Landtag
Nordrhein-Westfalen
17. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 17/767
02.10.2019

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

58. Sitzung (öffentlich)

2. Oktober 2019

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:40 Uhr bis 18:05 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Carolin Rosendahl

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

Vor Eintritt in die Tagesordnung **7**

a) Bericht des MAGS zu Handfehlbildungen bei Säuglingen **7**

b) Abstimmung in Fraktionsstärke **7**

1 Aktuelle Viertelstunde *(beantragt von den Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 1])* **8**

Todesfälle nach Einnahme einer Glucoselösung

– mündlicher Bericht der Landesregierung *(s. Anlage 2)*

– Wortbeiträge

2 Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ 17

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2429

– Beratung mit Autoren des Gutachtens

– Vortrag des Gutachters Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert *(s. Anlage 3)*

– Wortbeiträge

3 Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2020 (Haushaltsgesetz 2020) 34

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/7200

Einzelplan 11
Vorlage 17/2325 (Erläuterungsband)

– Einbringung durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales *(s. Anlage 4)*

– mündlicher Bericht der Landesregierung

– Wortbeiträge

4 Den Beamtinnen und Beamten in NRW die freiwillige Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglichen 43

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 17/5057

Ausschussprotokoll 17/668 (Anhörung vom 19.06.2019)

– Abschließende Beratung und Abstimmung

– Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ab.

5 Hitzeaktionspläne zur Prävention hitzeassoziierter Mortalität und Morbidität 44

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/6752

– Abschließende Beratung und Abstimmung

– Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD ab.

6 IT-Infrastruktur der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen stärken – Patientenschutz sichern 47

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/5634

Ausschussprotokoll 17/692 (Beratung mit sachverst. Gästen vom 04.07.2019)

– Abschließende Beratung und Abstimmung

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD ab.

7 Medizinische Notfallversorgung bedarf keiner staatlichen Regulierung – Kompetenzen bei den Kammern belassen. 48

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/7358

– Verfahrensabsprache

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss kommt überein, eine schriftliche Anhörung durchzuführen. Weitere Absprachen sollen in der Obleuterunde erfolgen.

8 Aktuelle berufliche Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderung *(Bericht beantragt von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 5])* **49**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2491

– Wortbeiträge

9 Verfassungsgerichtliches Verfahren der Landschaftsverbände und einzelner Kommunen in NRW gegen das Ausführungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (AG-BTHG NRW) *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD in der Sitzung am 04.09.2019)* **50**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2488

– keine Wortbeiträge

10 Aktueller Sachstand zum geplanten Verkauf der NRW-Spielbanken *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD in der Sitzung am 04.09.2019)* **51**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2452

– keine Wortbeiträge

11 Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD [s. Anlage 6])* **52**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2490

– Wortbeiträge

12 Ambulante Intensivpflege in NRW vor dem Hintergrund des Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetzes *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD [s. Anlage 7])* **53**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2492

– Wortbeiträge

Der Ausschuss kommt auf Antrag von Angela Lück (SPD) überein, den Tagesordnungspunkt in der nächsten Sitzung zu beraten.

13 Verschiedenes **54**

* * *

Vor Eintritt in die Tagesordnung

a) Bericht des MAGS zu Handfehlbildungen bei Säuglingen

Vorsitzende Heike Gebhard gibt bekannt, dass, nachdem der Staatssekretär bereits in der Obleuterunde über diesbezüglich eingeleitete Maßnahmen informiert habe, nun, wie angekündigt, am heutigen Tag mittags auch noch ein schriftlicher Bericht des Ministeriums zum Auftreten von Handfehlbildungen bei Säuglingen zugeleitet worden sei, und hält anschließend nach entsprechender Rückfrage an die Ausschussmitglieder fest, dass heute keine Fragen dazu bestünden.

b) Abstimmung in Fraktionsstärke

Die Vorsitzende erinnert an die Vereinbarung, in der heutigen Sitzung in Fraktionsstärke abzustimmen.

1 Aktuelle Viertelstunde *(beantragt von den Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 1])*

Todesfälle nach Einnahme einer Glucoselösung

Josef Neumann (SPD): Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen haben nach den Vorfällen in Köln die heutige Aktuelle Viertelstunde beantragt.

Am 19. September ist eine junge Frau – und in der Nacht vom 19. auf den 20. September ihr Baby – nach Einnahme eines Medikaments aus einer Kölner Apotheke verstorben. Die Öffentlichkeit ist drei Tage später über diesen Vorfall informiert worden. Weitere drei Tage später sind die drei Apotheken, die zu der betroffenen Unternehmensgruppe gehören, geschlossen worden.

Lassen Sie mich hier noch hinzufügen, dass wir in Nordrhein-Westfalen, in Bottrop, bereits vor drei Jahren einen großen Skandal im Bereich „Apotheken und Medikamente“ hatten. Ich will beide Fälle weder miteinander verbinden noch irgendwie zum Ausdruck bringen, der eine habe etwas mit dem anderen zu tun. Allerdings sind es beides Fälle, die gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen in Nordrhein-Westfalen hatten und haben. Schon damals haben wir lange darüber diskutiert, wie wir zukünftig mit dem Thema „Apotheken“ umgehen. Daraus folgte unter anderem, dass die Apotheken weiteren Kontrollen durch die Gemeinden ausgesetzt sein sollten. Es ist außerdem mehr oder minder vereinbart worden, dass wir hier ein besonderes Auge auf das Thema haben müssen.

Nun hat das in Köln Geschehene zwei Menschenleben gekostet, und es gibt viele Fragen, die in diesem Zusammenhang beantwortet werden müssen. Liest man die Artikel nach der Sondersitzung des Gesundheitsausschusses der Stadt gestern in Köln, kann man zu dem Schluss kommen, dass es mehr Fragen als Antworten gibt.

Für uns als SPD ist es wichtig, zu erfahren, wann das Ministerium in Nordrhein-Westfalen über diesen Vorfall – und ich sage Vorfall ausdrücklich in Anführungszeichen; denn es ist mehr als ein Vorfall – informiert worden ist. Wer hat wen informiert? Wann wurde der Minister persönlich informiert? Wie waren die Absprachen zwischen dem Ministerium und der Stadt Köln? Wer hat was – und auf welcher Grundlage – verfügt? Hat letztendlich das Ministerium die Schließung der Apotheken angeordnet? Ich füge hinzu, dass wir und ich persönlich diese Schließung für richtig halten, solange die Ursache nicht geklärt und bekannt ist, welches Restrisiko für andere Menschen – in dem Fall insbesondere für Frauen – besteht. Sie wissen, dass mindestens eine weitere Person von dieser Sache – ich meine das Medikament der Apotheke in Köln – betroffen war. Daher ist es für uns wichtig, den Informationsstand aufzuarbeiten sowie deutlich zu machen, dass der Gesundheitsschutz der Menschen in Nordrhein-Westfalen oberste Priorität hat – auch, wenn es um eine Apotheke bzw. um eine bestehende Schließung geht. Die Gesundheit muss über allem stehen.

Wenn wir in Zukunft solche Fälle ausschließen wollen, dann ist es wichtig, Folgendes in Erfahrung zu bringen: Wie lief die Kommunikation vor Ort? Wer hat vor Ort wie reagiert? Wie ist das Ministerium auf den Sachverhalt aufmerksam geworden? Wann hat der Minister reagiert? Wann ist die Schließung erfolgt?

Solange uns Klarheit fehlt, ist es notwendig, den Gesundheitsschutz über alles zu stellen. Wir hoffen, dass die ermittelnden Behörden Staatsanwaltschaft und Polizei ziemlich schnell für Aufklärung darüber sorgen können, ob es sich hier um – ich sage vorsichtig – einen Vorsatz, eine Fahrlässigkeit, einen Unfall oder etwas anderes handelt, damit nicht weitere Personen in Nordrhein-Westfalen durch die Einnahme von Medikamenten zu Schaden kommen.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Mich interessieren in dem Zusammenhang ausdrücklich die vorhandenen Fakten, und zwar in erster Linie die Frage der Zuständigkeiten – zum Beispiel warum möglicherweise nicht die Staatsanwaltschaft die Apotheke geschlossen hat. Hätte sie die Befugnis dazu gehabt? Außerdem interessieren auch mich – Herr Neumann hat ebenfalls danach gefragt – die Zusammenhänge.

Ich will, da mich das in Bezug auf die Apotheke in Bottrop auch schon ein bisschen gestört hat, ausdrücklich davor warnen, Kausalitäten zwischen Zuständigkeiten und Nicht-Zuständigkeiten herzustellen, die vielleicht nicht vorhanden sind.

Was dort passiert ist, ist ganz dramatisch; etwas Schlimmeres kann man sich nicht vorstellen. Ich bitte das Ministerium, darzulegen – soweit das Stand heute möglich ist –, wer für welche Sachverhalte zuständig ist, welche Konsequenzen man daraus ziehen kann bzw. auch, welche man nicht versprechen kann – das ist ebenfalls wichtig – sowie was das Ministerium tut. Unsere Aufgabe ist schließlich, die Tätigkeit des Ministeriums zu bewerten – und nicht, herauszufinden, wer der Täter war. Das muss die Staatsanwaltschaft leisten. Welche Konsequenzen strafrechtlich zu ziehen sind, werden wir dann sehen. Uns muss interessieren, was wir als Land oder auch als öffentliche Behörden tun können, um solche Vorfälle unwahrscheinlicher zu machen, eingreifen zu können oder auch im Nachhinein … Es ist schon ein bisschen verwunderlich, dass die Apotheke noch mehrere Tage geöffnet war. Vielleicht kann auch dazu Stellung bezogen werden.

Peter Preuß (CDU): Wir sollten zunächst zum Ausdruck bringen, dass wir Mitgefühl für die Familie haben; denn das, was da passiert ist, ist mit einem unendlichen Leid verbunden. Es hat erheblich Vertrauen zerstört, und wir müssen zusehen, dass dieses Vertrauen in Bezug auf alle Akteure – Ärzte, Apotheker und alle mit dem Gesundheitsschutz Befassten –, wiederhergestellt wird bzw. bestehen bleibt.

Natürlich ist es richtig, dass hier Fragen gestellt werden müssen. Ich würde vorschlagen, dass wir zunächst einmal den Bericht des Ministers abwarten. Allerdings kann ich kann schon jetzt feststellen, dass natürlich bei allem, was administrativ zu tun ist, der Gesundheits- und – ich füge hinzu – auch der Lebensschutz – gerade in diesem Fall ist ja deutlich geworden, dass es auch um den Lebensschutz geht – bei allen zu unternehmenden Maßnahmen äußerste und höchste Priorität hat.

Herr Kollege Neumann, Sie sagen, die Apotheken sollten geschlossen bleiben, bis alles aufgeklärt ist. Das entspricht der derzeitigen Situation. Das Ministerium hat gehandelt, die Apotheken sind geschlossen, und selbstverständlich erwarten auch wir, dass die Apotheken erst dann wieder geöffnet werden dürfen, wenn hinreichende Aufklärung erfolgt ist. Insofern ist das, sagen wir mal, keine neue Erkenntnis bzw. keine

Forderung, sondern eigentlich die aktuelle Situation – vorbehaltlich – das muss ich sagen – möglicher anderer gerichtlicher Entscheidungen; denn Sie wissen, dass der Apotheker gegen den Sofortvollzug geklagt hat bzw. eine einstweilige Verfügung beantragt hat. Auch da gilt es abzuwarten, wie das Gericht entscheiden wird. Das steht und fällt aber alles mit der Frage, was da und wie es passiert ist. War es eine Fahrlässigkeit oder möglicherweise Vorsatz?

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Ich sage zunächst Danke dafür, dass wir die Möglichkeit haben, hier aus unserer Sicht etwas zu den Vorkommnissen in Köln zu sagen. Sie wissen ja, dass wir im Ministerium zusammen mit der Bezirksregierung Köln am 25. September die Entscheidung getroffen haben, vorsorglich die sofortige Schließung der drei zu einem Verbund gehörenden Apotheken anzuordnen. Umgesetzt werden musste sie – das betrifft jetzt die Zuständigkeiten – durch das Gesundheitsamt der Stadt Köln als unmittelbar zuständige untere Gesundheitsbehörde. Die Schließung erfolgte am Morgen des 26. Septembers 2019. Wir haben diese Maßnahme mit vorbeugendem Gesundheitsschutz für die Bürgerinnen und Bürger begründet.

Zu den drei geschlossenen Apotheken gehört selbstverständlich auch die Apotheke, bei der der Sachverhalt – eine Kontamination des Glukosepulvers – erfolgt ist sowie zwei weitere Apotheken dieses Apothekenverbunds.

Zum Zeitpunkt dieser Entscheidung konnte die Staatsanwaltschaft nicht sagen, wer Verantwortung für die Verunreinigung trägt, und nicht ausschließen, dass es sich möglicherweise um eine absichtliche Manipulation handelt. Das war für mich der Grund, weshalb ich gesagt habe: Man kann sagen, was man will, aber wenn ein Vorsatz nicht ausgeschlossen werden kann, dann kann ich diese Apotheke nicht geöffnet lassen.

Das war der Grund, warum wir dann in Absprache mit der zuständigen Bezirksregierung veranlasst haben, dass die Apotheken am nächsten Morgen – als wir die Entscheidung getroffen haben, war es schon abends nach Dienstschluss bzw. es war ein Zeitpunkt, wo die meisten Apotheken schon geschlossen haben –, nicht mehr öffnen und wir über das Gesundheitsamt sicherstellen lassen, dass die Apotheken über ihre Schließung informiert werden.

Sie wissen ja, dass die Stadt Köln den drei Apotheken schon am 23. bzw. 24. September untersagt hatte, Rezepturen anzufertigen, und damit quasi das Labor geschlossen war. Da wir nicht ausschließen konnten – und bis heute noch nicht ausschließen können –, dass es sich unter Umständen um eine vorsätzliche Tat handelt, waren meine Fachabteilung und ich der Meinung, dass wir damit ebenfalls nicht ausschließen können, dass unter Umständen auch fertige Medikamente verändert – ich drücke es mal so neutral aus – werden. Unter Berücksichtigung der Abwägung dieser Dinge sind wir also der Meinung, dass diese Entscheidung zu verantworten ist. Bei einer solchen Entscheidung steht man immer vor der Frage – ein Gericht wird das jetzt überprüfen –, ob wir zwischen dem Gesundheitsschutz und den Interessen des Apothekers richtig abgewogen haben. Ich halte das für einen normalen Vorgang. Wir haben uns diese Frage jedenfalls auch gestellt und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass der Gesundheitsschutz absoluten Vorrang haben muss.

Was man bei modernen Apotheken im Rahmen einer solchen Schließung natürlich auch bedenken muss, ist, dass sie – auch in diesem Fall ist das so – Heimversorgungsverträge haben. Das heißt, dass der Apotheker für eine nicht geringe Anzahl von Menschen das gesamte Medikamentenmanagement übernimmt. Das können Sie gar nicht von heute auf morgen auf eine neue Apotheke übertragen, weil das irgendwie technisch und schlicht praktisch nicht geht. Damit standen wir vor der nächsten Frage: Was machen wir? Als Ministerium, als Minister hat man dann die Entscheidung zu treffen, was Vorrang hat – die Versorgung von Menschen in Altenheimen und Palliativstationen oder die Schließung jeglichen Handels mit Medikamenten. Wir haben dann gesagt, dass diese Art der Versorgung weiter erfolgen kann – unter sehr strengen Auflagen. Die Medikamente kommen von einem Großhersteller, sind also gar nicht in dem Apothekengebäude. Sie werden sozusagen in Kisten gepackt und verteilt. Dafür haben wir das Vier-Augen-Prinzip – das dürfen nun also immer nur zwei Personen zusammen machen – und eine starke behördliche Kontrolle durch die örtlichen Kontrollbehörden eingeführt. Wir waren dann der Meinung, dass man diese Sache – unter Abwägung der Versorgung auf der einen und der Auslieferung von unmittelbar, also dringend benötigten Medikamenten auf der anderen Seite …

Sie wissen, was passiert ist. Das muss ich jetzt nicht alles wiederholen. Es geht um eine tote Frau und ein totes Baby sowie eine weitere Patientin, die Gott sei Dank früh genug bemerkt hat, dass es ihr, als sie das Mittel eingenommen hat, irgendwie – ich sage es mal so – komisch vorkam. Bis heute ist nicht bekannt, wie dieses Mittel in dieses Medikament gekommen ist. Wir wissen es nicht – weder die Staatsanwaltschaft noch wir. Deswegen kann man letzten Endes nichts ausschließen.

Nun zur Abfolge der uns zugeleiteten Informationen. Das ist für Sie, denke ich, auch interessant. Die erste Meldung an das Ministerium über den Todesfall der Frau erfolgte über eine sogenannte WE-Meldung am Freitag, den 20. September, um 16:40 Uhr. In dieser Meldung wurde berichtet, dass die Polizei mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln als für die Gefahrenabwehr originär zuständige Stelle Kontakt aufgenommen habe und die verantwortliche Amtsapothekerin ihrerseits mit der Bezirksregierung Köln hinsichtlich zu treffender gefahrenabwehrender Maßnahmen Verbindung aufgenommen hat. Weitere Informationen an das Ministerium über den Tod des durch Notkaiserschnitt geborenen Säuglings folgten am Montag, den 23. September, durch Fortschreibungen der WE-Meldung um 18:22 Uhr und um 19:04 Uhr bzw. um 21:19 Uhr. Laut WE-Meldung hatte das Institut für Rechtsmedizin in Köln der Polizei am Montag, den 23. September 2019, nachmittags mitgeteilt, dass im Untersuchungsmaterial aus der betroffenen Apotheker eine toxische Substanz nachgewiesen werden konnte – also Montagnachmittag, am 23.

Die Staatsanwaltschaft erhielt unverzüglich Kenntnis und bewertete den Sachverhalt laut WE-Meldung als Tötungsdelikt. Die Ermittlung wurde im Rahmen einer Mordkommission weitergeführt.

Nach dem damaligen Stand der Ermittlung kam eine toxische Beimischung in der betroffenen Apotheke infrage.

Laut WE-Meldung erfolgten nun erneut Durchsuchungsmaßnahmen unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes der Stadt Köln in der betroffenen Apotheke. Maßnahmen

zur gefahrenabwehrenden Öffentlichkeitsarbeit seien in Zusammenarbeit mit der Stadt Köln in Vorbereitung.

Am 23. September um 19:55 Uhr wurde dann eine gemeinsame Presseerklärung der Stadt Köln und der Polizei versandt, mit der mögliche Patienten vor einer Verwendung des glukosehaltigen Präparates aus den betroffenen Apotheken in Köln gewarnt wurden.

Im Rahmen einer Durchsuchung am 23. September 2019 wurde die Herstellung von Arzneimitteln in der betroffenen Apotheke durch die Stadt Köln untersagt.

Am 24. September 2019 erfolgte dann die Untersagung der Herstellung von Arzneimitteln in den beiden weiteren Apotheken des Apothekeninhabers.

Im Rahmen der Pressekonferenz der Stadt Köln und der Staatsanwaltschaft Köln am 24. September teilte die Staatsanwaltschaft der Öffentlichkeit mit, dass auch ein vorsätzliches Tötungsdelikt nicht ausgeschlossen werden könne.

Am 25. September wurde schließlich im Ministerium abschließend geprüft, ob weitergehende Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung erforderlich sind. In Absprache mit der Bezirksregierung erfolgte abends unter Abwägung der Gesamtumstände die Weisung durch das Ministerium, die drei Apotheken des Apothekeninhabers aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes bis auf Weiteres zu schließen, weil die Gründe, die zum Tod der Patientin sowie ihres Kindes führten, weiterhin unklar waren. Vorsätzliches Handeln und damit weiterhin bestehende Gefahr für weitere Patientinnen und Patienten konnten zum damaligen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden.

Warum wir die Versorgung im Rahmen der Heimversorgungsverträge unter strengen Auflagen genehmigt haben, habe ich schon erklärt.

Nun bewerten wir im MAGS die Lage jeden Tag anhand dessen, was wir wissen, neu und müssen jeden Tag neu abwägen, ob die rigorose Schließung der drei Apotheken vertretbar ist oder nicht. Unser Bewertungsgrundsatz ist, dass wir nicht bereit sind, ein Risiko in Sachen Patientenschutz zu übernehmen. Das will ich nicht. Und ich will Ihnen auch sagen, warum. Erstens. Der Patientenschutz hat absoluten Vorrang. Zweitens. Bei so einer Sache muss man auch Folgendes bedenken: Wir erlauben uns in Deutschland mit dem Apothekersystem ein System zur Verteilung von Arzneimitteln, das uns einen bestimmten Preis wert ist. Das tun wir – im Gegensatz zu anderen Ländern –, weil wir die Medikamentensicherheit über die Apotheken gewährleistet sehen.

