt Neigungen, aus dem Budget, das Krankenhäuser und Krankenkassen vereinbaren, Mittel zu entnehmen und diese in Investitionen übergehen zu lassen. Das wissen wir; das ist gar kein großes Geheimnis mehr; das kann man auch in vielen Fachzeitschriften nachlesen. Das ist aber nicht Sinn der dualen Finanzierung. Wenn man duale Finanzierung ernst nimmt, muss man an der Teilung festhalten. Deswegen begrüßen wir auch diese Einzelförderung.

Wir wünschen uns, dass wir bei der Einzelförderung auch weiterhin als Beteiligte einbezogen werden, und zwar in dem Sinne, wie es im KHGG NRW ja grundsätzlich vorgesehen ist, dass das Einvernehmen angestrebt wird. Eine solche Regelung sollte man an dieser Stelle ebenfalls vorsehen. Wir würden dann auch gerne Stellung dazu nehmen und mit Blick auf die örtliche Region mit darüber sprechen. Schließlich will man gerade bei der Einzelförderung bestimmte Verbände, Kooperationen, was auch immer, fördern.

Ich würde gerne noch etwas zu den Mindestfallzahlen sagen, auch wenn wir nicht unmittelbar dazu gefragt worden sind. Mindestfallzahlen assoziiert jeder hier offensichtlich mit Mindestmenge. Mindestmenge ist gleich G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss. Es ist sicherlich die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, im

Sinne von Qualitätssicherung Mindestmengen festzulegen. Dass das umstritten ist, ist völlig okay. Hier im Gesetzentwurf taucht aber auch der Begriff „Mindestfallzahlen“ auf. Man kann Mindestfallzahlen oder Behandlungsfallzahlen als Planungsinstrument entwickeln. Das muss man nicht solitär machen. Man kann aber ein solches Planungsinstrument „Behandlungsfallzahlen“ entwickeln – zum Beispiel in Zusammenhang mit Bedarfsgerechtigkeit; denn dort ist es wichtig, dass wir eine flächendeckende Versorgung in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Grund-, Regel- und Maximalversorgung haben. Da können Behandlungsfallzahlen richtig sein. Ich glaube, dass man auch noch einmal neu in die Richtung denken muss – das ist bislang nicht gemacht worden –, ein Planungsinstrument „Behandlungsfallzahlen“ zu entwickeln.

Dr. Stefan Loos (IGES Institut): Sie haben mich erstens nach einer allgemeinen Einschätzung und Bewertung des Gesetzesvorhabens gefragt. Das Gesetzesvorhaben begrüßen wir so, wie es momentan aussieht, grundsätzlich. Es geht aus unserer Sicht insofern in die richtige Richtung, als dass es eine Abkehr von der Rahmenplanung darstellt und wieder eine stärkere, aktivere Rolle des Landes in der Krankenhausplanung vorsieht. Es umfasst die noch stärkere Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung, den Verzicht auf das Planungsinstrument „Bett“, die stärkere Schwerpunktbildung und auch die Beschleunigung des Verfahrens. Dieser Auffassung sind wir nicht deshalb, weil wir grundsätzlich eine Rahmenplanung ablehnen würden, sondern deshalb, weil die Voraussetzungen, von denen auch das Land bei der letztmaligen Rahmenplanung ausgegangen ist, nicht gegeben waren, nämlich der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern, wie er damals anvisiert war.

Das Planungsverfahren war aus unserer Sicht in der Vergangenheit nicht nur zu langsam, sodass eine Beschleunigung notwendig ist; ein wesentliches Problem war auch, dass der Plan so gut wie gar nicht prospektiv war. Ein Plan macht eigentlich nur Sinn, wenn er in einer gewissen Weise deutlich in die Zukunft blickt. Erst dann hat man die Handlungs- und Anpassungsspielräume. Wenn der Plan nur das Bestehende festschreibt, verliert er seine gestaltende Kraft.

Wir sehen aber auch, dass hinsichtlich der Krankenhausplanung nicht unbedingt ein Regelungsdefizit besteht, so sinnvoll die verschiedenen Anpassungen und Klarstellungen im Gesetz sind, sondern im Wesentlichen ein Umsetzungsdefizit. Das liegt aus unserer Sicht, soweit wir das beurteilen können, auch daran, dass es den Planungsbeteiligten insbesondere auf Landesseite an den notwendigen Ressourcen für die Umsetzung fehlt. Eine aktivere Rolle in der Krankenhausplanung setzt auch voraus, dass das Land entweder selbst über die dafür notwendigen Ressourcen verfügt oder sich diese Kompetenz von außen an Bord holt.