Man muss dabei meiner Meinung nach auch bedenken, dass es auch eine Frage des Vertrauens in diesem System ist, dass man, wenn man ein Medikament – auch ein verschreibungsfreies Medikament – in einer Apotheke kauft, davon ausgehen muss, dass man sich in einer Einrichtung befindet, in der der Patienten- und der Gesundheitsschutz absolute Priorität haben, und zwar auch in der Organisation der Apotheke. Das finde ich einfach wichtig.

Durch den Fall Bottrop ist das meines Erachtens in Nordrhein-Westfalen schon genug erschüttert. Deswegen finde ich, dass man hinsichtlich des Vertrauens in ein System, das wir als Beitragszahlerinnen und -zahler der gesetzlichen und privaten Krankenkassen in vollem Umfang gemeinsam finanzieren, natürlich auch politisch sehen muss,

dass es seiner Aufgabe gerecht wird, und die staatliche Aufsicht dafür sorgen muss, dass nur diejenigen an dem System teilnehmen, die dies zurzeit auch nachweisen können oder – ich sage es mal so – bei denen kein Verdacht besteht, dass sie nicht diesem System entsprechend praktizieren.

Deswegen bin ich der Auffassung, dass richtig war, was wir gemacht haben. Man kann sagen, wir hätten einen Tag schneller entscheiden können. Allerdings war es auch so – das habe ich eben schon gesagt –, dass wir am Dienstagnachmittag die Information aus der Staatsanwaltschaft, dass ein Vorsatz nicht ausgeschlossen werden kann, hatten. Ich gebe zu, dass der Prozess bei uns einen Tag gedauert hat. Es muss ja überlegt sowie die Juristen im Haus und der Landesapotheker, wie ich ihn immer nenne, und auch die Bezirksregierung gehört werden. Dann ist ein Arbeitstag schnell um, und wir haben die Schließung der Apotheke, wie gesagt, für den Donnerstagmorgen durchgesetzt. Sie ist bis jetzt geschlossen.

Josef Neumann (SPD): Herr Minister, vielen Dank für diesen umfassenden Bericht. Es wäre gut, ihn anschließend noch schriftlich zu erhalten; denn kaum einer konnte alles mitschreiben.

Ich habe noch zwei Nachfragen.

Die erste Frage. Sie haben die WE-Meldung vom 20. September 2019 sowie eine weitere vom 23. September 2019 zum Tod des Kindes erwähnt. Wir stellen uns die folgende Frage: Erfolgte die WE-Meldung auf Grundlage der Ermittlungen der Polizei, der Staatsanwaltschaft oder waren es Ärztinnen und Ärzte oder das Krankenhaus, die für die Informationen für die WE-Meldung gesorgt haben? Wer war es also, der dafür gesorgt hat, dass dieser Informationsfluss überhaupt erfolgte?

Meine zweite Frage. Hier ist ja eine Frau ums Leben gekommen, die in einer Apotheke ein Medikament gemischt bekommen hat, um Schwangerschaftsdiabetes zu überprüfen. Nun gibt es ja durchaus viele Hinweise aus dem Land, die besagen, dass dieses Mischen vor allem deshalb erfolgte, weil auf dem Markt erhältliche Fertigprodukte teurer sind und von den Krankenkassen nicht finanziert werden. Stimmt es, dass sich, wie einem aktuell berichtet wird, die Finanzierung seitens der Krankenkassen nach dem Tod dieser zwei Menschen geändert hat?

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Ich knüpfe an das an, was Herr Neumann gesagt hat. Ich habe gehört, dass ein Fertigprodukt rund 4 Euro und die Mischung rund 1,20 Euro kostet. Wir reden also nicht über immense Summen – in der Summe natürlich schon, aber nicht für das einzelne Präparat.

Ich habe der Presse entnommen, dass es aufgrund des Heimversorgungsvertrags notwendig ist, unter strengen Auflagen weiterhin die Möglichkeit zu schaffen, dass im weitesten Sinne Produkte in der Apotheke zubereitet werden.

Meine Frage dazu: Ist geplant, den Heimen etwas dazu an die Hand zu geben, wie so etwas verhindert werden kann? Selbst wenn es einen solchen Fall hoffentlich nicht noch einmal gibt, könnte eine Apotheke abbrennen. Dann muss irgendwie gewährleistet werden, dass eine Versorgung weiterhin möglich ist. In dem Zeitungsartikel wurde

auf die Datenschutz-Grundverordnung und die im PC vorhandenen Daten verwiesen. Wird überlegt, den Heimen oder auch den Apotheken eine Hilfestellung an die Hand zu geben, wie so etwas durch ein Ersatzsystem verhindert werden kann?

Rainer Matheisen (FDP): Zunächst auch im Namen der FDP-Fraktion den Angehörigen, denjenigen, die von diesem schlimmen Ereignis, wo zwei Menschen – ein sehr junger und ein junger Mensch aus dem Leben gerissen wurden –, direkt betroffen sind herzliches Beileid und Mitgefühl. Das ist eine schlimme Sache.

Nichtsdestotrotz danke ich dem Ministerium für das schnelle Handeln und das schnelle Eingreifen. Es gilt zweifelsohne in dubio pro reo, aber der Gesundheitsschutz geht an der Stelle vor. Das ist absolut richtig.

Mir stellt sich noch eine Frage: Inwiefern kann ein Entstehen der Verunreinigung in der Lieferkette im Vorfeld der Zulieferung ausgeschlossen werden bzw. gibt es entsprechende Ermittlungen? Ist Ihnen diesbezüglich etwas bekannt?

Außerdem bitte ich darum, uns in den kommenden Wochen und Monaten auf dem Laufenden zu halten, sofern sich eine neue Sachlage ergibt.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Man muss das anhand der Faktenlage ein bisschen auseinanderklamüsern. Auch Sie haben das eben gesagt: Bei dem anderen Apothekerskandal standen sicherlich auch andere Motive im Hintergrund. Die Zubereitung von Zytostatika geht mit einem gewissen Sachwert der Substanzen einher. Eine der Geißeln unserer Zeit ist, dass Glukose unglaublich billig ist. Ein Panschen als Hintergrund ist in diesem Zusammenhang meines Erachtens also eher unwahrscheinlich. Deswegen sollte man diese beiden Fälle nicht miteinander vermischen.

Ganz im Gegenteil: Gerade bei der oralen Einnahme von Glukose müsste es ja entweder eine sehr ungünstige Kontamination mit einem Stoff, der in der Apotheke zu finden war, gewesen sein – was ich für unwahrscheinlich halte – oder es muss ein relativ hochpotentes Toxin gewesen sein. Dann ist es, so habe ich es, glaube ich, aus dem Bericht richtig verstanden, folgerichtig, dass man von einem Tötungsdelikt ausgeht.

Bei der aktuellen Sachlage muss man allerdings auch festhalten – bevor wir wieder darauf verfallen, zu sagen, man müsse ein besonderes Augenmerk auf die Apotheker legen –, dass die Einbringung eines Toxins wie in dem Fall in ein Medikament ebenso hätte bei einem Bäcker mit einem Brot oder Brötchen geschehen können. Das sage ich nur, um das zu differenzieren.

Meine Frage – ich weiß nicht, ob sie beantwortet werden kann, immer noch Gegenstand der Ermittlungen oder unter Verschluss ist: Ist mittlerweile bekannt, um welches Toxin es sich handelt?

Peter Preuß (CDU): Ich habe eine Ergänzungsfrage zum Thema „Fertigprodukte“. Das wird ja jetzt in Zusammenhang mit der grundsätzlichen Finanzierung von Medikamenten gestellt. Da würde die Frage interessieren, ob bei Fertigprodukten Manipulationen auszuschließen sind bzw. Fehlmedikationen zu besorgen wären.

MD Helmut Watzlawik (MAGS): Die erste Frage war, was der sogenannten WE-Meldung zugrunde lag. Ein Ministerium bzw. die Landesregierung erhält jeden Tag eine Vielzahl sogenannter Meldungen wichtiger Ereignisse. Diese werden vom Lagezentrum des Innenministeriums verteilt. Es kann sich dabei um einen Scheunenbrand, der für wichtig erachtet wird, um ein Schiffsunglück auf dem Rhein oder wie im vorliegenden Fall um diese Vorfälle in der Kölner Apotheke handeln.

Grundlage der WE-Meldungen sind polizeiliche Ermittlungen, und es wird darin immer relativ kurz und knapp ein Sachverhalt geschildert. Was ist passiert? Welche Maßnahmen wurden durch die Polizei ergriffen? Wurde Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gemacht? Es wird kurz über den Ermittlungs- und Sachstand sowie darüber, welche Kräfte von der Polizei eingesetzt wurden, referiert. So baut sich eine WE-Meldung auf.

In dem Fall war es so, wie wir eben dargestellt haben: Freitag am späten Nachmittag haben wir die erste kursorische Mitteilung erhalten, dass eine junge Frau gestorben ist. Was konkret passiert ist, haben wir dann am Montagabend durch die Fortschreibungen dieser WE-Meldung – diese wird dann immer ausführlicher – mitbekommen. Das ist der Hintergrund. Wie die Polizei an diese Erkenntnisse gekommen ist, ob durch Zeugenbefragungen, Krankenhäuser – das wird teilweise ausgeführt –, kann man so im Detail nicht aus den WE-Meldungen ablesen. Es wird nur der Sachverhalt wiedergegeben.

Zu der Frage danach, welche Hinweise wir den Heimen in Zukunft vielleicht geben sollten. Eine solche Schließung von drei Apotheken ist kein alltägliches Vorkommnis. Dass ein Ministerium anordnet, drei Apotheken zu schließen, kommt wirklich sehr selten vor und ist eine sehr weitreichende Maßnahme. Wir werden jetzt einfach schauen, was da wirklich passiert ist und dann überlegen, wie wir, wenn so etwas wieder vorkommen sollte, mit solchen Sachverhalten umgehen. Dazu, ob bei der Überleitung wirklich datenschutzrechtliche Problematiken bestehen, möchte ich jetzt gar nichts sagen. Aus unserer Sicht ist es wahrscheinlich eher ein organisatorisches Problem, die Versorgung der Heime weiter aufrechtzuerhalten. Wir machen uns jetzt auf jeden Fall Gedanken, wie mit solchen Situationen umzugehen ist.

Zur Frage, ob in der Lieferkette irgendetwas passiert sein könnte: Nach unseren Erkenntnissen hat sich das Ereignis in der Apotheke und nicht in der Lieferkette zugetragen. Herr Kasper kann dazu gleich etwas ergänzen.

Hinsichtlich der Frage, welches Toxin gefunden wurde, haben uns die Ermittlungsbehörden gebeten, nichts zu sagen, weil das Täterwissen ist. Sie haben aber wahrscheinlich der Presse entnommen, dass es sich um ein Anästhetikum handeln soll. Dazu sagen wir jetzt aber nichts Konkretes, weil uns die Polizei, die Staatsanwaltschaft ausdrücklich darum gebeten hat.

Zur Frage, ob sich bei den GKV etwas geändert hat, wird mein Kollege Herr Kasper etwas ergänzen.

MR Dr. Reinhard Kasper (MAGS): Ich sage kurz etwas zu der Vorfelduntersuchung. Die Staatsanwaltschaft hat die für den Lieferanten zuständige Behörde informiert. Dort sind Proben genommen worden, die anschließend in der Arzneimitteluntersuchungsstelle untersucht wurden. Dabei wurde weder dieses noch ein anderes Toxin gefunden, sodass man die Lieferkette sicher ausschließen kann.

Außerdem hat Herr Watzlawik ja schon gesagt, dass auch der Nachweis erbracht worden ist, dass es in der Apotheke in dem Standgefäß vorhanden war.

Es wurde nach dem Fertigmedikament und der Finanzierung gefragt. Wir haben das im Prinzip schon beantwortet. Erstens reden wir über Centbeträge und zweitens entscheidet der Arzt, was verordnet wird. Der Arzt verordnet entweder ein Fertigarzneimittel oder eine Rezeptur. In dem konkreten Fall hat er eine Rezeptur verordnet.

Josef Neumann (SPD): Herr Minister, es gibt aktuell weitere Meldungen von Presseagenturen, es wäre aktuell noch ein weiteres irgendwie toxisches Tütchen gefunden worden. Stimmt diese Information? Können Sie aktuell etwas dazu sagen?

StS Dr. Edmund Heller (MAGS): Wir können das bestätigen, mehr nicht.

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Es ist so, dass eine weitere … Die Kölner Behörden, die – um das einmal zu sagen – meiner Meinung nach einen guten Job gemacht haben, haben zusammen mit der Polizei eine Warnung herausgegeben haben, dass die Menschen, wenn sie in dieser Apotheke ein solches Medikament gekauft, dieses bitte nicht einnehmen und es auf die nächste Polizeiwache bringen sollen. So ist die Aufklärung ja gelaufen.

Ein Mensch, eine Frau, glaube ich, hat das dann zu einer Polizeiwache gebracht, es also nicht eingenommen. Das ist dann natürlich untersucht worden. Seit ein paar Stunden liegt uns das Untersuchungsergebnis vor. Die Wahrheit ist, dass auch dieses Medikament verunreinigt – so will ich es jetzt mal ausdrücken – ist, und zwar mit der gleichen Substanz, die auch bei der Frau gefunden worden ist, die leider gestorben ist.

Vorsitzende Heike Gebhard: Das ist dann auch noch einmal der Hinweis darauf, dass man ausschließt, dass es in der Lieferkette passiert ist.

2 Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2429

– Beratung mit Autoren des Gutachtens

Vorsitzende Heike Gebhard: Am 12. September wurde seitens der Landesregierung das von der Landesregierung in Auftrag gegebene Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ der Öffentlichkeit vorgestellt. Dem Landtag liegen neben dem Gutachten selbst auch eine Kurzfassung des Gutachtens sowie eine vom MAGS erstellte Übersicht über die wesentlichen Ergebnisse vor.

Ich freue mich, dass ich Herrn Dr. Jens Peukert von Lohfert & Lohfert, dem Projektleiter für dieses Gutachten, herzlich in unserer Mitte begrüßen darf.

Herr Dr. Peukert könnte uns zunächst einen 15- bis 20-minütigen Einführungsvortrag halten. Allerdings liegt uns das Gutachten ja schon seit ein paar Tagen vor. Daher frage ich die Mitglieder des Ausschusses, ob sie eine Einführung in das Gutachten wünschen oder nach den bisherigen Veröffentlichungen direkt ihre Fragen stellen wollen.

Die Folien der Präsentation, die für den heutigen Vortrag vorgesehen sind und eine Teilmenge dessen darstellen, was am 12. September abends in der Messe Essen vorgestellt wurde, werden dem Ausschuss ohnehin zur Verfügung gestellt.

Josef Neumann (SPD): Wir diskutieren über ein sehr relevantes Thema, das massive Auswirkungen auf das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen haben wird. Trotz der Vorlage ist es meines Erachtens nicht nur für das Thema, sondern für den Gesamtinformationswert wichtig, dass wir zumindest in Kürze eingeführt werden. Ob das 20 Minuten sein müssen, wird Herr Dr. Peukert fachlich beurteilen können.

(Während des folgenden Vortrags wird eine Präsentation gezeigt [s. Anlage 2]. Die im Protokoll aufgeführte Nummerierung der Folien orientiert sich an der auf der jeweiligen Folie ersichtlichen Seitenzahl. Nicht genannte Folien wurden während des Vortrags übersprungen.)

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert (Lohfert & Lohfert AG): Frau Vorsitzende! Sehr verehrte Damen und Herren! Sie haben es an dem Umfang der Ihnen auf Papier ausgehändigten Präsentation schon gesehen: Es sind ungefähr 30 Slides und damit ein kleiner Auszug aus dem Gutachten. Ich werde ein paar Sachen überspringen, um nur einen Abriss zu präsentieren. Nachher kommen wir bei den Fragen wahrscheinlich auf einige Details zurück.

(Folie 2)

Vielleicht zu Anfang nur ein paar Sätze dazu, warum eine klare, nicht nur Nordrhein-Westfalen, sondern mit gewissen Abstufungen eigentlich alle Bundesländer betreffende Notwendigkeit besteht, sich der Thematik „Krankenhausplanung“ zu widmen.

(Folie 4)

Die Entwicklung seit Einführung der Fallpauschale im Jahr 2005 ist relativ klar: Die Fallzahl in den Krankenhäusern steigt, was dazu geführt hat, dass trotz sinkender Verweildauer eigentlich mit gleichen Kapazitäten gearbeitet wird. Dieses Wachstum der Fallzahl kann weder demografisch noch durch Inzidenzentwicklungen erklärt werden. Somit liegt der Rückschluss, dass auch ökonomisch getriggerte Faktoren zu diesem Fallzahlwachstum beigetragen haben, zumindest nahe. In NRW ist dieser Trend ähnlich wie in ganz Deutschland.

(Folie 5)

Vor allen Dingen bei Fällen mit kurzer Verweildauer – Sie sehen es auf dieser Grafik – gibt es ein Wachstum, es liegt also durchaus an einer Schnittstelle zur ambulanten Versorgung sowie – weil weniger akut getriggert – im elektiven Bereich. Das heißt, es handelt sich um geplante Interventionen und Operationen, wo häufig das Stellen einer Indikation eine etwas größere Interpretationsbreite hat als das bei Akuterkrankungen der Fall ist. Das ist deutschlandweit so; NRW hebt sich da nicht ab.

(Folie 6)

Außerdem haben wir haben in NRW – auf der Folie sehen Sie den Vergleich mit Deutschland sowie den internationalen Vergleich – eine höhere Krankenhaushäufigkeit. Wir als Gutachter können die an einigen Stellen dafür vorgetragene Erklärung, dies hänge mit dem Lebensalter der Bevölkerung zusammen, nicht bestätigen. Die Punkte auf der Folie bilden den Anteil an Einwohnern ab 65 Jahren ab.

Sie sehen, dass NRW – der rote Balken – sich also durchaus ein bisschen vom Trend absetzt. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt eigentlich nahezu im deutschlandweiten Schnitt, trotzdem ist die Krankenhaushäufigkeit – gerade bei elektiven Diagnosen – höher als anderswo.

(Folien 7 und 8)

Die Ziele der Krankenhausplanung, so wie sie uns aufgegeben worden sind, sind auf der einen Seite vor allen Dingen eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sowie außerdem, dass damit eine gute Erreichbarkeit dieser Versorgung unter Berücksichtigung der lokalen Faktoren für die Bevölkerung sichergestellt werden muss. Auf der anderen Seite sollen die durch eine Krankenhausplanung potenziellen Anreize im Sinne der Umsatzplanung oder einer Fallzahlsteigerung für die Krankenhäuser möglichst klein gehalten werden.

Dabei ist herausgekommen, dass wir an der Leistung orientiert gedacht und uns damit von der bisherigen eher an Fachgebieten und Kapazitäten orientierten Planungsgrundlage etwas entfernt haben.

(Folie 10)

Ich präsentiere nun ganz kurze Auszüge aus dem Gutachten und erkläre noch einmal, warum der Leistungsbezug aus unserer Sicht sinnvoller ist als das Bisherige.

(Folie 11)

Wir wissen, dass wir damit einerseits eine komplexere Planung auslösen, bieten andererseits aber eine wesentlich bessere Monitoringmöglichkeit und Steuerbarkeit dieser Leistungen. Damit kann in Zukunft insbesondere der Qualitätsaspekt wesentlich besser in die Planung einbezogen werden, als es bisher der Fall war.

Auf der negativen Seite haben wir durch die Komplexität und ein grundsätzlich neues Verfahren zur Krankenhausplanung natürlich diesbezügliche Notwendigkeiten. Es wird mit Sicherheit auch eine Übergangszeit brauchen, bis all das in das Leben in den Krankenhäusern implementiert sein kann.

Wir kommen zur Versorgungsanalyse. Ich will Ihnen nur Auszüge zeigen und springe zu einer Grafik, die vielleicht interessant ist.

(Folie 15)

Es wird viel über Endoprothetik und die Versorgung geredet. In NRW gibt es eine unglaubliche Dichte an endoprothetischen Versorgern und nahezu keinen Zipfel des Landes, wo die Fahrtzeit zu einem endoprothetischen Versorger mit seiner elektiven, also rein geplanten Indikation bei mehr als 20 Minuten liegt.

An der Größe der dort aufgezeichneten Bubbles sehen Sie, dass es natürlich gerade in den Ballungszentren quasi jeden Kilometer einen Versorger gibt – mit dadurch aber teilweise deutschlandweit untypischen Versorgungszahlen, das heißt relativ geringen Fallzahlen.

Die zweite Indikation, die wir noch herausgegriffen haben, ist eine sehr hochkarätige chirurgische Prozedur: eine Resektions-OP an der Speiseröhre, die vor allen Dingen bei Tumorerkrankungen durchgeführt wird. Selbst dafür gibt es in den Ballungszentren einige Anbieter. Wozu das führt, zeige ich Ihnen jetzt.

(Folie 18)

In der unteren Grafik sehen Sie die Verteilung nach Fallzahlen in Versorgungsgebieten für diese LG. In der fünften grauen Säule sehen Sie oben einen kleinen weißen Punkt. Das ist das Uniklinikum Köln, ein deutschlandweit führendes Zentrum dafür. Das ist eigentlich das, was man sich wünscht.