Aus unserer Sicht kommen in diesem Gesetzentwurf das Thema der erreichbarkeitsorientierten Planung und das Thema der gestuften Versorgung etwas zu kurz. Beides taucht zum Beispiel im § 13, Rahmenvorgaben, nicht auf. Die Konzentration der Krankenhausversorgung wird dort ebenfalls nicht ausdrücklich genannt, auch wenn man das mit dem Thema „Schwerpunktversorgung und Mindestmengen“ schon ansatzweise angesprochen hat.

Bei einzelnen Punkten sehen wir noch einen gewissen Änderungsbedarf. Darauf möchte ich noch ganz kurz eingehen.

In Bezug auf § 12 KHGG ist in Nr. 6 b) von der umfassenden Notfallversorgung die Rede. Man sollte prüfen, inwieweit dieser Begriff gegebenenfalls mit dem Begriff kollidiert, der vom G-BA bei seiner Stufung des Notfallversorgungssystems verwendet wird.

In Bezug auf § 13 KHGG stellt sich für uns die Frage, warum sich die Mindestmengen nur auf besondere Leistungen beschränken sollen. Diese Einschränkung auf besondere Leistungen ist aus unserer Sicht entbehrlich. Prinzipiell sollten Mindestmengen überall dort festgelegt werden, wo es eine entsprechende Evidenz dafür gibt, dass die Menge in einem besonderen Zusammenhang zur Qualität steht.

In Bezug auf § 14 KHGG geht es in Nr. 8 b) um die Beschleunigung des Verfahrens. Das Spannende ist, dass die entsprechende Frist im Gesetzentwurf nicht verkürzt, sondern verlängert wird.

Wir möchten darauf hinweisen, dass es daneben aber noch ganz andere Schritte im Planungsverfahren gibt, für die überhaupt keine Fristen existieren, zum Beispiel für die Aufnahme von Verhandlungen zu den regionalen Versorgungskonzepten. Das wäre aus unserer Sicht sehr zu bedenken. Auch für die Anhörungsverfahren im Anschluss der Beratung der regionalen Konzepte gibt es keine Fristen. Darüber sollte man nachdenken.

Entsprechend halten wir den Wegfall der Möglichkeit zur Stellungnahme, wie er im Gesetzentwurf vorgesehen ist, nicht für sinnvoll. Stattdessen sollte die Möglichkeit zur Stellungnahme auch hier mit einer Frist verbunden werden.

In Bezug auf § 16 KHGG wird in Nr. 9 a) das Thema des eingeschränkten Versorgungsauftrags aufgegriffen. Für uns stellt sich die Frage, warum hier von Einschränkung die Rede ist. Prinzipiell sind wir der Meinung, dass der Versorgungsauftrag durch den Feststellungsbescheid des Landes konstituiert wird. Dort sollte das Land in der Tat auch die Möglichkeit haben, unterhalb der Ebene der Gebiete, zum Beispiel auf der Ebene der Schwerpunkte oder Teilgebiete, Regelungen zu treffen und damit den Versorgungsauftrag zu konstituieren.

Die zweite an mich gerichtete Frage bezog sich auf eine Bewertung der Investitionsförderung. Das sehen wir prinzipiell positiv, wenn damit nicht eine Senkung der Pauschalförderung verbunden ist. Wie schon vielfach gesagt wurde, ist das Niveau insgesamt noch zu niedrig. Die Investitionsförderung sollte also nicht zulasten der Pauschalförderung gehen. Als Instrument der gezielten Steuerung, die das Land künftig stärker übernehmen sollte, der Krankenhausversorgung ist das aber auf jeden Fall ein sinnvoller Ansatz.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Der Kollege Yüksel hatte angekündigt, dass er noch weitere Fragen hat.

Serdar Yüksel (SPD): Ich beginne mit einer Nachfrage an die Vertreter der Ärztekammern. Wir haben gerade über die Mindestzahlen gesprochen. Sie waren da auch sehr

skeptisch und haben gesagt, es sei sehr schwierig, anhand von Zahlen zu besserer und schlechterer Qualität eine Festlegung zu treffen; man solle lieber planerisch schauen, dass die Standorte für hoch spezialisierte Leistungen jeweils bedarfsgerecht gewählt würden. Mich würde unter diesem Aspekt noch Folgendes interessieren: Welche Auswirkungen hat es eigentlich gerade auf die kleinen Krankenhäuser im ländlichen Raum als Ausbildungsstätten, wenn bestimmte Leistungen dort nicht mehr vollzogen werden können? Schließlich reden wir über Ärztemangel gerade im ländlichen Raum. Führt das nicht eher dazu, dass Ärzte genau diese Krankenhäuser als Ausbildungsstätten meiden werden, sodass man dieses Problem über die Mindestfallzahlen eher noch verstärkt?

Herr Brink, in der letzten Legislaturperiode, in der ich diesem Parlament auch angehörte, haben wir ja über die Fristsetzung gesprochen. Wir waren im Ausschuss auch nicht ganz glücklich darüber, dass sich die Verhandlungen so lange hinzogen. Es wird ja berichtet, dass es in solchen Runden manchmal wie bei den Kesselflickern zugeht. Dass sie wirklich über Jahre liefen, war auch aus meiner Sicht wirklich nicht hinnehmbar. Jetzt soll das Ganze auf sechs Monate reduziert werden.

Ich würde gerne von den Praktikern noch einmal hören – vielleicht von Ihnen, Herr Sorgenfrei –: Woran hat es gelegen, dass das zum Teil jahrelang gedauert hat? Und ist vor dem Hintergrund, dass dieser Prozess in vielen Jahren nicht abgeschlossen werden konnte, die Fristsetzung von sechs Monaten aus Ihrer Sicht überhaupt realistisch? Man kann eine solche Frist zwar in das Gesetz schreiben. Es nützt aber nichts, wenn dann am Ende mitgeteilt wird: Das kriegen wir alles nicht hin.

Sie haben gesagt, dass eine Streichung der Möglichkeit von Stellungnahmen eher zu Klageverfahren führen werde. Das deckt sich durchaus mit meiner Einschätzung. Meines Erachtens sollte man dieses Instrument, und zwar mit einer verkürzten Stellungnahmefrist, beibehalten, weil es Sinn macht, noch einmal eine Rückkopplung zu geben.

In Bezug auf die Fristsetzung interessiert mich des Weiteren Folgendes: Der Umsetzungszeitraum nach Erhalt des Planungsbescheides wird von 24 Monaten auf zwölf Monate reduziert. In mehreren Stellungnahmen steht, diese Frist sei viel zu eng bemessen. Sie fordern sogar eine Ausweitung auf 36 Monate, weil gerade vor dem Hintergrund der schwierigen Arbeitsmarktsituation in diesem Bereich und der personellen Veränderungen die Unwägbarkeiten zu groß sind. Wie sind denn Ihre Erfahrungen mit der bisherigen Frist von 24 Monaten? Konnte sie größtenteils eingehalten werden? Oder mussten die Umsetzungsfristen in der Regel verlängert werden? Und zu welchem bürokratischen Mehraufwand führt es, wenn diese knapp bemessene Frist überschritten wird? Sind die zwölf Monate, die im § 16 Abs. 3 KHGG festgeschrieben werden sollen, eher praxisfern? Und wie muss ein Krankenhaus unter anderem Baumaßnahmen, Personalmaßnahmen und ähnliche Dinge in diesem Bereich umsetzen?

Vorsitzende Heike Gebhard: Vielen Dank. – Weiteren Fragebedarf der Abgeordneten sehe ich nicht. Daher bitte ich die angesprochenen Sachverständigen jetzt um Beantwortung.

Dr. Markus Wenning (Ärztammer Westfalen-Lippe): Herr Yüksel, Sie haben nach den Auswirkungen von Konzentrationsprozessen im Bereich der Aus- und Weiterbildung insbesondere im ländlichen Raum gefragt. Ich will versuchen, das einmal differenziert darzustellen.

Dort, wo Mindestfallzahlen aktuell auf der Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, handelt es sich in aller Regel um hoch spezialisierte Leistungen. Ich nenne das Beispiel der Transplantationen. Diese Eingriffe sind nicht Gegenstand der Weiterbildung. Das sind Dinge, die man lernt, wenn man bereits Facharzt ist. Es gibt auch eine Lernkurve, die nach der Facharztausbildung weitergeht.