Darüber hinaus sehen Sie eine Vielzahl an Häusern, die teilweise von der deutschlandweit eigentlich vorgeschriebenen Mindestmenge nach unten ausscheren, und deswegen eine unglaubliche Fraktionierung dieser Leistung. Gründe dafür sind, dass die bisherige Planung das so zugelassen hat, dass die Sanktionierung durch die Krankenkassen in Bezug auf die Mindestmengen im Moment nicht komplett durchgezogen wird und dass es Leistungsanreize gibt, die dazu führen, dass die Krankenhäuser solche Fälle im eigenen Beritt operieren wollen, um den Umsatz zu generieren – das muss man ganz klar sagen – und dementsprechend teilweise eine Verlegung in Zentren scheuen.

(Folie 21)

Auf dieser Folie sind die Ergebnisse der Einzelanalysen grafisch zusammengefasst. Wer schon einmal ins Gutachten hineingeschaut hat, kennt das. Fast durchgängig gibt es Anzeichen dafür, dass wir eine Überversorgung haben, und zwar sowohl im Sinne der Krankenhaushäufigkeit als auch gerade in Bezug auf die Anzahl der Anbieter für eine bestimmte Leistung in NRW. Dass die Häufung in den Ballungszentren besonders hoch ist, ergibt sich von selbst.

(Folie 22)

Die Bedarfsprognose, also die Prognose zur Entwicklung in den nächsten Jahren, kann man trennen.

(Folie 24)

Wir werden weiterhin eine Reduktion der Fallzahl, aber eine Fallzahlsteigerung durch demografische Faktoren haben. Relativ kurz zusammenfasst – das ist hier in einem Zeitstrahl bis 2032 abgebildet – werden wir für die stationäre Versorgung sinkende Kapazitätsnotwendigkeiten in den Krankenhäusern haben.

Das unterscheidet sich teilweise sehr maßgeblich von anderen, auch in den letzten zwei bis drei Jahren erstellten Krankenhausplänen, weil darin häufig nur eine demografische und eben keine leistungsbezogene oder inhaltliche Fortschreibung vorgenommen wurde.

(Folie 25)

Die Qualitätsorientierung lässt sich anhand verschiedener Bereiche darstellen.

(Folie 26)

Am ehesten verbindet man Qualität mit der Ergebnisqualität, das heißt der patientenbezogenen Behandlungsqualität. Diesbezüglich müssen wir klar sagen, dass sich diese nach heutigem Stand nur schwer in eine Krankenhausplanung integrieren lassen wird. Grund dafür ist, dass es bis heute – obwohl seit Jahren diskutiert wird, dies auch für die Bezahlung wirksam zu machen – wenige wirklich haltbare Faktoren zur Beurteilung dieser Qualität gibt.

Sehr wohl möglich ist aber, die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Mindestmengen in die Planung einzubeziehen.

Die Struktur könnte Vorgaben zu Vorhaltungen von Personal, von Fachpersonal sowie fachabteilungsübergreifende, also interdisziplinäre Vorhaltenotwendigkeiten für bestimmte Prozeduren und Behandlungen abbilden. Das wäre eine Möglichkeit, wie sich die Grundlagen der Häuser – im Sinne von auf das Leistungsspektrum bezogene Schlüssigkeit sowie zur Behandlung von Komplikationen – wesentlich mehr auf die Beurteilung der Qualität auswirken und damit die grundsätzliche Versorgungsqualität verbessern könnten.

(Folie 27)

Die sich daraus ergebenden Handlungsempfehlungen sind relativ schnell zusammengefasst.

(Folie 28)

Im Gutachten empfehlen wir klar, von der bisherigen Planungsmethodik – also der auf Fachgebietsebene – wegzugehen und eine Leistungsorientierung einzuführen, klar die im Moment möglichen Qualitätsvorgaben vor allen Dingen im Sinne von Mengenregelungen und auch Strukturkriterien mit in die Krankenhausplanung einzubeziehen und vor allen Dingen zur Darstellung und für Nachvollziehbarkeit eine Transparenz darüber herzustellen, wo im Land in Zukunft welche Behandlungen von wem vorgehalten bzw. durchgeführt werden sollen.

Das würde erlauben, unter Beibehaltung der Erreichbarkeit der Häuser – denn das wäre eine ganz klare Prämisse für die Planung – die Qualität der Versorgung stärken zu können. Letztendlich würde das auch den Krankenhäusern helfen, weil sie ihr Leistungsspektrum langfristig und klar strukturieren könnten. Das ist für die Krankenhäuser ein Vorteil bei ihrer eigenen Steuerung. Ein nicht unrelevanter Nebeneffekt könnte sein, dass es zu einer höheren Poolung von Fachpersonal käme und damit sicherlich auch einen Beitrag dazu geleistet werden könnte, die Personalmenge gerade im Pflegebereich, die ja sehr relevant ist und im Moment viel diskutiert wird, in NRW in Zukunft deutlich besser handeln könnten.

Dass das Ganze auch eine sachgerechte Verteilung bei Entscheidungen über Investitionen – wobei das Land für die Finanzierung des Krankenhausbaus aufkommen muss –, ergeben würde, liegt auf der Hand und böte durch die zielgerichtete Vergabe dieser Investmittel auch eine Möglichkeit, diesen Changeprozess, der sich in der Krankenhausstruktur ergeben würde, zielgerichtet mit zu unterstützen.

Ich denke, das reicht als Einführung.

Angela Lück (SPD): Vielen Dank, Herr Dr. Peukert. – Es haben sich jetzt natürlich noch viele Fragen ergeben; vor allen Dingen in Bezug auf den Umschwung auf Qualitätskriterien. Sie haben eben erwähnt, dass es nicht nur die Quantität, sondern auch die Strukturen sind. Nun ist Nordrhein-Westfalen ja ein sehr großes Bundesland mit sehr unterschiedlichen Regionen. Hier gibt es nicht nur unterschiedliche Strukturen, sondern auch einen unterschiedlichen Sozialindex, Belastungen durch Wohnumfelder etc. All das müsste doch eigentlich auch mit in die Berechnung einfließen?

Eine weitere Frage. Wenn Sie die Qualität wirklich nur an der Leistungsmenge festmachen, müssten dann nicht auch weitere Kriterien mit einfließen? Qualität kann man im Gesundheitswesen sicherlich nur schwer messen, aber ich finde, dass es ein zu kleiner Parameter ist, nur die Menge festzustellen, um daran die Qualität der einzelnen Leistungsbereiche festzumachen.

Ich habe es so verstanden, dass es Versorgungsregionen geben soll. Dazu lauten meine Fragen: Wie werden diese zugeschnitten? Wie viele wird es in Nordrhein-Westfalen geben? Wo sind sie verankert? Haben Sie diesbezüglich schon eine Vorstellung?

Auch zur Methodik zur Erstellung und Festlegung dieser Leistungsgruppen habe ich Fragen: Wie sind da Ihre Vorstellungen? Wie soll diese Methodik erarbeitet werden? Was spielt da hinein? Und: Wonach wird dann bemessen?

Peter Preuß (CDU): Von unserer Seite zunächst einmal herzlichen Dank für den Vortrag. – Es gibt ja die vor den Sommerferien erschienene Bertelsmann-Studie. Diese hatte zum Ergebnis, dass, soweit ich mich erinnere, rund 50 % der Kliniken in Nordrhein-Westfalen geschlossen werden könnten. Ich finde es gut und richtig, dass das von Ihnen hier vorgestellte Gutachten sich nicht mit der Frage befasst, welche Kliniken zu schließen sind. Sie haben vielmehr die Versorgung und die Versorgungsstrukturen mit Über- und Unterversorgung im Blick und treffen dazu eine Aussage. Wesentlich an dem Gutachten ist auch, dass Sie weder die Bettenzahl noch Fachabteilungen in den Blick nehmen, sondern ganz klar sagen, es müsse Leistungsbereiche, Leistungsgruppen geben, die natürlich im jetzt beginnenden Planungsprozess definiert werden müssen. Erst dann kann man nähere Aussagen dazu treffen.

Mich würde aber auch die von Frau Lück schon formulierte Frage, woran die Qualität festgemacht wird, interessieren. Ist das wirklich die Leistungsmenge oder spielen noch andere Faktoren eine Rolle?

Außerdem habe ich folgende Fragen: Kann man die Strukturen – Versorgungsstrukturen, Qualitätsstrukturen – beispielsweise von Personen wie Chefärzten, die eine besondere Kapazität darstellen, abkoppeln? Hängt das davon oder beispielsweise auch vom Management eines Krankenhauses ab? Kann man also diese Qualitätsstrukturen von Dingen, die wir hier sozusagen gar nicht beeinflussen können, abkoppeln? Müssen da nicht möglicherweise auch Personen eine Rolle spielen?

Ich nenne ein Beispiel, um das auch für mich einmal zu verdeutlichen. Nehmen wir eine mittelgroße Stadt mit zwei Krankenhäusern, wovon jedes 300 Betten hat. Wir wissen, dass solche Krankenhäuser als solitäre Einrichtungen nicht existieren können, weil sie nicht die erforderliche Fallzahl haben. Würden sich diese beiden Krankenhäuser zusammenschließen, käme man auf eine entsprechende Bettenzahl – obwohl die Betten als Planungsgröße ja keine Rolle mehr spielen; ich nenne das nur als Beispiel – und es läge eine Größenordnung vor, in der ein Krankenhaus wirtschaftlich arbeiten und die Versorgung sicherstellen kann. Nun stellt sich aber die Frage, was diese Krankenhäuser im Sinne dieser im Gutachten erwähnten Leistungsbereiche bzw. Leistungsgruppen tun müssten. Das ist auch in dem Sinne gemeint, dass sie jeweils nicht alles machen, sondern sich das aufteilen. Wie würde so ein Prozess konkret ablaufen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich setze auch noch einmal bei dem Aspekt „Qualität“ an und habe außerdem noch einige formelle Fragen.

Bei Qualität fällt mir zum Beispiel in ganz besonderer Weise das Thema „Pflege“ ein. Bis jetzt wird ja differenziert; es gibt die DRG und zusätzlich eben die Pflege. Das Vorhandensein von Pflege ist gar nicht so richtig nachzuprüfen – allenfalls durch die entsprechenden Aufsichtsbehörden. Mich interessiert, in welcher Weise die Pflege einbezogen wird.

Außerdem könnten auch Qualitätsanforderungen wie Barrierefreiheit oder Zugänglichkeit für besonders viele Personengruppen eine Rolle spielen. Ist das der Fall?

Eine ganz profane Frage. Sie bringen neue Messgrößen, die auch zu Entscheidungen führen sollen, ein. Sind diese Messgrößen rechtlich überhaupt durchsetzbar? Ist das

unter den jetzigen rechtlichen Bedingungen überhaupt machbar, oder ist dazu eine Änderung der rechtlichen Bedingungen auf Bundes- oder Landesebene erforderlich? Soweit ich weiß, ist diese Frage gutachterlich untersucht worden. Als Ausschussmitglied habe ich natürlich Interesse daran, dass uns entsprechende gutachterliche Untersuchungen in geeigneter Form zugestellt werden.

Der letzte Aspekt, den ich anspreche, geht ein bisschen in Richtung der Frage von Herrn Preuß. Dänemark ist ein ähnliches Beispiel. Es wird, je nachdem wer vorträgt, erzählt, dort seien hunderte Krankenhäuser geschlossen worden. Das ist natürlich nicht der Fall. Vielmehr wurden an vielen Standorten mehrere Krankenhäuser zu einem Krankenhaussystem mit verschiedenen Standorten zusammengefasst. Man kann überlegen, wie viel Effizienz dadurch gewonnen wird; darauf will ich aber gar nicht hinaus. Mich interessiert vielmehr, inwieweit andere Bereiche, die ebenfalls zum Versorgungssektor gehören – wie ambulante Versorger –, in die Überlegungen einbezogen werden. Das spielt aus meiner Sicht zumindest im ländlichen Raum eine große Rolle.

Bei der Vorstellung des Gutachtens in Essen, zu der der Minister eingeladen hatte, spielte eher die umgekehrte Frage eine Rolle. Dort ging es darum, inwieweit Krankenhäuser, die im ländlichen Raum wegen zu geringer Fallzahlen sozusagen eine Überversorgung darstellen, genutzt werden können, um eine Mitversorgung – zum Beispiel im Rahmen einer Landarztfunktion – zu leisten. Das finde ich nicht so spannend. Die Frage könnte man aber auch andersherum stellen: Wenn die ambulante Versorgung doch sehr gut ist, warum muss es dort dann parallel noch ein Krankenhaus geben? Diese Frage stelle ich einmal in den Raum.

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Wir haben keine ländliche Region, in der die ärztliche Versorgung gut ist.

Rainer Matheisen (FDP): Sehr geehrter Herr Dr. Peukert, herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Ich halte Ihren im Gutachten aufgezeigten Ansatz für grundsätzlich sehr innovativ und spannend. Aktuell arbeiten zahlreiche Häuser stark defizitär. Außerdem schließen Häuser – allerdings nicht im Rahmen eines in irgendeiner Form durch den Wettbewerb um die beste Leistung gesteuerten Prozesses, sondern eher gewissermaßen zufällig. Dabei spielt es natürlich eine Rolle, dass man in der Vergangenheit stark mit dem Instrument Bettenzahl arbeiten wollte, dies aber nicht einmal umgesetzt wurden. Insofern ist Ihr Ansatz sehr positiv.

In der Schweiz gibt es ein entsprechendes Vorbild, sodass man sagen könnte, dass wir die Krankenhauslandschaft in NRW nach diesem Schweizer Modell – das wirklich hervorragend funktioniert – neu ausrichten. Meines Erachtens handelt es sich wirklich um ein Modell für die Zukunft und um einen sehr innovativen Ansatz.

Ich habe zwei Fragen.

Eine geht in die Richtung von Herrn Preuß Frage. Welche Kriterien dienen der Abgrenzung der Leistungsgruppen? Gibt es bei der Aufteilung eine gewisse Flexibilität oder wäre das ein feststehender Katalog?

Die zweite Frage bezieht sich darauf, dass Sie eben in bestimmten Bereichen eine Überversorgung aufgezeigt haben. In anderen Bereichen gibt es eine Unterversorgung. In diesen Bereichen mit Unterversorgung muss mehr getan werden, und wir benötigen dort eine bessere Versorgung. Ich nenne die Palliativmedizin als Beispiel. Wie würde sich das auswirken?

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert (Lohfert & Lohfert AG): Zunächst noch einmal etwas zur Struktur und der Entwicklung dieser Leistungsbereiche und Leistungsgruppen: Dem Gutachten zugrunde liegt eine Strukturierung dieser Leistungsbereiche und Leistungsgruppen – mittlerweile auch in einer Datenbank verfügbar, die man sehr gut parametrieren kann –, die wir als Gutachter als Vorschlag eingearbeitet haben. Diese ist allen durchgeführten Analysen zugrunde gelegt worden. Wir sehen sie als eine so weit entwickelte Vorgehensweise an, dass wir sie als implementierbar werten. Der jetzt anzustoßende Prozess muss ja auch die Gremien der Krankenhausplanung in NRW implementieren. Im Zuge dieser Spezifizierung wird es sicher die eine oder andere Anpassung dieser Leistungsgruppen werden geben können und müssen. Das halten wir für durchaus nachvollziehbar, weil sich in einem solchen Planungsprozess – es ist ja schon angeklungen, dass das so in Deutschland noch niemand gemacht hat – solche Justierungen erfolgen werden. Das nun vorhandene Gerüst ist zum Starten geeignet. Und das wird ja derzeit auch gemacht.

Die Leistungsgruppen sind außerdem so kreiert worden, dass sie ein in sich relativ gut abgegrenztes Leistungsspektrum darstellen, das sich dann eben auch mit den Kriterien – vor allen Dingen mit Blick auf die Strukturanforderungen und die Mindestmengen – abbilden lässt. Ein Beispiel dazu: Eine solche Leistungsgruppe sollte erstens natürlich eine bestimmte Fallzahl beinhalten. Das ist bei allen der Fall. Zweitens sollte sie bei der Formulierung Kriterien möglich machen, bei denen festgehalten werden kann, welche Strukturkriterien – möglicherweise auch sonstige Vorhaltungen in einem Krankenhaus – sie benötigt, damit sie vernünftig funktionieren kann. Drittens ist zu berücksichtigen, ob in einer solchen Leistungsgruppe zwischen einem Notfallgeschäft und einem elektiven Geschäft unterschieden werden kann. Das ist sehr wichtig, weil diese unterschiedlich geplant werden müssten. Das Notfallgeschäft muss so gestaltet sein, dass eine Erreichbarkeit – völlig unabhängig von bestimmten Fallzahlen – gegeben ist, damit für alle eine Notfallversorgung zugänglich ist. Bei der elektiven Versorgung muss durchaus skaliert werden und es kann je nach Komplexität der Leistungsgruppe eine deutlich längere Fahrtzeit akzeptiert werden, wenn damit eine Poolung der Fälle und eine höhere Fallzahl erreicht werden.

Es ist völlig klar – dazu gibt es Untersuchungen –, dass eine höhere Fallzahl nicht immer mit einer höheren Qualität einhergeht. Aber es gibt eben auch Untersuchungen – und die sind publik und eigentlich in der Mehrzahl – mit dem Ergebnis, dass die Qualität bei geringeren Fallzahlen schlechter ist.

Deswegen – ich gehe zum zweiten Themenblock über – ist es definitiv nicht Ziel, diese Qualitätskriterien nur an der Fallzahl festzumachen. Vielmehr haben wir uns – das ist im Gutachten ausgeführt – überlegt, welche sonstigen Strukturkriterien es im Sinne

personeller, infrastruktureller und technischer Vorhaltungen sowie der Interdisziplinarität geben kann und muss, um sich möglichst an eine vernünftige Qualität heranzuarbeiten.

Dass wir die Ergebnisqualität herausnehmen, ist eigentlich eher ein Tribut, weil es im Moment keine vernünftige Art gibt, diese zu messen und darzustellen. Das hängt natürlich mit der Durchsetzbarkeit und rechtlichen Haltbarkeit des Ganzen zusammen. Sie wissen, dass auch durch ein mit dem G-BA verbundenes Institut versucht wurde, Qualitätskriterien zu formulieren. Eigentlich sollten diese bis heute schon längst in die Honorierung der Krankenhausleistungen eingegangen sein. Das ist nicht gelungen. Das liegt schlicht auch daran, dass man es nicht geschafft hat, solche Kriterien so zu formulieren, dass sie rechtlich haltbar sind. Insofern ist das eigentlich eine Lücke, die wir im Moment hinnehmen müssen, um ein System zu etablieren, das hält sowie formulierbar und quantifizierbar ist.

Außerdem wurde die Unterversorgung angesprochen. In bestimmten Bereichen – einer davon wurde genannt – liegt eine solche vor. Daneben gibt es noch andere, beispielweise im Bereich der Frührehabilitation, insbesondere der Neuro-Frührehа. Es handelt sich dabei um eine Handvoll Bereiche, die schon bekannt sind und in denen es bereits Aktivitäten gibt. Das würde so in die Planung einfließen, wie es jetzt ist.

Im Gutachten haben wir aber auch dargestellt, dass wir die Fahrtzeit von 30 Minuten aufweichen wollen, weil es sehr sinnvoll ist, diesen Kreis bei sehr komplexen Leistungen etwas breiter zu ziehen und damit zu akzeptieren, dass es manchmal vielleicht 45 Minuten sind. Es gibt in NRW keinen Indikationsbereich, wo wir mehr als 45 Minuten Fahrtzeit zur Erreichung vernünftiger Fallzahlen bräuchten. Diese Planung soll erreichen, dass wir in einem solchen Radius Fokussierungen von Leistungsgruppen und damit qualitätssteigernde Fallzahlen erreichen.

Ich nenne Dänemark als Beispiel. Das dortige Gesundheitssystem ist komplett staatlich. Es geht schließlich auch um die Frage der Durchsetzbarkeit einer solchen Krankenhausplanung. In Deutschland ist die Situation deutlich heterogener, und es dürfte sehr schwerfallen, das in Dänemark etablierte System so in Deutschland durchzusetzen. Man muss aber auch klar sagen, dass es mit den dortigen Kriterien für ein Land wie Nordrhein-Westfalen nur bedingt Sinn macht, weil die Struktur dort eine völlig andere ist und wir hier eigentlich nur in wenigen Gebieten eine Bevölkerungsdichte haben, die mit Dänemark vergleichbar ist.

Zur parallel erstellten Studie der Bertelsmann Stiftung. Das Gutachten verfügt über eine gänzlich anders granulierte Darstellung. Wir haben eine Grundlage erarbeitet, die die Frage, wer in Zukunft welche Leistungen erbringen kann und sollte, im jetzt angestoßenen Planungszyklus erlauben soll. Jede bisher kreierte Zahl dazu, wie viele Krankenhäuser nicht mehr gebraucht werden, hat aus meiner Sicht keinerlei Substanz. Und das beziehe ich definitiv auch auf die genannte Bertelsmann-Studie.