Bedenklich wird es aber natürlich dort, wo Mindestfallzahlen zu Konzentrationsprozessen führen, die versorgungsrelevant sind. Ich nenne das Beispiel der Hüftendoprothetik, die in ganz hohem Maße versorgungsrelevant ist und bei der auch über die Einführung von Mindestfallzahlen nachgedacht wird. Da muss man einen Ausgleich schaffen. Es muss Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern, die diese Leistung im Rahmen der Grund- und Regelversorgung nicht mehr anbieten, weil sie sich auch freiwillig davon trennen, und anderen Krankenhäusern geben.

Extrem spüren wir das momentan im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Viele Häuser trennen sich von dem Teil der Geburtshilfe und bieten nur noch den Teil der Gynäkologie an. Sie verabschieden sich damit auch aus der Weiterbildung der Ärzte in vollem Umfang. Ihnen können wir nur eine Weiterbildungsbefugnis für einen bestimmten Teilbereich erteilen. Das erfordert Kooperationen.

Wir würden uns sehr wünschen, dass es Anreize gibt, diese Kooperationen tatsächlich zu leben; denn vielfach stehen diese Häuser auch in Konkurrenz, und ein geordneter Austausch von Weiterbildungsassistenten über Krankenhausgrenzen hinweg ist in einer Konkurrenzsituation immer schwierig. Das ist teilweise schon in den Universitätsklinikum selbst ein großes Problem. Wenn es positive Anreize für Krankenhäuser gäbe, die sich um solche Kooperationsmodelle im Bereich der Weiterbildung kümmern – das Gleiche gilt sicherlich auch für die Ausbildung in den anderen Gesundheitsberufen –, würden wir das sehr begrüßen. Es wird einfach notwendig.

Lassen Sie uns einen kurzen Blick ins Ausland werfen. In der Schweiz ist im Rahmen der Weiterbildung sogar verpflichtend vorgesehen, dass man rotiert. Dort muss man sowohl in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung als auch in Krankenhäusern der Maximalversorgung tätig sein, damit man überhaupt Facharzt werden kann. Ein solches Modell halten wir für durchaus sinnvoll.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Herr Yüksel, eine Frage von Ihnen war, woran es bei der Umsetzung des Krankenhausplans 2015 denn wirklich gehakt habe. Darüber wird im Kollegenkreis natürlich auch viel gesprochen.

Ich möchte erstens noch einmal positiv sagen, dass wir als KGNW glauben, dass die Themen, die wichtigen Big Points, auch im letzten Krankenhausplan richtig aufgerufen worden sind. Als Beispiel nenne ich das Thema „der alte Mensch im Krankenhaus“. Diese Thematik wird uns weiter begleiten. Insofern war die thematische Schwerpunktsetzung des letzten Krankenhausplans aus unserer Sicht nicht verkehrt.

Zweiter Punkt: Eben wurde schon dargestellt, dass es ein Umsetzungsdefizit gegeben hat. Als der Plan verabschiedet worden ist, war sicherlich die allgemeine Einschätzung, dass nun eine Menge Dynamik kommt und alle Akteure – die Krankenkassen, die Krankenhäuser, die Bezirksregierungen – zügig an das Thema herangehen. Ganz so zügig ist es dann nicht passiert. Die Ursachen dafür sind nicht erforscht. Es gab aber ein Umsetzungsproblem. Es gab ein Problem mit der Durchsetzung.

Insofern setzt die Novelle des Krankenhausgestaltungsgesetzes jetzt wohl an der richtigen Stelle an. Wenn man es beschleunigen will, muss für das Land die Ermächtigung, diese Beschleunigung dann auch zu erzwingen, geschaffen werden. Das ist ja Zielsetzung dieser Gesetzesänderung. Insofern werden zukünftige Planungsprozesse dadurch sicherlich forciert, weil alle Akteure wissen: Wenn wir hier nicht vorankommen, wird das Land übernehmen. – Das halte ich auch für gut und richtig.

Eine weitere Frage von Ihnen lautete, ob die sechs Monate nun genau stimmig seien. Das ist zwar sportlich. Es ist aber auch leistbar. Denn in der Vergangenheit sind die Zeitfenster nicht deshalb überschritten worden, weil man mehr Zeit gebraucht hätte, sondern einfach deshalb, weil es inhaltlich nicht voranging und kein Treiber in dem Prozess da war. Insofern wird man sehen, welche Erfahrungen man mit den sechs Monaten macht. Völlig unrealistisch ist das meines Erachtens aber nicht, Herr Yüksel.

Außerdem haben Sie die 24 Monate angesprochen und gefragt, wie schnell ein entsprechendes Planungskonzept dann umgesetzt werden könne. Es ist gut, dass Sie diese Frage noch gestellt haben. In unserer Stellungnahme haben wir das auch erwähnt. Die bisherigen 24 Monate waren manchmal schon sehr knapp – nicht etwa deshalb, weil die Leute an dieser Stelle zu langsam unterwegs waren, sondern deshalb, weil in der Tat insbesondere die personellen Umsetzungen und auch die baulichen Umsetzungen dann eben doch nicht so schnell auf die Reihe zu kriegen sind. Wir diskutieren viel über die Schwierigkeit, Personal zu gewinnen, sowohl im Pflegebereich als auch im ärztlichen Bereich. Wenn regionale Planungskonzepte Veränderungen nach sich ziehen, braucht man dafür oftmals neue, anders qualifizierte Mitarbeiter. Allein eine Stellenausschreibung für einen verantwortlichen ärztlichen Leiter oder eine verantwortliche ärztliche Leiterin ist manchmal in diesem Zeitfenster kaum hinzubekommen – geschweige denn Baumaßnahmen. Wenn sie dann noch gefördert werden, darf man, sofern keine Ausnahmegenehmigung erteilt wird, erst nach Vorliegen eines entsprechenden Bescheides mit den Arbeiten anfangen. Das macht sicherlich uns allen sehr schnell verständlich, warum bereits 24 Monate nicht ganz einfach sind, geschweige denn zwölf Monate.

Dr. Hans-Ulrich Sorgenfrei (Lukas-Krankenhaus Bünde): Noch ein kurzes Wort zur letzten Krankenhausplanung: Aus meiner Sicht ist ein wichtiges Kriterium gar nicht berücksichtigt worden, nämlich die Wanderungsbewegungen der Patienten: Wer geht wohin und lässt sich wo behandeln? Dadurch gab es zum Teil auch falsch geplante Gebiete, in denen überhaupt kein Patientenaustausch stattfindet.

Außerdem hat das Ganze ausschließlich schriftlich vonstattenzugehen. Aus meiner Sicht muss man die Akteure wie bei den Budgetverhandlungen zusammenbringen. Nachdem sie drei Tage zusammengesessen haben, ist die Planung dann fertig. Im

letzten schriftlichen Verfahren gab es monatelange Wartezeiten, bis sich wieder einer geäußert hat; dann ging es zur Bezirksregierung oder zum Land und hat wieder monatelang gedauert. So bringt das sowieso nichts. Bei uns ist es so gewesen, dass nach jahrelanger Wartezeit letztendlich alles im Dissens geendet ist. Dann kann man es, ehrlich gesagt, auch gleich zentral machen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Das Informationsbedürfnis der Abgeordneten ist befriedigt worden, glaube ich. Ich sehe jedenfalls keine Fragen mehr. Insofern darf ich mich bei Ihnen herzlich bedanken, vor allen Dingen für das lange Durchhalten, und auch Ihnen einen schönen Heimweg wünschen.

2 Anhörung am 7. März 2018 um 10:30 Uhr

Vorsitzende Heike Gebhard: Bevor die Abgeordneten sich verabschieden, möchte ich noch einen Hinweis geben. In der Obleuterunde haben wir miteinander festgelegt, dass wir die Anhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung „Entwurf eines Ausführungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes“ Drucksache 17/1414 am 7. März 2018 um 10:30 Uhr durchführen wollen.

Das müssen wir auch formell in das Protokoll aufnehmen. Deshalb muss ich es hier ansprechen. Ich denke, dass sich kein Widerspruch erhebt. Die Obleute werden das in ihren Arbeitskreisen mitgeteilt haben. – Gut.

Eigentlich sollten die Fraktionen – so war es vereinbart – bis heute auch schon die Sachverständigen für diese Anhörung melden. Allerdings liegen noch nicht alle Meldungen vor. Insofern bitte ich darum, das jetzt zügig zu tun.