Die dort vorgeschlagene Struktur zur Stufung von Häusern – auch in der Versorgungsstruktur – gehe ich durchaus mit. Es findet sich in diesem Gutachten aber nirgendwo – ich habe es gelesen – eine Herleitung zur Anzahl der Häuser. Daher sind wir mit dem von uns Angestoßenen in einer gänzlich anderen Granulierung unterwegs.

Zum Schluss noch etwas zu den personenbezogenen Qualitätskriterien. Die gibt es, und ich bin der Meinung, dass jeder, der sich elektiv damit beschäftigt, sich irgendwo einer Behandlung unterziehen zu müssen, versucht, diese einzubinden. Dazu muss man einen Kontrapunkt bringen, weil der Krankenhausmarkt im Moment leider nicht die Transparenz aufweist, um diese Güte wirklich beurteilen zu können.

Derzeit ist der Trigger eher so, dass die Patienten nicht zwingend zum Besten strömen, sondern zu jenen, die über die besten Netzwerke verfügen und am lautesten sind. Das ist so nicht selten der Fall. Davon müssen wir wegkommen und daher die personenbezogenen bzw. personalbezogenen Aspekte in die Planung einbeziehen, wo dies möglich ist. Das betrifft dann eher die grundsätzliche personelle Ausstattung.

Wir wollen, dass in Zukunft kein Niedergelassener mehr in einem Krankenhaus eine Wirbelsäule verschraubt, der sich nur 6 Stunden pro Woche überhaupt dort aufhält. Da kann man nämlich sehr wohl fragen, was passiert, wenn es bei dem frisch Operierten nachts um 4 Uhr zu einer Komplikation kommt. Dann ist nämlich niemand da, der diese behandeln kann. – Das sind die Kriterien, die wir eher personenbezogen sehen.

Dass es Gütefaktoren in Bezug auf personenbezogene Behandlungen gibt, ist logisch. Das werden wir aber im Zuge einer solchen Planung nie adressieren können.

Zum Rechtlichen sagt nun Herr Watzlawik noch etwas.

MD Helmut Watzlawik (MAGS): Es wurde bereits dargestellt, dass wir mit unserem Vorhaben Neuland betreten. Natürlich haben wir überlegt, ob das rechtlich möglich ist und die Vorschläge der Gutachter durch eine renommierte und im Krankenhausplanungsrecht sehr anerkannte Kanzlei, die Kanzlei Seufert aus München, bewerten lassen. Diese hat ein Gutachten über die Handlungsempfehlungen angefertigt. Wenn der Minister einverstanden ist, können wir Ihnen dieses zur Verfügung stellen. Es ist kein Geheimnis.

Ich gehe davon aus, dass wir kleine Änderungen am Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes vornehmen werden, um die Messgröße „Bett“ aus der Planung streichen und die Leistungsgruppen in das Landesrecht aufnehmen zu können.

Vorsitzende Heike Gebhard: Offen ist die Frage, ob dem Vorhaben bundesrechtliche Vorgaben im Wege stehen.

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert (Lohfert & Lohfert AG): Die Kanzlei hat in ihrem Rechtsgutachten einen Punkt als schwierig benannt. Das betrifft die Leistungsgruppen, für die auf Bundesebene schon eine Mindestmenge festgelegt wurde. Da könnte es schwierig sein, auf Landesebene eine andere festzulegen. Da das bisher nur auf ganz wenige Leistungsgruppen zutrifft, spielt es in der Summe überhaupt keine Rolle.

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Es handelt sich dabei nur um sieben Leistungsgruppen.

Josef Neumann (SPD): Herr Dr. Peukert, gemäß unserer Erfahrungen aus den letzten 30 oder 40 Jahren sind Reformen im Gesundheitswesen nicht nur schwierig, sondern auch mit Kosten verbunden. Im Gutachten liest man relativ wenig zum Thema „Geld“. Schaut man sich die Reformen in anderen Ländern, die zum Teil eben angesprochen wurden, an, erkennt man, dass für den Umbau eines Gesundheitssystems erhebliche Summen nötig sind.

In dem Gutachten haben sie nichts zu diesem Thema geschrieben, aber vielleicht können Sie jetzt etwas dazu sagen. Wie wird die Umsetzung aussehen?

Man sagt: Wir sind nicht Bertelsmann. Bei uns gibt es keine Schließungen, aber wir haben Überversorgung.

(Minister Karl-Josef Laumann [MAGS]: Das wurde nicht gesagt!)

Will man also an der Überversorgung etwas verändern, wird die Veränderung der Struktur Geld kosten. Gibt es eine Einschätzung dazu, über welche Summe wir anhand dieses Gutachtens reden?

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert (Lohfert & Lohfert AG): Eine solche Aufstellung war nicht Teil des Auftrags des Gutachtens. Trotzdem habe ich dazu Anmerkungen.

Im Gutachten steht nicht, dass es keine Schließungen geben wird. Diese sind dort nicht quantifiziert, wer sich aber das Gutachten durchliest und die darin beschriebenen Versorgungsstrukturen vor Augen führt, kann antizipieren, dass die Krankenhauslandschaft nach Implementierung einer solchen Struktur etwas anders als derzeit aussehen wird, und zwar gemäß der vorhin benannten Kriterien.

Zur Frage der Finanzierung: Sie müssen sich anschauen, dass es momentan bei den Investitionen in die Infrastruktur, für die größtenteils das Land zuständig ist, eine Fehlinvestition vorliegt, weil auch Krankenhäuser unterstützt werden, die im Zuge einer solchen Planungsrhythmik zukünftig vielleicht etwas anders aussähen. Derzeit finanziert das Land Häuser mit 200 oder 300 Betten – um auf das Beispiel von vorhin zurückzukommen – mit einer ineffizienten Struktur. In Zukunft wird dann vielleicht ein Haus – wie auch immer dessen Trägerstruktur oder Kooperation aussehen mag – finanziert, das den Kriterien einer solchen Planung entspricht. Mit Blick auf die Investitionskosten ist das mit Sicherheit günstiger, als es derzeit der Fall ist. Der Prozess bzw. der Weg dahin erfordert sicherlich Änderungen. Der derzeitige Investitionsstau ist bekannt. Mit Blick auf diesen Nachholbedarf gibt es durch die Implementierung einer anderen Planungsmethodik möglicherweise sogar einen Schub, weil es gelingt, Investitionsmittel wesentlich dezidierter dahin zu verteilen, wo sie im Sinne der Versorgungsstruktur am besten angelegt sind.

Angela Lück (SPD): Ich möchte gerne noch mal auf meine Fragen zurückkommen, weil sie meines Erachtens nicht beantwortet worden sind.

Ich habe nach den Versorgungsregionen gefragt. Wie sehen sie aus? Wie werden sie abgegrenzt? Wie setzen sich die regionalen Planungskonferenzen zusammen? Welche Parameter gelten für die Methodik zu deren Erarbeitung? Sie müssen schließlich schon eine Vorstellung von den Parametern haben.

Mir ist ein Beispiel hinsichtlich der Messung von Qualität eingefallen. Ich kenne eine kleine private Rheumaklinik, die nicht viele Betten – es sind 40 – hat. Für diese Klinik gibt es eine sehr lange Warteliste, und bietet ihren Patientinnen und Patienten richtig gute Medizin. Was sage ich dieser Klinik dazu, wie es mit ihr weitergehen wird? Sie kann ihre Fallzahlen nicht steigern, hat sie aber – gemessen an der Warteliste – eine gute Behandlungsqualität.

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert (Lohfert & Lohfert AG): Zu den Regionen: Die grundsätzliche Verfahrensweise wird sich zunächst nicht ändern. Die Regionen bleiben also erhalten.

Vorsitzende Heike Gebhard: Die Frage ist so gemeint, ob die Versorgungsgebiete im Land zunächst unangetastet bleiben.

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert (Lohfert & Lohfert AG): Wir haben ja nur 16 Versorgungsgebiete, und diese bleiben erhalten. Möglicherweise gibt es insofern eine Adaption, als dass es in verschiedenen Leistungsgruppen sinnhaft ist, über diese Versorgungsgebiete hinauszudenken. In manchen Versorgungsgebieten gibt es für bestimmte Leistungsgruppen überhaupt keine Versorgungsnotwendigkeit und somit auch keine Notwendigkeit, diese Leistungsgruppe abzubilden. Das kommt – allerdings in sehr wenigen Fällen – vor. Für diese Fälle haben wir vorgeschlagen, die Versorgungsgebiete übergreifend zu behandeln. Das ist aber bezüglich der daraus entstehenden Fallzahl und der Anzahl der Leistungsgruppen eine kleine Größe, die sich sicher auch anders handeln lässt. Generell wird sich an der Struktur des Zuschnitts der Regionen ansonsten erst einmal nichts ändern.

Zum Entscheidungsprozess: Möglicherweise wird es im Zuge der Adaptionen Veränderungen geben müssen. Die Verantwortlichkeiten bleiben aber zunächst bestehen.

Die Frage zu der Rheumaklinik lässt sich auch beantworten. Es gibt eine Leistungsgruppe innerhalb derer das abgebildet ist. Klassischerweise wäre dies eine Leistungsgruppe mit rein elektivem Krankengut, die – das gebe ich zu – aber auch einen hohen Ambulantisierungsgrad in den letzten Jahren hatte. Die künftige Systematik schließt überhaupt nicht aus, dass auch in Zukunft ein Krankenhaus eine solche Leistungsgruppe singulär anbietet. Diese Häuser beteiligen sich in der Regel nicht an der Notfallversorgung und sind reine Fachkliniken. Es wird nirgendwo ausgeschlossen, dass ein Haus, das einen solchen Bereich anbietet und möglicherweise unter 100 Betten hat, diese Leistung künftig anbieten kann. Insbesondere bei Rheuma fielen mir keine Überschneidungen mit Komplikationsbehandlungen, also Notfallvorhaltung am eigenen Standort, ein. Ob das ökonomisch sinnhaft ist, wird sich zeigen, wenn wir die Qualitätskriterien für eine solche Leistungsgruppe formuliert haben. Dann sehen wir, ob ein Krankenhaus in der Lage ist, diese eigenständig zu erfüllen. Bei Ihrem Beispiel hat die

Klinik sicher eine besondere Funktion, die es nicht so häufig gibt, weil sie rein elektiv ist und mit dem Notfallgeschäft, der Erreichbarkeit etc. relativ wenig zu tun hat. Ich schließe nicht aus, dass es solche Kliniken in Zukunft geben wird.

MD Helmut Watzlawik (MAGS): Ich kann zum Verfahren noch etwas ergänzen. Das Gutachten ist nicht der neue Krankenhausplan, sondern eine Grundlage für den jetzt folgenden Prozess. Unsere erste Sitzung mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung hat schon stattgefunden. Wir wollen uns jetzt das nächste Jahr Zeit nehmen, um in Arbeits- und Unterarbeitsgruppen mit diesem Landesausschuss Leistungsbereiche und Leistungsgruppen zu definieren.

Diese werden nicht eins zu eins wie im Gutachten vorgeschlagen aussehen. Vielleicht werden es auch nicht 20 Leistungsbereiche und 70 Leistungsgruppen, sondern weniger sein. Das werden wir mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung besprechen und dann gemeinsam – möglichst im Konsens – festlegen.

Zu den Versorgungsgebieten: Auftrag der Gutachter war, anhand der jetzigen Planungssystematik eine Über- bzw. Unterversorgung zu ermitteln und dieses System, diesen neuen Vorschlag zu erarbeiten. Deswegen finden Sie im Gutachten diese 16 Versorgungsgebiete. Diese wurden irgendwann in den siebziger Jahren festgelegt. Ob sie so noch sinnvoll sind, werden wir im Landesausschuss für Krankenhausplanung festlegen.

Zum Verfahren: Auch in Zukunft soll es regionale Planungskonzepte, regionale Planungsverfahren geben. Ob wir diese verbessern bzw. beschleunigen können, ob wir vielleicht mehr auf mündliche Anhörungstermine setzen und weniger Papier hin- und herschieben, werden wir ebenfalls mit dem Landesausschuss und den derzeit in dem Bereich tätigen Behörden, den Bezirksregierungen, besprechen.

Heike Gebhard (SPD): Noch eine Frage zum Vorgehen. In dem Gutachten wird in manchen Bereichen eine Über- bzw. Unterversorgung dargestellt – abgeleitet, wenn ich das richtig gelesen habe, von den Fallzahlen pro Einwohner unter Berücksichtigung der Demografie. Ich kann nicht erkennen, dass daneben noch weitere Kriterien eingeflossen sind. Es könnte aber ja sein, dass sich auch aufgrund anderer Gegebenheiten andere Fallzahlen ergeben. Eine höhere Erkrankungsrate kann man beispielsweise im Bereich der Onkologie daran festmachen, dass industriell stark belastete Regionen höhere Fallzahlen an Krebserkrankungen haben. Auch diese Fallzahlen kann man ja nicht durch ein Angebot erklären, sie sind faktisch nachweisbar. Meine Frage lautet also, inwieweit Sie bei der Über- bzw. Unterversorgung weitere Kriterien berücksichtigen.

Meine nächste Frage. Wenn Sie Größenordnungen bzw. Fallzahlen für die Bewertung heranziehen und diejenigen abschneiden, wo diese Zahlen gering sind, dann wandern die Fälle möglicherweise nur zu anderen Häusern. Das heißt: So werden die Fallzahlen nicht automatisch verringert, sondern möglicherweise nur in andere Häuser verlagert. Welche Konsequenzen ziehen Sie daraus? Oder: Worin liegt der Vorteil?

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert (Lohfert & Lohfert AG): Bei der Fortschreibung ist keine Inzidenzadaptation vorgenommen worden. Das ist wichtig. Wenn es also in einem Segment eine höhere Krankenhaushäufigkeit als im deutschlandweiten oder europäischen Schnitt gibt, dann haben wir diese bei der Prognose nicht entsprechend zurückgenommen. An der Inzidenz ist also nichts verändert worden.

Wenn man sich aber überlegt, warum sich die Inzidenz überproportional entwickelt hat, dann erkennt man natürlich relativ schnell – und das sieht man auch, wenn man sich die Struktur mal im Kleinen anguckt – einen Zusammenhang mit der erfolgten Fragmentierung der Leistungserbringung. Wenn es also in einem Gebiet nur einen Versorger gibt, dann hat dieser einen geringeren Anreiz, zu versuchen, seine Fallzahl auszuweiten, als wenn sich sechs oder sieben Kliniken daran versuchen, das im gleichen Einzugsgebiet und mit der gleichen potenziellen Fallzahl auszuweiten.

Wie ich vorhin angedeutet habe, hat das DRG-System in der Form, wie es bisher in Deutschland angewendet wurde – das ändert sich derzeit ein bisschen –, natürlich klar den Anreiz geschaffen, über eine Umsatzausweitung, sprich mehr Fallzahlen und höheren Casemix, die eigenen Insuffizienzen im Prozess und auch die teilweise schlechte Refinanzierung der Leistungen querzufinanzieren. Viele Krankenhäuser haben also versucht, durch Leistungswachstum Kostennachteile auszugleichen. Auch die haben zu den Pseudoinzidenzen, wie sie genannt werden, geführt. Diese sind aber, wie gesagt, im Gutachten nicht angefasst worden.

Wir gehen aber davon aus, dass dieser Approach, Fallzahlen – wo auch immer sie herkommen – generieren zu wollen, für kleinere Häuser kleiner wird, wenn es eine Struktur gibt, die einzelne Versorger mit einem gewissen Leistungssegment regional beauftragt. Ganz vermeiden werden wir ihn dadurch nicht; er kann nur verschwinden, wenn etwas an den Fallpauschalen, also der grundsätzlichen Finanzierung der Krankenhausleistungen, geändert wird. Ich bin kein Fan von einer Abschaffung der Fallpauschalen, schließlich fehlt die Alternative. Sie müssen aber adaptiert werden. Das ist in den letzten zwei Jahren auch gemacht worden, und nun gab es in Deutschland in den letzten zwei Jahren kaum noch Fallzahlsteigerungen – womit wir uns dem internationalen Trend nähern.

Josef Neumann (SPD): Ich habe keine Rückfrage an Herrn Dr. Peukert, sondern eher an Herrn Minister. Eben wurde gesagt, dass das Thema im Krankenhausplanungsausschuss behandelt werde. Man darf nicht den Eindruck gewinnen, es handele sich dabei um einen parlamentarischen Ausschuss. Es ist eher ein verwaltungsrechtlicher Ausschuss.

Ich habe es so verstanden, dass der Prozess „Krankenhausumstrukturierung“ eher längerfristig ist. Wie wird das Parlament bzw. der zuständige parlamentarische Ausschuss weiterhin in diesen Prozess einbezogen? Wie werden wir da mitwirken können?

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Herr Watzlawik hat ja schon gesagt, dass wir für den Krankenhausrahmenplan vielleicht das ganze nächste Jahr brauchen. Dieser beinhaltet dann noch nichts Konkretes dazu, wie es beispielsweise in Münster oder

Dortmund aussieht. Vielmehr geht es um die Grundsätze für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Dafür brauchen wir vielleicht ein Jahr.

Wichtig dabei ist vor allen Dingen, dass alles, was wir machen, auch medizinisch Sinn macht – zum Beispiel: Welche Fallgruppen passen zu welchen Fallbereichen? Welche Fallbereiche muss ein Krankenhaus an Maximalversorgung haben, um überhaupt ein Krankenhaus der Maximalversorgung sein zu können? Diese Entscheidungen, die getroffen werden müssen, sind rein medizinisch.

Ich plane, dass wir 2021 auf jeden Fall in die 16 Planungsbezirke gehen. Wenn es nach mir geht, werden wir in den 16 Planungsbezirken von Amts wegen Planungsverfahren einleiten, sodass es 2021 in den Planungsbezirken rund gehen wird. Dann wird das Ganze sicher politischer. Deswegen muss man da einen klaren Fahrplan haben.

Zur Einbeziehung des Parlaments Folgendes: Der Krankenhausplan muss rein verfahrenstechnisch am Ende ja hier angehört werden. Ich kann es als jemand, der selber mal Abgeordneter war, aber sehr gut verstehen, dass dieses Verfahren nicht dem entspricht, was Sie als Abgeordnete wollen. Deswegen sollten wir im nächsten Obleutegespräch erörtern, wie wir das Parlament einbeziehen. Dass der Ausschuss einbezogen werden muss, verstehe ich. Außerdem bin ich ohnehin der Meinung, dass man dieses ganze Vorhaben politisch nur überlebt, wenn man es transparent gestaltet.

Es wird am Ende so sein, dass viele mit dem, was wir entscheiden, nicht einverstanden sein werden. Wir werden in jedem Fall argumentieren müssen, warum wir es machen, und dafür brauchen wir eine vernünftige Begründung, die sich, wie ich finde, an der Versorgungsqualität und nicht am Ansehen oder Ähnlichem von bestimmten Einrichtungen orientieren muss.

Nun sage ich noch etwas zu den angesprochenen Ressourcen. Beim Tagesordnungspunkt zum Haushaltsplan sage ich noch einmal etwas zum Geld. Ich sehe es so: Diese Sache ist notwendig, weil wir ressourcensparender sein müssen, und das nicht in erster Linie wegen des Geldes, sondern weil wir die personellen Strukturen nicht mehr haben.

In maximalversorgenden Krankenhäusern – deren Einrichtung sehr viel Geld gekostet hat – stehen Stationen leer, weil wir das Pflegepersonal oder auch Ärzte nicht haben. Wir holen für unsere Versorgung aus anderen Ländern Ärzte weg. Das hinterlässt schlimme Spuren in den Heimatländern. Gleichzeitig bauen wir in großen Städten innerhalb eines Radius von 10 Minuten Fahrzeit eine Drei- bis Vierfachversorgung auf. Mein Lieblingsbeispiel, das manche Leute nicht mehr hören können: Derzeit entsteht in Münster die vierte Kardiologie. Diese ist aus Versorgungsgründen nicht notwendig, aber sie wird trotzdem eingerichtet, und zwar für sieben Tage die Woche vierundzwanzig Stunden lang. Jeder weiß, wie viel Fachpersonal das bindet. So etwas haben wir an ganz vielen Stellen.

Das Gutachten hat deutlich gemacht, dass beispielsweise in einer Stadt soundsoviel Herzinfarkte passieren und zwei Krankenhäuser davon drei Viertel und die anderen vier oder fünf Krankenhäuser das übrige Viertel behandeln. Ich muss kein Mediziner sein, um zu erkennen, dass es besser wäre, wenn sie das nicht täten, und zwar auch wieder mit all den personellen Ressourcen, die das bedeutet.

Deswegen bin ich nach über 30 Jahren in der Politik sehr entschieden, diesen Krankenhausplan durchzusetzen.

Ich behaupte im Übrigen, dass es seit Friedhelm Farthmann in diesem Land keine Krankenhausplanung mehr gab. Alles, was wir gemacht haben, war eigentlich nur noch, aufzuschreiben, was die wollten. Wenn wir nicht gemacht haben, was sie wollten, dann haben sie es trotzdem angeboten.

Um die ernste Lage einmal zu verdeutlichen: Mittlerweile vergehen im Ministerium keine 14 Tage mehr, wo nicht irgendein Krankenhaus zusammenbricht. Die Krankenhauslandschaft wird sich also auch ändern, wenn wir gar nichts machen. Allerdings weiß ich auch, wie das enden wird, nämlich mit einer Struktur, die ich nicht will: Die Trägerstrukturen werden sich einseitig in Richtung der Privaten entwickeln. Ich will einen Mix unterschiedlicher Trägerstrukturen, wie wir sie zurzeit in Nordrhein-Westfalen haben; denn ich sehe ja, was passiert und wer sich, wenn irgendwo ein Träger wegfällt, überhaupt noch für ein Krankenhaus interessiert. Was da los ist, kann man zurzeit sehr gut in Oberhausen beobachten.

Deswegen ist es meines Erachtens richtig, dass wir uns hier in Nordrhein-Westfalen dieser Mammutaufgabe stellen. Außerdem – das sage ich auch – habe ich große Freude daran, durchzusetzen, dass wir vom Bett als Planungsgröße weitestgehend bzw., wenn es geht, ganz wegkommen. In Zeiten von Fallpauschalen sind Betten irgendwie eine komische Planungsgrundlage.

Ich kann Ihnen auch noch andere Sachen berichten. Mir liegt ein Brief von Kinderärzten aus den westfälischen Landesteilen vor, in dem sie mir sehr drastisch schildern, dass es bei Kindermedizinern eine Unterversorgung gibt. Das kann doch nicht richtig sein. Und wenn es so ist, dann muss das geändert werden. Man muss natürlich auch zusehen, dass die Kindermedizin da betrieben wird, wo man sie wirtschaftlich machen kann. Aber es kann doch nicht sein, dass mir sehr vernünftige Leute schreiben, wir hätten in einem ganzen Landesteil eine Unterversorgung – bis hin zu Intensivbetten für die Kleinen. Das ist so, aber es kann ja nicht so bleiben. Wären wir der Meinung, es müsste so bleiben, könnten wir nach Hause gehen. Wir haben den Auftrag, es zu gestalten. Deswegen bin ich der Meinung, dass das, was wir hier machen, am Ende eine gute Sache wird. Aber die politische Gefahr, dass die guten Sachen immer erst dann erkannt werden, wenn es für den Betroffenen, der es gemacht hat, vielleicht zu spät ist, ist sehr groß. Das ist mir bei dieser Sache aber ziemlich egal. Ich bin zu lange dabei, als dass ich das jetzt alles über mich ergehen lasse und wieder nicht handele.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen und bedanke mich bei Ihnen, Herr Dr. Peukert, ganz herzlich im Namen des Ausschusses und gehe davon aus, dass das Thema den Ausschuss noch beschäftigen wird. Ich habe mich vor der Ausschusssitzung schon versichert, dass Sie, wenn es weitere Fragen zum Gutachten gibt, gerne bereit sind, diese den Fraktionen im Laufe des Verfahrens zu beantworten.

Ich wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt.

Das Angebot, in der Obleuterunde darüber zu sprechen, in welcher Weise sich der Ausschuss beteiligen kann und will, nehmen wir mit.

3 Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2020 (Haushaltsgesetz 2020)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/7200

Einzelplan 11
Vorlage 17/2325 (Erläuterungsband)

– Einbringung durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales *(s. Anlage 4)*

(Überweisung nach der ersten Lesung an den Haushaltsausschuss – federführend – sowie an die zuständigen Fachausschüsse am 18.09.2019)

Vorsitzende Heike Gebhard teilt mit, man habe sich in der Obleuterunde darauf verständigt, dass Rückfragen seitens der Fraktionen dem Ausschusssekretariat bis zum 11. Oktober 2019 zugeleitet werden sollten, damit die Antworten des Ministeriums bis zur Ausschusssitzung am 30. Oktober 2019 vorliegen könnten. Am 12. November 2019 solle im Rahmen einer Sondersitzung über die gegebenenfalls eingereichten Änderungsanträge und den Einzelplan abgestimmt werden, damit das Votum anschließend rechtzeitig vor der zweiten Lesung im Plenum den HFA erreiche.

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS) erläutert:

Zunächst betone ich, dass ich sehr glücklich darüber bin, dass wir in Nordrhein-Westfalen wieder ein richtiges MAGS haben. Dass es mir großen Spaß macht, dieses Ministerium zu leiten, haben Sie eben bei der Diskussion über das Gutachten zur Krankenhauslandschaft schon gemerkt. Ich mache es natürlich auch deswegen gerne, weil wir als Ministerium Menschen, die Hilfe brauchen, nicht alleine lassen, sowie Ihnen helfen, berufliche Perspektiven zu finden und bezahlbare und gute Pflege sicherzustellen, und es zu unserer Aufgabe gehört, dass die Menschen in unserem Land Rahmenbedingungen vorfinden, um gesund zu bleiben oder – wenn sie krank geworden sind – wieder gesund zu werden. Der Haushaltsplan trägt diesen Grundsätzen Rechnung. Darüber hinaus betreiben wir eine für Generationen verantwortbare Finanzpolitik, indem wir die Schuldenbremse einhalten und als NRW-Koalition eine solide, verlässliche, wirksame und effiziente Finanzpolitik unbeirrt fortsetzen. Das musste ich erwähnen – nun kommen wir zur Einführung in den Einzelplan.

Wenn Sie sich die Rahmenzahlen des Haushalts ansehen, dann werden Sie sehr schnell erkennen, dass dieser Haushalt niedriger ist als der letzte Haushalt. Das liegt vor allen Dingen daran, dass wir im diesjährigen Haushalt einmalig rund 50 Millionen Euro hatten, um die beruflichen Perspektiven von geflüchteten Menschen zu verbessern. Das Geld ist längst nicht ausgegeben und es handelt sich dabei ja um Mittel, mit denen wir über die Jahre wirtschaften dürfen. Dass der Haushalt 2020

niedriger ist, hängt also nicht damit zusammen, dass wir woanders diese rund 50 Millionen Euro zusammengestrichen haben.

In der Abteilung Arbeit stellt das KAoA-System einen gewaltigen Batzen unserer Arbeitsmarktpolitik dar. Das ermöglichen wir mit rund 14 Millionen Euro aus Landesmitteln. Für Werkstattjahr und Ausbildungsprogramm setzen wir rund 20 Millionen Euro – teilweise natürlich auch aus dem ESF – ein.

Diese drei Maßnahmen – KAoA, Werkstattjahr und Ausbildungsprogramm – lassen sich politisch so einordnen, dass das MAGS damit Mittel für die Berufsausbildung und für das Ankommen unserer jungen Menschen in der Berufsausbildung zur Verfügung stellt. Dabei liegt der Fokus sehr stark auf jungen Leute mit, wie man es nennt, Vermittlungshemmnissen.

Im Haushalt 2020 haben wir außerdem sichergestellt, dass es in diesem Land die Berufseinstiegsbegleitung weiterhin geben wird. Gott sei Dank hat Frau Ramb es hinbekommen, dass wir den Vertrag mit der Arbeitsverwaltung geschlossen haben, sodass auch dieses Instrument in Nordrhein-Westfalen erhalten bleibt und wir es auch mittelfristig abgesichert haben.

Alte Instrumente, die es schon ganz lange gibt und die wir als Sozial- oder Arbeitsmarktpolitiker seit vielen Jahren kennen, führen wir fort – zum Beispiel fördern wir die Teilzeitberufsausbildungen weiter mit 2,8 Millionen Euro. Wir haben ein großes Programm für die Ausstattung der überbetrieblichen Ausbildungsstätten aufgelegt – vor allen Dingen zusammen mit dem Handwerk, welches das am meisten betrifft, aber auch mit der IHK. Durch die Entscheidung des Haushaltsgesetzgebers stehen dafür jetzt jedes Jahr 8 Millionen Euro zur Verfügung. Man muss sich das so vorstellen: Wenn eine solche Werkstatt renoviert wird, trägt das Land ein Drittel der Kosten. Den Rest übernimmt das Handwerk selber, wobei der Bund grundsätzlich 50 % zahlt. Man kann also sagen, dass es sich um ein jährlich zur Verfügung stehendes Volumen handelt, das bei Betrachtung der unterschiedlichen Geldgeber dreimal 8 Millionen Euro beträgt.

Ein weiteres altes Instrument, das wir fortführen, sind die 100 Ausbildungsstellen für schwerbehinderte Menschen. Das kostet immerhin rund 2 Millionen Euro. Auch die Förderung für „Integration unternehmen“ geht in einer Höhe von 2,5 Millionen Euro weiter.

Bei der allgemeinen Arbeitsmarktpolitik für Langzeitarbeitslose hilft uns erheblich, dass wir vom Passiv-Transfer zum Passiv-Aktiv-Transfer gekommen sind. Derzeit arbeiten wir daran, dieses Programm in den Regionen unseres Landes umzusetzen.

Natürlich ist es auch immer wichtig, daran zu denken, dass wir dafür sorgen müssen, dass die Refinanzierung der Kosten der Grundsicherung für Arbeitssuchende bei den 53 kommunalen Grundsicherungsträgern – wir reden da immerhin über ein Volumen von über 4 Milliarden Euro alleine für unsere Kommunen – zur Verfügung gestellt werden. Wir gehen davon aus, dass 2020 die kommunalscharfe Verteilung einer möglichst 100%igen Beteiligung des Bundes an den flüchtlingsbedingten Un-

terkunftskosten ermöglicht wird. Diese flüchtlingsbedingten Unterkunftskosten machen 10 % der Gesamtkosten der Grundsicherung für Arbeitssuchende aus. Von den insgesamt rund 4 Milliarden Euro in Nordrhein-Westfalen sind rund 400 Millionen Euro für Menschen, die, weil sie damals gekommen sind und noch keine Arbeit haben, in diesem System sind. Wir sind gemeinsam der Meinung, dass wir weiterhin zusehen müssen, dass der Bund sich hier nicht aus seiner Finanzierungsverantwortung zurückzieht und die Kommunen die Unterstützung behalten.

Den Bildungsscheck haben wir, wie Sie wissen, zu Beginn unserer Amtszeit sehr stark nach vorne gebracht, weil ich möchte, dass wir mit ihm eine Antwort auf die Weiterbildungsbedürfnisse vieler Menschen bieten – zum Beispiel auch die mit der Digitalisierung zusammenhängenden. Dafür stellen wir rund 19 Millionen Euro zur Verfügung.

Die Zwillingsschwestern des Bildungsschecks sind die Potentialberatung und die Beratung zur beruflichen Entwicklung, hinsichtlich derer wir in Nordrhein-Westfalen ebenfalls sehr gut aufgestellt sind.

Beim Arbeitsschutz geht es im Rahmen der Haushaltsberatung vor allen Dingen um die Stellen: Wie viele Stellen haben wir beim Arbeitsschutz? Zunächst stehen im Haushalt die Stellen zur Verfügung, die wir brauchen, damit diejenigen, die dieses Jahr die Ausbildung abschließen, eine Stelle beim Arbeitsschutz bekommen. Die Ausbildung in diesem Bereich dauert rund zwei Jahre. Wir haben außerdem die Genehmigung des Finanzministers, in diesem Jahr 50 neue Auszubildende einzustellen. Was der Finanzminister natürlich auch weiß, ist, dass, wenn die Auszubildenden nach zwei Jahren ihre Ausbildung abgeschlossen haben, entsprechend 50 Stellen vorhanden sein müssen, um sie beim Arbeitsschutz einzustellen. Wir können keine jungen Leute in diesem Beruf ausbilden und sie anschließend nicht einstellen; denn es handelt sich um eine spezielle Ausbildung für den Arbeitsschutz. Wir führen die Politik, dass der Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen wieder etwas ausgebaut wird – was auch notwendig und richtig ist –, fort. Dieser war, wenn man ehrlich ist, nicht nur für mich in meiner ersten Wahlperiode, sondern auch für andere Minister gelegentlich die Sparbüchse. Irgendwann ist eine Grenze erreicht. Wir müssen den Arbeitsschutz nun Schritt für Schritt wieder etwas nach vorne bringen.

(Zuruf: Sie haben „in diesem Jahr“ gesagt – heißt das im Haushaltsjahr 2020?)

– Ja, ich rede jetzt immer von 2020; das ist klar. – Nun kommen wir zum Bereich „Gesundheit“. Ich will Sie nicht mit den Details langweilen, es gibt im Grunde genommen eine ganz wichtige Zahl: Uns stehen für unsere Krankenhäuser rund 760 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Dazu sage ich: Vorher waren es immer um die 550 Millionen Euro. Man kann uns also vieles vorwerfen – auch, dass all das noch zu wenig ist; das mag auch stimmen –, aber es sind immerhin gut 200 Millionen Euro – also gut ein Drittel – mehr, die für die Krankenhäuser zur Verfügung stehen, als das in Nordrhein-Westfalen über viele Jahrzehnte der Fall war.

Dieses Geld wird so aufgeteilt, dass wir etwa 550 Millionen Euro – ich lege das nicht auf die Million genau fest – über die pauschale Förderung an die Krankenhäuser nach Größe und Fällen zahlen.

Daneben haben wir ein landeseigenes Investitionsprogramm mit jährlich wechselnden Förderschwerpunkten. In diesem Jahr war das vor allen Dingen die Stärkung von Krankenhäusern in ländlichen Räumen. In dem Bereich standen uns 2019 66 Millionen Euro zur Verfügung, nächstes Jahr werden es 100 Millionen Euro sein, mit denen wir durch ein Landesförderprogramm Zuweisungen für Investitionen an die Krankenhäuser geben.

Zusätzlich stehen rund 200 Millionen Euro zur Verfügung; das ist der Strukturfonds. Dieser besteht zur Hälfte aus Geld der gesetzlichen Krankenkassen und zur anderen Hälfte aus Landesgeld. Beim Strukturfonds entscheidet das MAGS nicht alleine, was damit bezahlt wird. Die Krankenkassen sitzen, weil auch sie Geld dazugeben, mit am Tisch.

Im Grunde stehen also für die Einzelförderung, wenn sich das gut ergänzt, jedes Jahr 300 Millionen Euro zur Verfügung – das ist schon ein bisschen was. Das Geld in beiden Fördertöpfen müssen wir Gott sei Dank nicht unbedingt jedes Jahr ausgeben. Das heißt, dass man nicht dieses Neujahrsfieber haben muss, sondern dass man die Förderprojekte in einem angemessenen Zeitrahmen durchführen kann. Das ist auch für den Strukturfonds in Berlin, wie ich finde, sehr gut geregelt; denn er geht ja sogar über mehrere Jahre. So können wir, wenn wir zum Beispiel dieses Jahr gar nichts machen – etwa weil noch gar keine förderfähigen Anträge vorliegen oder wir erst noch mehr darüber wissen wollen, was sich im Rahmen der Krankenhausstrukturreform ergibt –, diese Mittel beispielsweise erst im übernächsten Jahr sehr konzentriert einsetzen. Ich bin also der Auffassung, dass wir auch diesbezüglich sehr gut aufgestellt sind.

Wir haben die Landarztquote eingeführt. An die, die sie nicht wollten: Ich finde, es ist gut gelaufen, schließlich sind zehnmal mehr Bewerbungen eingegangen als Studienplätze zur Verfügung standen. Die Zukunft wird zeigen, ob wir die richtigen Bewerber ausgesucht haben. Ich bin mir, obwohl man das nicht mit Sicherheit sagen kann, trotzdem ziemlich sicher, dass uns das gelungen ist. Ich hoffe jedenfalls, dass wir jene dafür ausgewählt haben, die dafür brennen, in Zukunft die Versorgung der ländlichen Bevölkerung in einem doch sehr lebenswerten Umfeld sicherzustellen.

An der Einrichtung des virtuellen Krankenhauses haben wir weitergearbeitet. Das virtuelle Krankenhaus ist eine tolle Idee, weil wir damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranbringen wollen. Leider gibt es folgendes Problem: Wir haben im Bereich der Digitalisierung ganz viele gute Projekte gemacht. Als das jeweilige Projekt abgeschlossen war, ist aber alles zusammengebrochen.

Als ich die Uniklinik in Aachen besucht habe – diese hatte sehr viel Geld aus dem Innovationsfonds erhalten und damit eine ganz gute Beratungsstruktur aufgebaut, insbesondere auch mit den Ärztenetzwerken in OWL –, wurde mir dort gesagt, die Förderung laufe am Ende dieses Jahres, also 2019, aus. Und sie fragten sich, was sie dann tun sollten. Da ist mir sehr klar geworden, dass wir diese digitale Welt in

die Regelfinanzierung bringen müssen, weil wir das Ganze sonst vergessen können.

Also haben wir uns mit den Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen – AOK und vdek – zusammengesetzt. Diese haben im Grunde zugesagt, das mitzumachen. Jetzt müssen wir zusehen, dass wir dieses virtuelle Krankenhaus – wie wir es erst einmal nennen – starten. Es gibt nun einen Gründungsausschuss, in dem ein paar Universitätskliniken, aber auch ein kleines Krankenhaus vertreten sind. Außerdem muss auch die Ärzteschaft darin eingebunden werden. Dieser Gründungsausschuss muss nun zunächst klären, was wir machen wollen. Eine spannende Frage lautet außerdem: Wie kommt man in ein virtuelles Krankenhaus? Ein Beamter bei uns im Ministerium hat es einmal treffend formuliert: Nicht, dass Herr Minister Laumann ein virtuelles Krankenhaus für Phantomschmerzen einrichtet. – Das habe ich mir sehr gut gemerkt. Es muss also schon sehr konkret sein und wirklich in den Versorgungsstrukturen ankommen. Wie man das dann organisiert und welche Bereiche man aufnimmt, werden wir klären. Ich bin der Meinung, dass ein solches virtuelles Krankenhaus zumindest für seltenere Erkrankungen eine erhebliche Erleichterung für die Patienten bringen kann, weil dadurch Wissen unabhängig von Räumen zur Verfügung stehen kann. Jetzt wollen wir zunächst schauen, was bei dem Gründungsausschuss herumkommt. Der Minister selber kann wenig dazu beitragen. Man muss aber ja nicht alles selber wissen, wenn man Leute kennt, die es wissen. Ich bin jedenfalls der Überzeugung, dass wir das ans Laufen bekommen, dass wir die Regelfinanzierung hinbekommen und damit in dieser Sache vorankommen. Wir als Land werden unsere diesbezüglichen Digitalisierungsmittel – das sind rund 2 Millionen Euro pro Jahr – auf diese Sache konzentrieren. Wir gehen da also etwas weg von den Projekten hin zu einer klaren Ausrichtung der Finanzierung auf das virtuelle Krankenhaus.

Die Impfkampagne ist jetzt endgültig gestartet. Ich hoffe, dass sie dazu führt, dass die Menschen sich gerne impfen lassen. Wir wissen ja alle, dass eine Impfung immer noch der beste Schutz vor Infektionskrankheiten ist. Die Debatte in Berlin über eine Impfpflicht gegen bestimmte Infektionskrankheiten auch in Deutschland – die ich wie viele andere auch unterstütze – bedeutet nicht, dass man die Menschen nicht weiterhin davon überzeugen muss. Denn dann zwingt man sie nicht, sondern sie wissen, dass das gut ist.

Die Clearingstellen für den Krankenversicherungsschutz werden weiter gefördert.

Der Kinderschutz hat eine neue Dimension bekommen, weil wir jetzt die Kinderschutzambulanzen mit bis zu 30.000 Euro pro Ambulanz unterstützen. In dem Bereich haben wir insbesondere auch mit den Unikliniken in Datteln und Köln – dort die Rechtsmedizin – ein Hilfesystem eingerichtet, an das Ärzte sich bei Fragen zur Dokumentation oder wenn Sie nicht sicher sind, ob bei einem Kind eine Misshandlung vorliegt, wenden können. Das war immer der Wunsch der Ärzte. Sie wollten eine Stelle, die ihnen mehr Sicherheit bietet. Deswegen haben wir da diese Zusammenarbeit ins Leben gerufen. Derzeit handelt es sich dabei um eine Projektförderung, aber es muss ja, wenn man ehrlich ist, eine langfristige Einrichtung werden, weil es solche Fälle immer geben wird. Es scheint vielen von Ihnen ähnlich zu gehen

wir mir, nämlich dass es bislang unvorstellbar war, dass dieses Thema in der Gesellschaft scheinbar so verbreitet ist, wie wir leider durch viele Meldungen zur Kenntnis nehmen mussten.

Die Aktivitäten zur Versorgung von Kindern mit Diabetes werden fortgesetzt.