Unsere nächste Sitzung findet am 31. Januar 2018 statt.

Ich darf die heutige Sitzung damit schließen und Ihnen allen einen schönen Heimweg wünschen. Bis bald!

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

Anlage

29.01.2018/01.02.2018

160

Stand: 29.01.2018

Anhörung von Sachverständigen
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
**"Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im
Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I"**
Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 17/1046

Mittwoch, dem 10.01.2018
13.30 Uhr, Plenarsaal

Tableau

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
<u>Art. 10 und Art. 11</u>		
Kommunale Spitzenverbände		
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in Nordrhein-Westfalen c/o Städtetag Nordrhein-Westfalen Köln	Stefan Hahn Dr. André Weßling	17/235
Landessenorenvertretung NRW e.V. Münster	Magdalene Sonnenschein	17/250
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) Düsseldorf	Christof Beckmann Hans Peter Knips Norbert Grote	17/242 17/274
Landesverband der Pflegekassen c/o AOK Rheinland/Hamburg Duisburg	Ulrich Pannen	17/239 17/251
MDK Nordrhein Düsseldorf	Werner Greilich	-----
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege NRW LAG-Geschäftsstelle c/o Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V. Köln	Eric Lanzrath Dieter Peickert	17/255

Sozialverband VdK - Nordrhein-Westfalen e.V. Kreisverband Düsseldorf Sozialeinrichtung, Düsseldorf, Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Manuela Anacker Alissa Schreiber	17/262
SoVD Düsseldorf	Daniel Kreutz Dr. Michael Spörke	17/222
Verband der Ersatzkassen (vdek) Düsseldorf	Dirk Ruiss Thomas Fritz	17/249
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Köln	Jörg Uthmann	17/257
Dr. Heilmaier und Partner Krefeld	Karl Nauen	----
Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e.V. Uwe Hildebrandt Dortmund	Dieter Peickert	----
Alloheim Senioren-Residenzen SE Hauptverwaltung Düsseldorf	Jens Harder Johannes Knake	17/236
Professor Dr. Thomas Klie Evangelische Hochschule Freiburg e.V. AGP – Sozialforschung im FIVE – Forschungs- und Innovationsverbund Freiburg	<i>keine Teilnahme</i>	17/268
<u>Art. 12 und Art. 13</u>		
Landesbehindertenrat NRW e.V. Münster	Dr. Willibert Strunz Gertrud Servos	----
Dr. Harry Fuchs Düsseldorf	Dr. Harry Fuchs	17/240

LAG Selbsthilfe NRW Münster	Annette Schlatholt	17/237
<u>Art. 14</u> Kommunale Spitzenverbände		
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in Nordrhein-Westfalen c/o Städtetag Nordrhein-Westfalen Köln	Stefan Hahn Dr. André Weßling	17/235
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. Düsseldorf	Jochen Brink Thorsten Ganse Lothar Kratz	17/231
Ärztammer Nordrhein Düsseldorf	Dr. Anja Mitrenga-Theusinger Ulrich Langenberg	17/266
Ärztammer Westfalen-Lippe Münster	Dr. Markus Wenning Jürgen Herdt	
Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e.V. Düsseldorf	Joachim Stapper-Müer	17/263
Zweckverband der Krankenhäuser des Ruhrbezirks e.V. Herne	<i>keine Teilnahme</i>	----
DGB Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	<i>keine Teilnahme</i>	----
Marburger Bund Nordrhein-Westfalen Köln	Dr. Hans-Albert Gehle Rolf Lübke	----
Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter GmbH Ratingen	Norbert Schmitt Brigitta Lorke	17/245

Lukas-Krankenhaus Dr. Hans-Ulrich Sorgenfrei Bünde	Dr. Hans-Ulrich Sorgenfrei	17/264
Vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Dirk Ruiss Düsseldorf	Dirk Ruiss Thomas Fritz	17/249
IGES Institut GmbH Dr. Martin Albrecht Berlin	Dr. Stefan Loos	----
pro familia NRW Wuppertal	<i>keine Teilnahme</i>	----

WEITERE STELLUNGNAHME

LWL Westfalen-Lippe	17/218
Caritas	17/234
Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB)	17/244
Rheinische Gesellschaft für Innere Mission und Hilfswerk GmbH	17/270