Sie sehen also, dass auch die Gesundheitsabteilung mit diesem Haushaltsplan gut aufgestellt sein wird.

In der Sozialabteilung liegen mir und der Abteilung – das habe ich auch im Parlament schon einmal vorgestellt – die Obdachlosen sehr am Herzen. Da darf man nicht wegsehen; ich weiß aber auch, dass man das Problem wahrscheinlich nicht in Gänze lösen kann. Wir setzen jedenfalls jedes Jahr 4,8 Millionen Euro ein, um in dem Bereich weiterzukommen.

Für das Projekt zur Vermeidung von Armut und sozialer Ausgrenzung „Zusammen im Quartier – Kinder stärken – Zukunft sichern“ werden wir weiterhin 8 Millionen Euro einsetzen.

Wir haben bei der Förderung die Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben für Menschen mit Behinderungen weiter auf dem Schirm. Das muss irgendwann in den nächsten Tagen auch nach außen gehen, damit sie wissen, dass sie weiter gefördert werden.

Bei der Suchtberatung machen wir so weiter, wie immer es immer war.

Die Globaldotationen in diesem Land werden ebenfalls fortgesetzt.

Die Agentur Barrierefrei Nordrhein-Westfalen wird mit 1,5 Millionen Euro weiterhin unterstützt.

Unser Anteil für die Stiftung Anerkennung und Hilfe in Höhe von 2,05 Millionen Euro ist selbstverständlich ebenfalls im Haushalt angelegt.

Im Rahmen der Erstattung der Fahrgeldausfälle stellt das Land im öffentlichen Nahverkehr in Nordrhein-Westfalen weiterhin rund 94 Millionen Euro zur Sicherung der Mobilität behinderter Menschen zur Verfügung.

Nun komme ich zur Pflegeabteilung. Eine gute Sache ist, dass wir in diesem Bereich nun den Pflegefonds für die Ausbildungen haben. Wir haben Gott sei Dank eine außergerichtliche Einigung mit den Strukturen erzielt. Herr Herrmann und seine Leute haben das, wie ich finde, sehr gut und geschickt gemacht. Die Pflegeschulen erhalten jetzt 7.350 Euro und die Träger der praktischen Ausbildung 8.000 Euro. Zusätzlich wird die Ausbildungsvergütung finanziert. Kein Krankenhaus, kein Altenheim und kein ambulanter Träger zahlt also noch irgendeinen Pfennig für die Berufsausbildung seiner Auszubildenden. Die Schulen sind nun sehr gut ausgestattet – insbesondere die Altenpflegeschulen, denen fast doppelt so viel Geld zur Verfügung steht als es für sie viele Jahre üblich war. Im Haushalt haben wir nun außerdem auch Mittel in Höhe von 7 Millionen Euro eingestellt, die wir für den Ausbau von Pflegeschulen einsetzen können.

Ich komm zum Bereich der Altenpflegeschulen – wobei man so eigentlich nicht mehr denken darf. Allerdings ist es ja so, dass wir, wenn wir wollen, die zu Krankenhäusern gehörenden Pflegeschulen über die Krankenhausförderung unterstützen können. Wir könnten in dem Bereich über das Krankenhausfinanzierungsgesetz rein theoretisch einen Förderschwerpunkt Krankenpflegeschulen einrichten. Darüber können wir aber nicht die Schulen, die nicht zu einem Krankenhaus gehören, finanzieren. Deswegen müssen wir dann doch noch in diesen zwei Strängen denken.

Wie man schon in der Zeitung lesen konnte, habe ich in diesem Bereich Folgendes vor: Ab Januar nächsten Jahres möchte ich allen Menschen, die in Nordrhein-Westfalen den Pflegeberuf erlernen wollen, eine Ausbildungsgarantie geben. Es geht nicht an, dass wir in Regionen nach wie vor teils wesentlich mehr Anmeldungen für die Pflegeschulen haben, als wir dann an Auszubildenden annehmen. Das kann eigentlich nicht sein, ist aber so. Außerdem ist es nicht hinnehmbar, dass ein Minister herumreist und Abkommen zur Einführung von Pflegeschulen schließt, während ein anderer Minister es in seinem Bundesland nicht geregelt hat, dass alle Menschen, die den Pflegeberuf erlernen wollen, eine entsprechende Ausbildung absolvieren können. Diesen Umstand bin ich leid, und deswegen gibt es in Nordrhein-Westfalen ab dem nächsten Jahr diese Ausbildungsgarantie.

Außerdem müssen auch die Krankenhäuser in der Pflegeausbildung mehr tun; denn jetzt kann mir niemand mehr erzählen, dass sie das nicht bezahlen könnten. Es wird schließlich alles über den Fonds finanziert.

Unseren Krankenhäusern muss auch bewusst werden, dass vielleicht nicht alle Schüler die Voraussetzungen mitbringen, die die Krankenhäuser bei ihnen nun über viele Jahre gewohnt waren. Man muss sich mit den Schülern beschäftigen und vielleicht auch mal ein bisschen mehr investieren, um sie ans Ziel zu bringen. Ich habe zum Beispiel durchaus vor Augen, dass es in Teilen von Städten im Ruhrgebiet sowie in anderen großen Städten ein erhebliches Potenzial für diese Berufe unter den jungen Menschen dort gibt. Ein Arbeitsminister kann nicht dulden, dass wir in manchen Berufen die Potenziale nicht nutzen, die wir aber in bestimmten Stadtteilen mit hoher Jugendarbeitslosigkeit für die eigene Bevölkerung brauchen.

Daran sieht man übrigens auch, dass die Einrichtung eines Arbeits-, Gesundheits- und Sozialministeriums eine sich kluge Idee ist und sich eine Zerschlagung dessen – egal durch wen – im Grunde nie bewährt hat.

Das Investitionsprogramm mit jährlicher Schwerpunktsetzung in Höhe von im nächsten Jahr 100 Millionen Euro habe ich schon angesprochen. Wir müssen es im Ministerium noch überlegen, aber ich kann mir vorstellen, dass eine Einzelförderung im Krankenhausbereich nächstes Jahr der Ausbau von Pflegeschulen in Krankenhäusern sein könnte – vielleicht nicht in Höhe der gesamten 100 Millionen Euro. Sie sehen also, dass wir in dieser Sache weiterkommen.

Die Pflegekammer steht im Haushalt. Ich werde dafür sorgen, dass sie ihre Vorbereitungen treffen kann und dass sie nicht mit Schulden ihre Arbeit aufnimmt. Politisch will ich an dieser Stelle nur einen Satz sagen: Ich werde mir noch sehr viel einfallen lassen müssen bzw. wollen – hoffentlich geht es gut –, um irgendwie diese

Differenz bei Gewerkschaften und Pflege aufzulösen. Diese ist nämlich ganz schlecht – sowohl in Niedersachsen als auch in Rheinland-Pfalz. Aktuell weiß ich noch nicht, wie wir das machen. Jedenfalls scheint mir, als könnte das Verhältnis der Pflegeverbände zu den Gewerkschaften ein bisschen besser sein, und auch das Verhältnis der Gewerkschaften zu den Pflegeverbänden könnte manchmal ein bisschen anders sein. Nun dreht sich das Ganze gewissermaßen um das Thema „Pflegekammer“. Ich bin der Meinung, dass wir für eine effiziente Vertretung der Pflege sowohl eine Kammer als auch Gewerkschaften brauchen und das kein Gegeneinander ist. Wenn wir an einem Strang ziehen, dann wird sich das, so denke ich, sehr gut regeln lassen.

Der Einstieg in die Schulgeldfreiheit bei den anderen, nicht akademischen Gesundheitsberufen hat sich als ein wahrer Jungbrunnen erwiesen. Die Schulen werden größer und es entscheiden sich wieder mehr Leute für Logopädie, Physiotherapie usw. Ich schon ein wenig stolz darauf, dass die Situation in Nordrhein-Westfalen jetzt anders ist als vorher. Bei der alten Landesregierung war es ja so, dass jeder, der im Gesundheitssystem mehr als 100.000 Euro verdiente, vom Land ausgebildet wurde, und jeder, der weniger als 30.000 Euro verdiente, selber bezahlen musste. Das habe ich jetzt geändert, sodass diejenigen, die weniger als 30.000 Euro verdienen, ihre Ausbildung nicht alleine bezahlen müssen. Und deswegen ist das, glaube ich, ohne Frage eine richtige Einschätzung.

Teilhabe im Alter werden wir natürlich zum Schwerpunkt machen. Herr Mostofizadeh, es ist mir wichtig, dass Sie hiermit jetzt wissen: Ich bin nicht gegen Quartiere. Vielmehr haben wir entschieden, dass wir Stellen in 60 Pflegeeinrichtungen finanzieren werden, die sich um die sektorübergreifende Organisation von Hilfe für alte Menschen bei Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten und teilstationären Pflegediensten kümmern. Dafür stellen wir rund 3 Millionen Euro zur Verfügung.

Sie sehen: Wir machen das nicht wie früher, als man vom Quartier sprach, das Quartier aber keinen Ort hatte. Jetzt gibt es ein echtes Quartier und der Ort, wo man Hilfen findet, hat eine Anschrift, eine Adresse und eine Telefonnummer. Das ist für den Normalbürger nicht ganz verkehrt, damit er die Ansprechpartner erreichen kann.

Unsere neuen Regionalbüros Alltag, Pflege und Demenz haben wir zu Einrichtungen gemacht, die sich umfänglich um diesen Bereich kümmern. Die Umstrukturierung ist im Grunde abgeschlossen.

Darüber hinaus haben wir 130 Wohnberatungsstellen – die eine gute Sache sind –, die zunehmend auch digital beraten.

Sie sehen, dass wir für das, was wir politisch machen wollen, aus meiner Sicht im Haushalt 2020 die Finanzierungsgrundlage sichergestellt haben. Wahr ist: Mehr geht immer. Aber es ist trotzdem eine, wie ich finde, ganz gute Grundlage, damit die Arbeitsmarkt-, Sozial- und Gesundheitspolitik unseres Landes im nächsten Jahr das Land mitgestalten kann. Ich freue mich auf die Haushalsberatungen, die jetzt im Parlament und im Ausschuss stattfinden werden. – Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) dankt dem Minister, dass er dem Ausschuss den Respekt erweise, den Haushaltsplan persönlich einzubringen und dies nicht – wie im Ausschuss für Heimat, Kommunales, Bauen und Wohnen – einen Mitarbeiter erledigen lasse.

4 Den Beamtinnen und Beamten in NRW die freiwillige Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglichen

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 17/5057

Ausschussprotokoll 17/668 (Anhörung vom 19.06.2019)

– Abschließende Beratung und Abstimmung

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend –, an den Innenausschuss sowie an den Haushalts- und Finanzausschuss am 20.02.2019; Ablehnung durch IA und HFA.)

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) verweist auf die Anhörung, die die Sinnhaftigkeit des Antrags sehr eindrucksvoll bestätigt habe, sowie auf die Diskussion in den zwei mitberatenden Ausschüssen und den zum selben Thema eingebrachten Gesetzentwurf der Sozialdemokraten.

Anders als einige suggerierten, gehe es nicht um die Einführung einer Bürgerversicherung in Nordrhein-Westfalen – wobei sich der Ausschuss bei anderer Gelegenheit durchaus mit der Systemfrage beschäftigen könne –, sondern um die Wahlfreiheit für Beamtinnen und Beamte – beispielsweise für jene, die von der PKV ausgeschlossen würden und sich selbst in der GKV versichern müssten. Seine Fraktion habe zahlreiche Zuschriften mit Schilderungen solcher Fälle erhalten, beispielsweise von chronisch erkrankten Beschäftigten im Landesdienst. Dass diese dann doppelt so hohe Beiträge wie nicht verbeamtete Beschäftigte leisten müssten, sei ungerecht.

Stefan Lenzen (FDP) entgegnet, seine Fraktion sehe sehr wohl die Gefahr, dass – vielleicht auch nur über die Hintertür – der Weg zu einer Bürgerversicherung geebnet werde, und bewerte die Gefährdung eines gut funktionierenden Systems ohne Not – gegebenenfalls aus einer ideologischen Motivation heraus – als äußerst kritisch.

Gebe es weiterhin keine Wahlfreiheit, bleibe eine Gerechtigkeitslücke bestehen und es werde eine Chance vertan, erwidert **Christina Weng (SPD).**

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ab.

5 Hitzeaktionspläne zur Prävention hitzeassoziierter Mortalität und Morbidität

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/6752

– Abschließende Beratung und Abstimmung

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend –, an den Wissenschaftsausschuss sowie an den Ausschuss für Heimat, Kommunales, Bauen und Wohnen am 02.07.2019; Ablehnung durch WissA und AHKBW)

Iris Dworeck-Danielowski (AfD) führt aus, sowohl im Parlament als auch allgemein werde sehr viel über das Wetter, insbesondere über die heißer werdenden Sommer gesprochen. Eine häufig thematisierte Art und Weise zum Umgang damit stelle die potenzielle Prävention, eine Einwirkung auf das Klima – dar. Aus Sicht ihrer Fraktion bestehe nur geringer Einfluss darauf, ob der gewünschte Effekt erzielt werde. Definitiv beeinflusst werden könnten jedoch Maßnahmen zur Vorbereitung auf den Umgang mit Hitze. Dies entspreche dem Anliegen des Antrags.

Heiße Sommer forderten jährlich Opfer, gegebenenfalls sogar Todesopfer. Da besonders Alte und Kranke davon betroffen seien wünsche ihre Fraktion mit Blick auf die demografische Entwicklung, dass das Land Verantwortung übernehme und vorbereitende Maßnahmen treffe.

Serdar Yüksel (SPD) stellt dar, dass er zwar zur Klimadiskussion in der AfD nichts sagen wolle, man aber, wenn man die Ursachen des Klimawandels nicht ernst nehme, Gefahr laufe, viele weitere Anträge zu dessen Begleiterscheinungen stellen zu müssen.

Er verweise auf die bereits stattfindende fachlich sehr gute Diskussion – erkennbar an einem vom Städtetag erstellten Positionspapier zur Anpassung an den Klimawandel von 2012, den Antrag seiner Fraktion zur Senkung der Hitzebelastung vom 3. Juli 2018 sowie einem Handlungskonzept auf EU-Ebene. In den Städten würden teils bereits Konzepte umgesetzt.

Rainer Matheisen (FDP) erklärt, abgesehen von den von Serdar Yüksel (SPD) angeführten fachlichen Argumenten solle die AfD Fraktion sich zunächst einig werden, wie sie zu dem Thema stehe – schließlich habe Iris Dworeck-Danielowski (AfD) eben von heißer werdenden Sommern gesprochen, während ihr Kollege Dr. Christian Blex (AfD) von der Church of Global Warming spreche.

Dieser Antrag passe nicht zur sonstigen Einstellung der AfD und verwundere ihre Fraktion, meint **Katharina Gebauer (CDU)**. Wie an der Plenardebatte und den Beratungen in den anderen Ausschüssen erkennbar, gehe es eigentlich um den Klimawandel.

Neben verschiedenen Maßnahmen auf europäischer Ebene biete das Landeszentrum für Gesundheit – auch an Ärzte und Pflegekräfte gerichtete – Angebote im präventiven Bereich an. Dieses informiere auch das Land selber. Es stehe eine große Bandbreite an Möglichkeiten für Prävention und Information zur Verfügung, bei denen auch die Kommunen einbezogen werden könnten und müssten. Viele Dinge müssten wegen der sehr unterschiedlichen Bedingungen vor Ort zudem auf kommunaler Ebene geregelt werden.

Es gehe ihrer Partei eben nicht um die Verhinderung einen irgendwie gearteten Klimawandels oder darum, den potenziellen Folgen eines solchen entgegenzuwirken, sondern um Wetter und Hitzeperioden, die immer schon aufgetreten seien, entgegnet **Iris Dworeck-Danielowski (AfD).** In den Debatten im Landtag werde zu wenig darauf eingegangen, wie mit veränderten Wetterlagen sowie der veränderten Bevölkerungsstruktur – immer mehr Menschen überschritten das 80. Lebensjahr – in dem Zusammenhang umzugehen sei. Insbesondere ältere Menschen reagierten häufig anders auf Hitzeperioden und dehydrierten, erkrankten bzw. stürben im schlimmsten Fall an den Folgen von Hitze.

Die Argumentation, dass ihre Partei nichts gegen den Klimawandel unternehme und die anderen Parteien deswegen nun durch die Ablehnung des Antrags nichts zur Hitzetodprävention beitragen wollten, halte sie für nicht ganz schlüssig.

Leider nähmen Hitzeereignisse tatsächlich zu, bekundet **Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE).** Die allgegenwärtigen Auswirkungen des Klimas erkenne man beispielsweise bei einem Spaziergang durch den Wald daran, wie wenig Wasser noch durch die Bäche laufe. Dass dann vom Wetter statt vom Klima gesprochen werde, mache die Dramatik deutlich.

Die Renaturierung der Emscher habe zu einer Temperaturabsenkung in der Essener Innenstadt um etwa 3 Grad geführt, was zu einer enormen Entlastung führe. Er könne zahlreiche weitere Beispiele für präventive Maßnahmen wie Dachbegrünung oder Frischluftschneisen nennen. Diese seien lächerlich gemacht und ein Zusammenhang bestritten worden. Dies erschwere ebenso wie unsachliche Vorschläge wie etwa, dass man bei hohen Temperaturen in den Keller gehen solle, eine sachliche Argumentation. Sachlich diskutieren könne man hingegen beispielsweise, was und wie viel man in der Verkehrspolitik tun könne.

Der Antrag verkenne zudem die bereits genannten vorhandenen Maßnahmen. Bei diesen käme es zu Problemen beim Vollzug, unter anderem in Bezug darauf, ob Städte tatsächlich in präventive Maßnahmen investierten. Darauf gehe der Antrag nicht ein.

Seine Fraktion halte das Thema an sich für ausgesprochen wichtig, den Umgang damit im Antrag allerdings nicht einmal ansatzweise für angemessen.

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD ab.

6 IT-Infrastruktur der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen stärken – Patientenschutz sichern

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/5634

Ausschussprotokoll 17/692 (Beratung mit sachverst. Gästen vom 04.07.2019)

– Abschließende Beratung und Abstimmung

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Digitalisierung und Innovation – federführend –, an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales, an den Haushalts- und Finanzausschuss sowie an den Ausschuss für Heimat, Kommunales, Bauen und Wohnen am 11.04.2019)

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD ab.

7 Medizinische Notfallversorgung bedarf keiner staatlichen Regulierung – Kompetenzen bei den Kammern belassen.

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/7358

– Verfahrensabsprache

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 18.09.2019)

Der Ausschuss kommt überein, eine schriftliche Anhörung durchzuführen. Weitere Absprachen sollen in der Obleuterunde erfolgen.

8 Aktuelle berufliche Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderung
(Bericht beantragt von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 5])

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2491

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) dankt für den sehr ausführlichen Bericht. Mit einigen darin enthaltenen Anhaltspunkten – beispielsweise der Anteil von Frauen in einzelnen Förderprogrammen – werde man sich im Nachgang weiter befassen.

Auch er danke für den Bericht, bekundet **Josef Neumann (SPD).** Dieser zeige eindeutig eine massive Benachteiligung junger Frauen mit Behinderungen im Arbeitsmarkt auf. Es müssten Überlegungen zur Beseitigung dieses Missstandes angestellt werden. Für inakzeptabel halte er außerdem den den Arbeitslosenstatistiken zu entnehmenden Umstand, dass Menschen mit Behinderungen umso schlechter einen Arbeitsplatz erhielten, je qualifizierter sie seien.

9 Verfassungsgerichtliches Verfahren der Landschaftsverbände und einzelner Kommunen in NRW gegen das Ausführungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (AG-BTHG NRW) *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD in der Sitzung am 04.09.2019)*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2488

– keine Wortbeiträge

10 Aktueller Sachstand zum geplanten Verkauf der NRW-Spielbanken *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD in der Sitzung am 04.09.2019)*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2452

– keine Wortbeiträge

11 Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD [s. Anlage 6])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2490

Josef Neumann (SPD) stellt dar, ihm scheine, als wolle man zwar etwas tun, habe das Thema aber zwischenzeitlich aus den Augen verloren. Ein Anschreiben von weiteren acht Einrichtungen in allen Ehren, aber es müssten zügig Ergebnisse geliefert werden; denn dem Anspruch der Betroffenen auf die Wahrheit müsse Rechnung getragen werden.

MR Dr. Reinhard Kasper (MAGS) legt dar, dass die Problematik weiterhin in noch nicht vorliegenden Antworten der Einrichtungen bestehe. Das Ministerium rechne mit einem Eingang der Antworten bis Ende dieses Jahres sowie damit, im ersten Quartal 2020 einen umfassenden Bericht liefern zu können.

Auf die Frage der **Vorsitzenden Heike Gebhard**, warum man dafür mehr als ein Jahr Zeit brauche, antwortet **MR Dr. Reinhard Kasper (MAGS),** dass einige Einrichtungen umfangreiche Untersuchungen über die einige Jahre zurückliegenden Ereignisse anstellen müssten und das Ministerium zudem bei einigen Einrichtung nach Vorliegen einer ersten kurzen Antwort weitere Nachfragen habe stellen müssen.

12 Ambulante Intensivpflege in NRW vor dem Hintergrund des Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetzes *(Bericht beantragt von der Fraktion der SPD [s. Anlage 7])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/2492

Aufgrund des sehr umfangreichen und erst kürzlich, am 27. September 2019, erstellten Berichts, beantrage sie, in der nächsten Sitzung über den Bericht zu diskutieren, bekundet **Angela Lück (SPD).**

Der Ausschuss kommt auf Antrag von Angela Lück (SPD) überein, den Tagesordnungspunkt in der nächsten Sitzung zu beraten.

13 Verschiedenes

Vorsitzende Heike Gebhard informiert über Absprachen zu Anhörungen in der Obleuterunde.

Die Anhörung zum Gesetz zur Änderung des Präimplantationsdiagnostikgesetzes Nordrhein-Westfalen und des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen solle im Rahmen der Sitzung am 30. Oktober 2015 stattfinden. Aus diesem Grund werde der Sitzungsbeginn auf 15 Uhr vorgezogen.

Die Anhörung zum Antrag „Inklusion in den Arbeitsmarkt im Sinne der UN Behindertenrechtskonvention weiterentwickeln – Gleichwertigen Zugang ermöglichen“ der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen solle am 22. Januar 2020 von 10:00 bis 12:30 Uhr stattfinden.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

7 Anlagen
10.12.2019/16.12.2019
73

Josef Neumann MdL
Gesundheitspolitischer Sprecher

Mehrdad Mostofizadeh MdL
Gesundheitspolitischer Sprecher

An die Vorsitzende
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Heike Gebhard MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

26.09.2019

Todesfälle nach Einnahme einer Glucoselösung - Beantragung einer Aktuellen Viertelstunde zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02. Oktober 2019.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

ausweislich aktueller Medienberichterstattungen (siehe u.a. https://www.morgenpost.de/vermischtes/article227179485/Koeln-Apotheken-geschlossen-Mutter-und-Baby-sterben-nach-Diabetes-Test.html) sind drei Apotheken in Köln geschlossen worden nachdem am 19. September 2019 eine schwangere Frau nach Einnahme einer Glucoselösung aus einer der Apotheken verstorben war. Auch das Kind ist nach dem durchgeführten Kaiserschnitt verstorben. Aufgrund der Bedeutung des Themas beantragen wir für die SPD-Fraktion und die Grünen-Fraktion eine Aktuelle Viertelstunde zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02. Oktober 2019. Die Landesregierung wird gebeten, zu dem Vorfall einen Bericht abzugeben.

gez. Josef Neumann

gez. Mehrdad Mostofizadeh

SPD-Fraktion im Landtag NRW
Platz des Landtags 1 · 40221 Düsseldorf
Büro Name: 0211 884 xxxx
vorname.nachname@landtag.nrw.de
www.spd-fraktion.landtag.nrw.de

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Landtag NRW
Platz des Landtags 1 · 40221 Düsseldorf
Büro Name: 0211 884 xxxx
vorname.nachname@landtag.nrw.de
www.gruene-fraktion-nrw.de

Der Minister

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

An die
Vorsitzende des Ausschusses für
Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Heike Gebhard
Platz des Landtags 1

Düsseldorf

Datum: 7. Oktober 2019
Seite 1 von 1

Aktenzeichen Kab-Ref
bei Antwort bitte angeben

Bernhard Ulrich
Telefon 0211 855-3456
Telefax 0211 855-
Bernhard.Ulrich@mags.nrw.de

Sprechzettel Aktuelle Viertelstunde „Todesfälle nach Einnahme einer Glucoselösung“

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

wie in der vergangenen Ausschusssitzung angeboten, übersende ich Ihnen anbei den Sprechzettel, der als Grundlage meiner Ausführungen zur Aktuellen Viertelstunde „Todesfälle nach Einnahme einer Glucoselösung“ diente.

Ich bitte um Weiterleitung an die Damen und Herren Ausschussmitglieder.

Mit freundlichen Grüßen

(Karl-Josef Laumann)

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium

Todesfälle nach Einnahme einer Glucose-Lösung: Sofortige Schließung von drei Apotheken in Köln am 26. September 2019

Sprechzettel AGS 02.10.2019

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren,

gerne komme ich dem Antrag der Fraktionen von SPD und Grünen nach und berichte dem Ausschuss über die Vorfälle in Köln nach Einnahme einer Glucose-Lösung.

Vor dem Hintergrund zweier Todesfälle im Zusammenhang mit toxikologisch belasteten Glucoselösungen haben das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und die Bezirksregierung Köln **am 25. September vorsorglich die sofortige Schließung von drei Apotheken in Köln** veranlasst.

Umzusetzen war die Schließung der drei Apotheken durch das Gesundheitsamt der Stadt Köln als unmittelbar zuständige untere Gesundheitsbehörde. **Die Schließung erfolgte am Morgen des 26. September 2019.**

Diese Maßnahme diente dem vorbeugenden Gesundheitsschutz der Bürgerinnen und Bürger.

Zu den drei Apotheken gehört die Apotheke, in der nach dem zum Zeitpunkt der Entscheidung bekannten Sachverhalt die Kontamination des Glukosepulvers erfolgte, sowie zwei weitere Apotheken desselben Apothekenfilialverbunds.

Zum Zeitpunkt dieser Entscheidung konnte durch die Staatsanwaltschaft nicht abschließend ermittelt werden, wer die Verantwortung für die Verunreinigung trägt und **ob es sich möglicherweise um eine absichtliche Manipulation** handelte.

Nach Beurteilung des uns am 25. September bekannten Sachverhalts konnte eine **Gefährdung weiterer Kunden durch von den Apotheken abgegebene Arzneimittel** nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Aus damaliger und heutiger Sicht war die Anordnung dieser weitgehenden Maßnahme **richtig, um die Bevölkerung möglichst umfassend zu schützen. Wir wollten ein Restrisiko für die Bevölkerung ausschließen.**

Die durch die Stadt Köln am 23. bzw. 24. September angeordnete **Untersagung der Herstellung von Arzneimitteln in den drei Apotheken des Apothekeninhabers erschien uns nicht weitgehend genug, um eine mögliche Manipulation von fertigen Arzneimitteln und Produkten außerhalb der sogenannten „Rezeptur" zu verhindern**.

Wie bereits erwähnt: die Staatsanwaltschaft konnte zum damaligen Zeitpunkt eine absichtliche Manipulation nicht ausschließen.

Wenn man eine so weitgehende Maßnahme wie die Schließung von drei Apotheken anordnet, dann muss man zunächst den **Sachverhalt genau ansehen** und **viele Aspekte abwägen**, um zu einer tragfähigen Entscheidung zu gelangen. **So weitreichende Entscheidungen dürfen Behörden nicht leichtfertig treffen.**

Hier musste eine **Risiko- und Güterabwägung zwischen dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung auf der einen Seite sowie den Grundrechten und wirtschaftlichen Interessen des Apothekeninhabers auf der anderen Seite** stattfinden.

Außerdem mussten wir berücksichtigen, dass Pflegeeinrichtungen und Palliativpatienten über bestehende **Heimversorgungsverträge** von der Schließung der Apotheken betroffen sein werden.

Da eine **junge Mutter und ihr neugeborenes Kind gestorben** waren und eine **weitere Schwangere nach Einnahme der Glucose-Lösung schwerwiegende Nebenwirkungen** gezeigt hatte, haben wir **dem Gesundheitsschutz Vorrang eingeräumt** und die Apotheken geschlossen. Die Interessen des Apothekenbetreibers mussten zurückstehen.

Der folgende Sachverhalt lag unserer Entscheidung zugrunde:

Am **19. September** wurde in einer gynäkologischen Praxis in Köln ein sog. Glukosetoleranztest (Glucose-Lösung) bei einer schwangeren 28-jährigen durchgeführt. Für den Test wurde Glucose Pulver von einer Kölner Apotheke abgefüllt.

Nach Durchführung des Tests verschlechterte sich der Gesundheitszustand der Patientin rapide, so dass sie unter Reanimationsbedingungen in das nächstgelegene Krankenhaus eingeliefert und dort per Notkaiserschnitt in der 25. Schwangerschaftswoche entbunden wurde.

Anschließend erfolgte ihre Einlieferung in das Herzzentrum der Universitätsklinik zu Köln, **wo sie am späten Nachmittag des 19. September an Multiorganversagen verstarb. Der unter Reanimationsbedingungen entbundene Säugling verstarb am 20. September 2019.**

Die erste Meldung an das Ministerium über den Todesfall der Frau erfolgte über eine sogenannte WE-Meldung am Freitag, den 20. September 2019, um 16.40 Uhr. In dieser WE-Meldung wurde berichtet, dass die Polizei mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln als für die Gefahrenabwehr originär zuständige Stelle Kontakt aufgenommen habe und die verantwortliche Amtsapothekerin ihrerseits mit der Bezirksregierung Köln hinsichtlich zu treffender gefahrenabwehrenden Maßnahmen Verbindung aufgenommen habe.

Weitere Informationen an das Ministerium u.a. über den Tod des durch Notkaiserschnitt geborenen Säuglings folgten erst **am Montag, den 23. September durch Fortschreibung der WE-Meldungen um 18.22 Uhr, um 19.04 Uhr bzw. um 21.09 Uhr**.

Laut WE-Meldung hatte das Institut für Rechtsmedizin zu Köln der Polizei am Montag, den 23. September 2019, nachmittags mitgeteilt, dass im Untersuchungsmaterial der betroffenen Apotheke eine toxische Substanz nachgewiesen werden konnte.

Die Staatsanwaltschaft erhielt unverzüglich Kenntnis und bewertete den Sachverhalt laut WE-Meldung als Tötungsdelikt. Die Ermittlungen wurden im Rahmen einer Mordkommission weitergeführt. Nach dem damaligen Stand der Ermittlungen kam eine toxische Beimischung in der betroffenen Apotheke in Frage. Laut WE-Meldung liefen nun erneute Durchsuchungsmaßnahmen unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes der Stadt Köln in der betroffenen Apotheke. Maßnahmen zur gefahrenabwehrenden Öffentlichkeitsarbeit seien in Zusammenarbeit mit der Stadt Köln in Vorbereitung. **Am 23. September um 19.55 Uhr wurde dann eine gemeinsame Presseerklärung von Stadt Köln und Polizei** versandt, mit der mögliche Patienten vor einer Verwendung von glucosehaltigen Präparaten aus der betroffenen Apotheke in Köln gewarnt wurden.

Im Rahmen der Durchsuchung **am 23. September 2019** wurde die Herstellung von Arzneimitteln in der betroffenen Apotheke durch die Stadt Köln untersagt. Am **24. September 2019** folgte dann die Untersagung der Herstellung von Arzneimitteln in den beiden weiteren Apotheken des Apothekeninhabers.

Im Rahmen der **Pressekonferenz der Stadt Köln und der Staatsanwaltschaft Köln am 24. September 2019** teilte die Staatsanwaltschaft der Öffentlichkeit mit, dass auch ein vorsätzliches Tötungsdelikt nicht ausgeschlossen werden kann.

Am 25. September wurde schließlich im Ministerium abschließend geprüft, ob weitergehende Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung erforderlich sind. In Absprache mit der Bezirksregierung erfolgte unter Abwägung der Gesamtumstände abends die Weisung durch das Ministerium, die drei Apotheken des Apothekeninhabers aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes bis auf weiteres zu schließen, weil die Gründe, die zum Tod der Patientin sowie ihres Kindes führten weiterhin unklar waren. Vorsätzliches Handeln und eine damit weiterhin bestehende Gefahr für weitere Patientinnen und Patienten konnte zum damaligen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden.

Da die drei Apotheken Heimversorgungsverträge geschlossen haben, wurde eine von den Verträgen abgedeckte Versorgung unter strengen Auflagen, ein Vier-Augen-Prinzip bei der Abgabe von Medikamenten, Dokumentationspflichten sowie engmaschigen behördlichen Kontrollen gestattet.

Leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung in NRW

Düsseldorf, 22. Oktober 2019

eferent:

r. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jens Peukert

ohfert & Lohfert AG

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

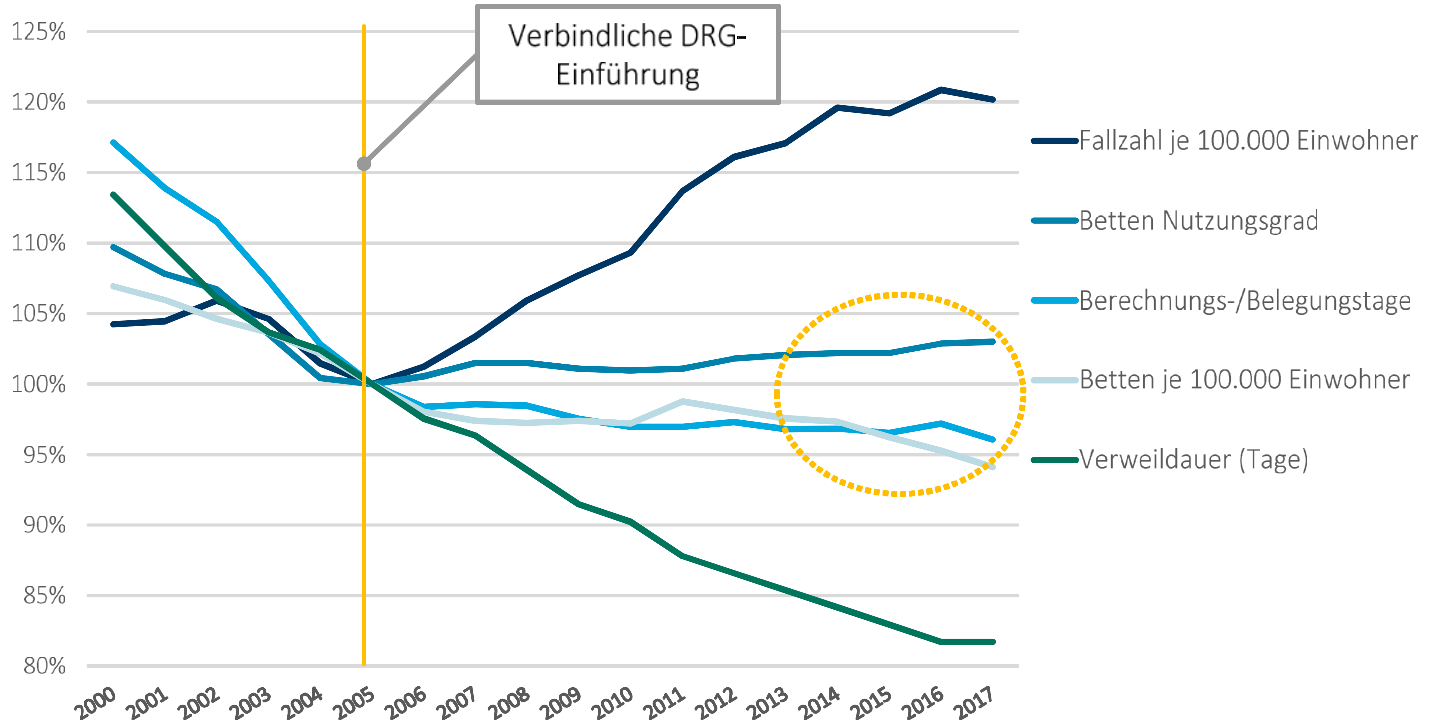
Ausgewählte Ergebnisse aus dem Gutachten

Handlungsempfehlungen

Herausforderungen für die Krankenhausplanung

Trotz kontinuierlich sinkender Verweildauer sind bei steigender Fallzahl das Betten-niveau und der Bettennutzungsgrad in NRW seit 2006 nahezu konstant geblieben

*Entwicklung von Versorgungskennzahlen von 2000 bis 2017 in NRW**



- Gleichermaßen sinkende Verweildauer vor und nach der DRG-Einführung
- Zur Auslastung von (Über-) Kapazitäten bei sinkender Verweildauer wird die Versorgung von höheren Fallzahlen nötig
- Dementsprechend setzt das DRG-Vergütungssystem starke Anreize zur Fallausweitung
- Folglich sind Berechnungs-/ Belegungstage und Betten je 100.000 Einwohner nahezu konstant

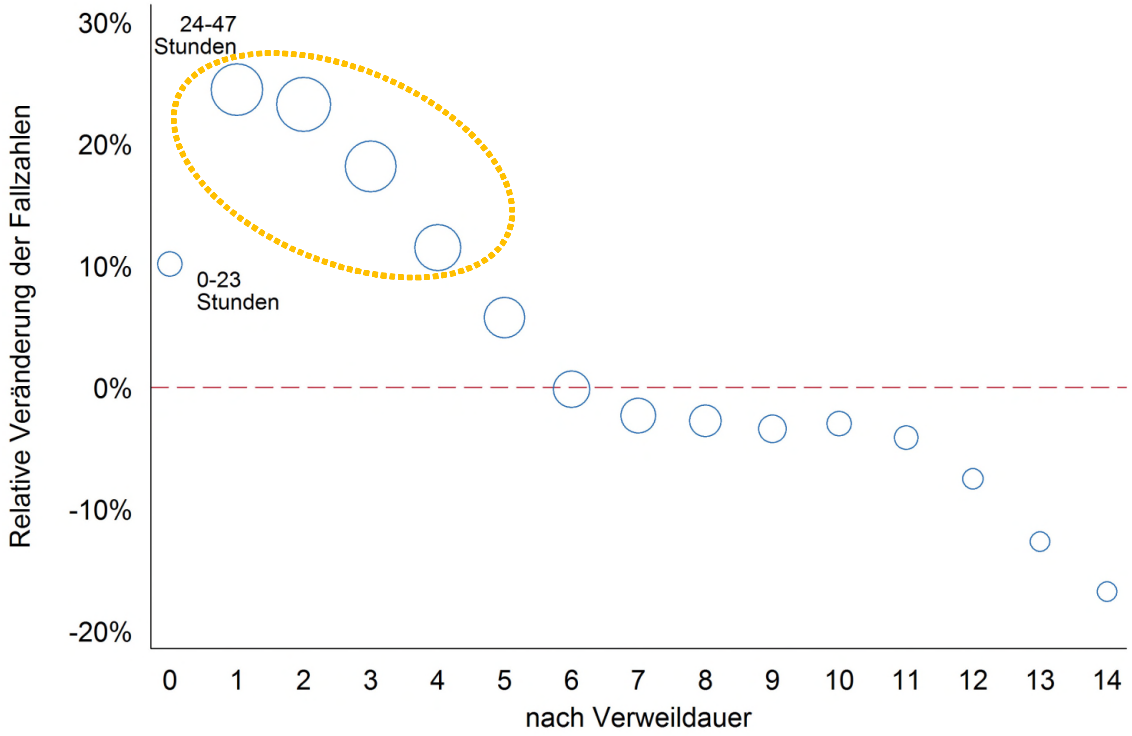
* Indexierung der Daten auf das Jahr 2005 (2005=100 %)

Quelle: Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt

Herausforderungen für die Krankenhausplanung

Fälle mit geringer Verweildauer weisen in Deutschland das höchste relative Fallzahlwachstum auf

Relative Veränderung der Fallzahlen nach Verweildauer von 2007 auf 2012



- Wachstum größer als 20% in 5 Jahren von Fällen mit 1 bis 2 Tagen Verweildauer
- Wachstum größer als 10% in 5 Jahren von Fällen mit 3 bis 4 Tagen Verweildauer
- Fälle mit geringer Verweildauer repräsentieren mit Abstand die größten Anteile der Fälle aus dem Jahr 2012

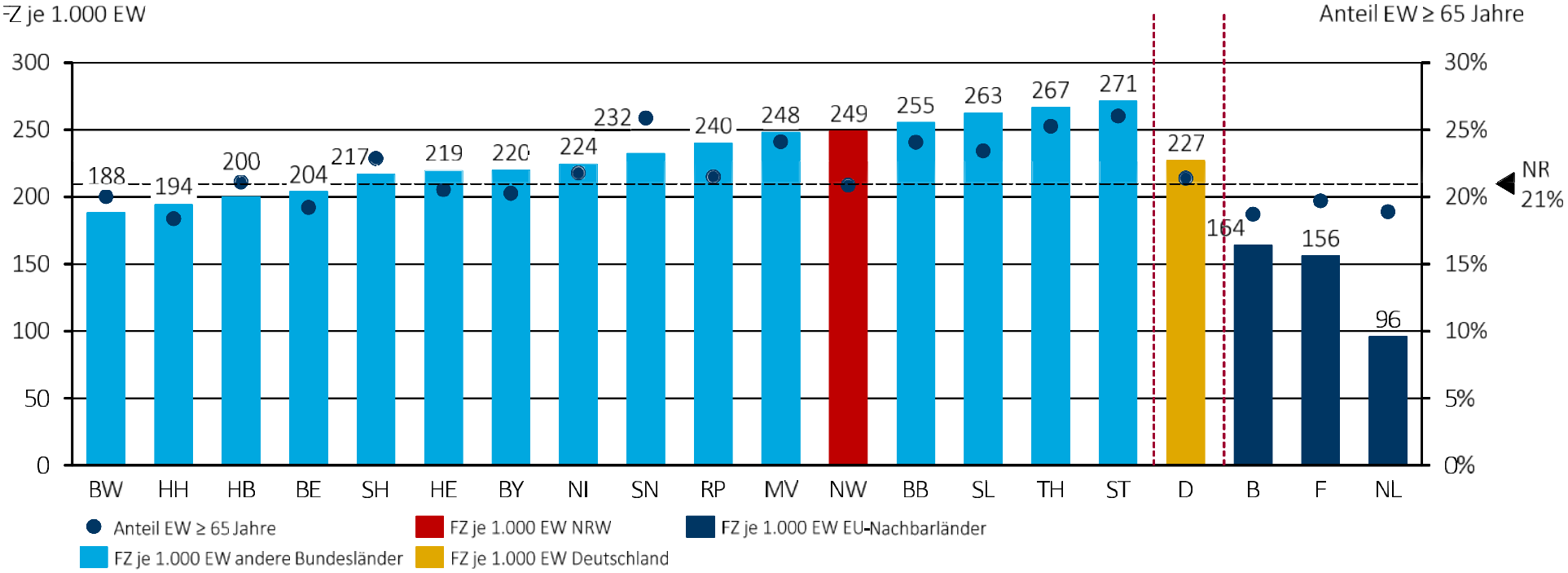
Die Größe der Kreise spiegelt die Größe der jeweiligen Verweildauer-Kategorie wider und ist proportional zur Anzahl der Fälle aus dem Jahr

Quelle: Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Hamburg Center for Health Economics (HCHE)

Herausforderungen für die Krankenhausplanung

Die im Bundes- und EU-Vergleich hohen Fallzahlen in NRW lassen sich nicht über die Altersstruktur erklären

Vergleich Fallzahl (FZ) je 1.000 Einwohner und Anteil Einwohner (EW) ≥ 65 Jahre NRW mit Deutschland und EU-Nachbarländern



Quelle: Statistisches Bundesamt DRG-Statistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstands basierend auf Mikrozensus 2011; Statistisches Bundesamt, Bevölkerung, Arbeit, Soziales Personen ab 65; OECD Health Statistics 2017

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

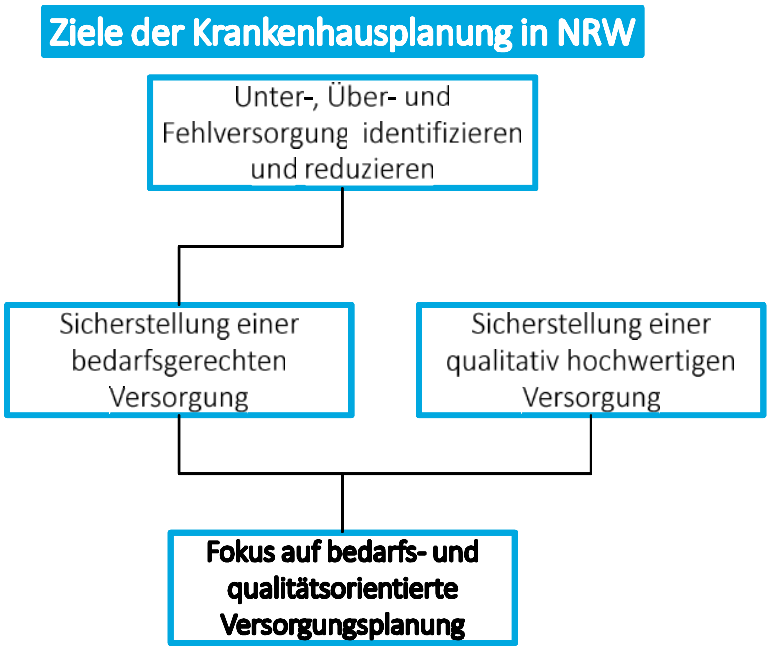
Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Gutachten

Handlungsempfehlungen

Zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung NRW wird im Gutachten ein neuer Planungsansatz entwickelt

Ableitung des neuen Planungsansatzes mittels der Ziele der Krankenhausplanung NRW



Um diese Ziele zu erreichen, entwickelt das Gutachten einen Vorschlag für eine neue

- leistungsorientierte,
- bedarfsorientierte und
- qualitätsorientierte

Krankenhausplanung.

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Gutachten

- **Leistungsorientierung**
- Versorgungsanalyse
- Bedarfsprognose
- Qualitätsorientierung

Handlungsempfehlungen

Die Stärken der leistungsorientierten Planung überwiegen die der Fachgebietsplanung – folglich ist eine leistungsorientierte Planung zu favorisieren

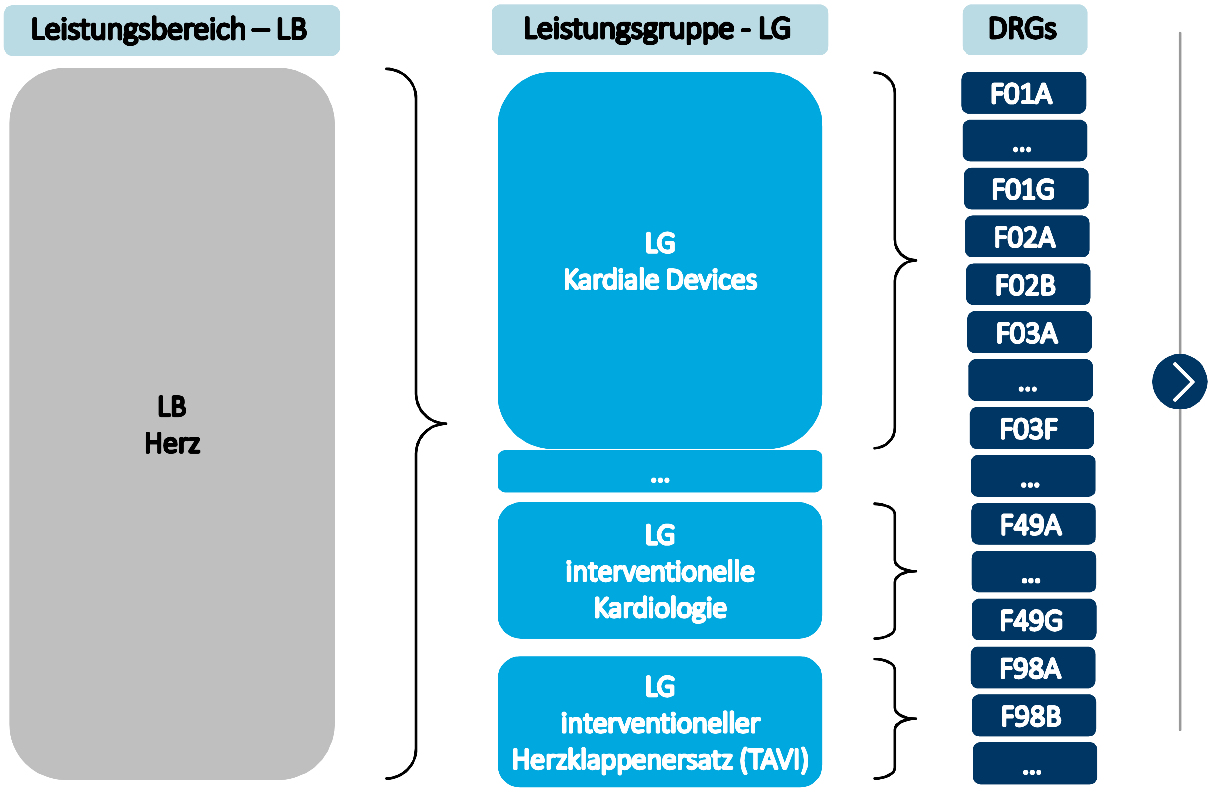
Stärken- und Schwächenanalyse verschiedener Planungsansätze

	Stärken	Schwächen
Planung auf Fachgebietsebene	– Administrativ einfach – Konsens (historisch gewachsen)	– Geringe Granularität – Kein Leistungsbezug – Wenig Kontrollmöglichkeit – Anreiz zur Leistungsausweitung
Planung von Leistungsbereichen und -gruppen	– Leistungssteuerung – Skalierbare Granularität – Skalierbarer Qualitätsbezug – Berücksichtigung des amb. Potentials	– Steigende Anforderungen an Planer – Steigende Komplexität

Leistungsorientierung

Um eine Vergleichbarkeit mit externen Datenquellen herzustellen und einen unkomplizierten Umgang zu ermöglichen, wurde eine eindeutige DRG-Zuordnung durchgeführt

Leistungsgruppensystematik am Beispiel LB Herz



Erklärung der Systematik

- Leistungsspektrum wird in übergeordnete LB aufgeteilt, diese werden – wenn notwendig – in LG weiter unterteilt
- LB wurden angelehnt an Weiterbildungsordnung der Ärzte bzw. eine sinnhafte Fachgebietsstruktur strukturiert
- Jede LB wurde in mindestens eine und bis zu sechs LG differenziert
- Jede DRG des DRG-Fallpauschalenkatalogs wurde eindeutig einer LG zugeordnet
- Insgesamt wurden 25 LB und knapp 70 LG im Bereich Somatik definiert, zusätzlich 10 LG im Bereich PP und KJP

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Gutachten

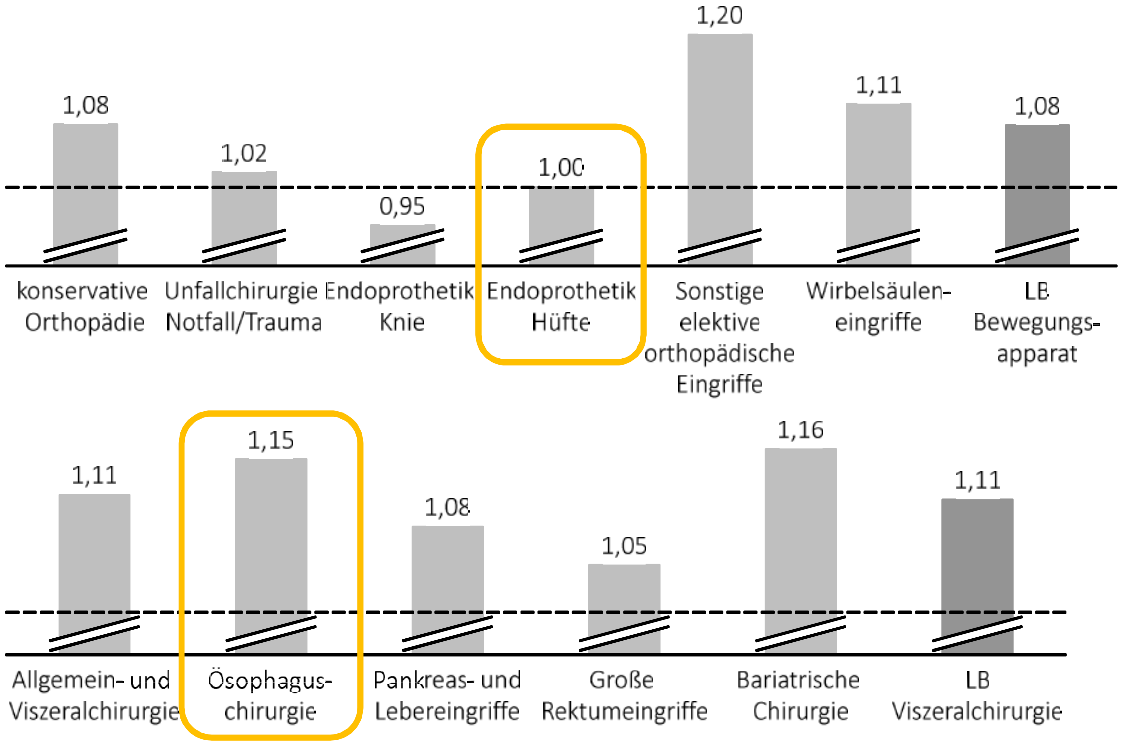
- Leistungsorientierung
- **Versorgungsanalyse**
- Bedarfsprognose
- Qualitätsorientierung

Handlungsempfehlungen

Versorgungsanalyse

Die Krankenhaushäufigkeiten der LB Bewegungsapparat und Viszeralchirurgie liegen ca. 10% über dem altersstandardisierten deutschen Durchschnittswert ohne NRW

Relative Krankenhaushäufigkeit selektierter LB im Vergleich zum altersstandardisierten deutschen Durchschnittswert ohne NRW

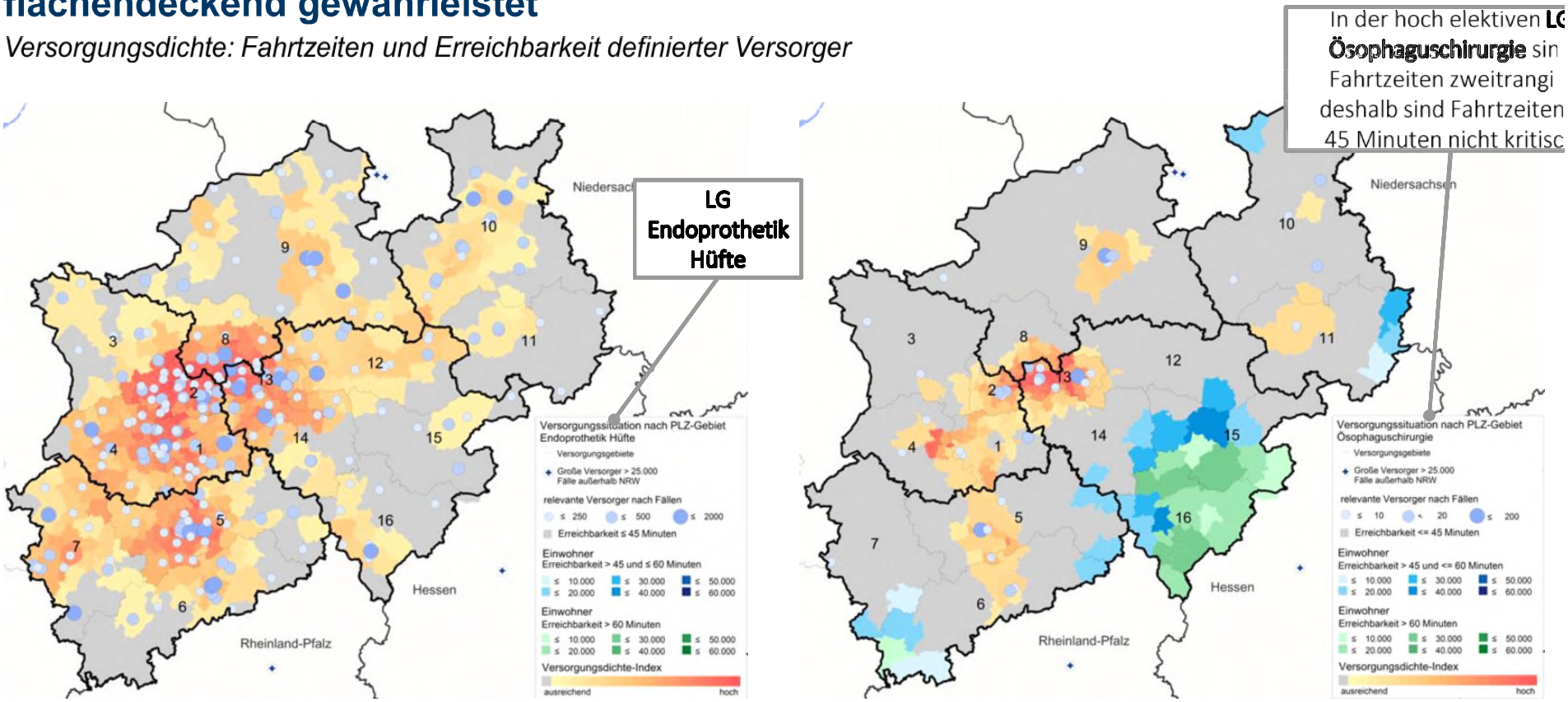


- Die Krankenhaushäufigkeit des LB Bewegungsapparat liegt 8 % über dem altersstandardisierten deutschen Durchschnittswert ohne NRW
- Die LG Endoprothetik Hüfte ist im Vergleich unauffällig, dies liegt aber an der generell hohen Krankenhaushäufigkeit dieser LG in Deutschland
- Die Krankenhaushäufigkeit des LB Viszeralchirurgie liegt 11 % über dem altersstandardisierten deutschen Durchschnittswert ohne NRW
- Die Krankenhaushäufigkeit der komplexen LG Ösophaguschirurgie liegt 15 % über dem altersstandardisierten deutschen Durchschnittswert ohne NRW

Versorgungsanalyse

… und die Erreichbarkeit in den LG Endoprothetik Hüfte und Ösophaguschirurgie ist flächendeckend gewährleistet

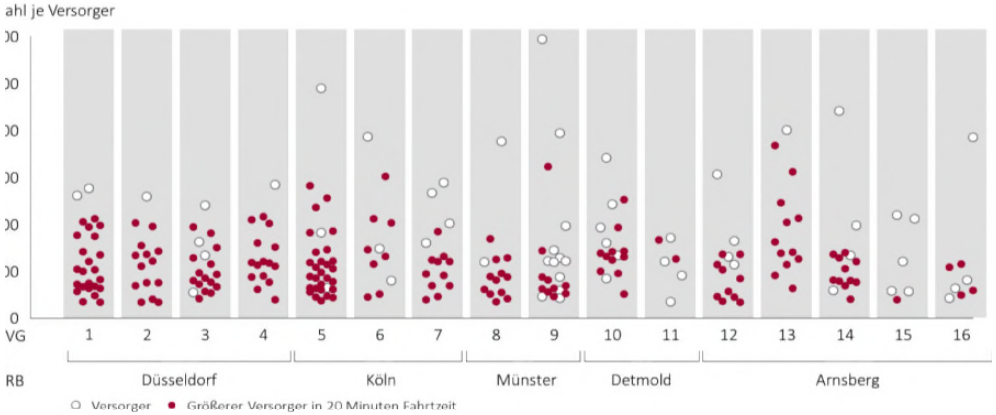
Versorgungsdichte: Fahrtzeiten und Erreichbarkeit definierter Versorger

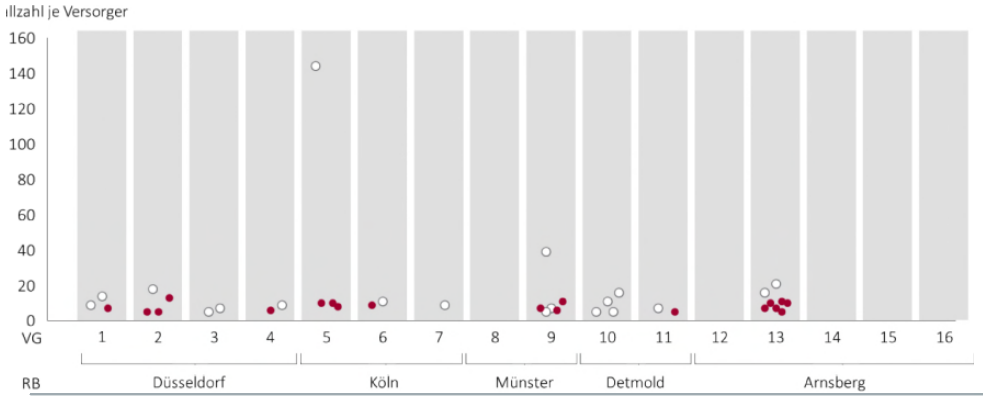


Versorgungsanalyse

… in den Ballungsgebieten kann eine erhöhte Anzahl an Versorgern und Leistungsfragmentierung für beide LG festgestellt werden

Marktkonzentration: Footprint der Versorger sortiert nach Fallzahl je VG





LG Endoprothetik Hüfte

- Insgesamt zeigt sich eine Konzentration der KH auf die VG 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12 und 13
- Vergleichsweise wenige Versorger mit Fallzahlen >350
- Insbesondere die VG 1, 3, 5 und 8 weisen eine Häufung kleiner Versorger in enger geographischer Lagebeziehung auf
- Ggf. wäre eine Selektion über Mindestmengen zu überlegen (s. Qualitätsorientierung)

LG Ösophaguschirurgie

- Häufung überwiegend kleinerer KH mit Fallzahlen gleich oder kleiner als 10 in allen RB
- Nur 2 Versorger mit mehr als 25 Fällen (VG 5, VG 9)
- Generell viele Versorger mit geringen Fallzahlen in NRW vorhanden, z.B. VG 13

Versorgungsanalyse

Als Ergebnis der Einzelanalysen können (starke) Anzeichen von Über- und Unterversorgung bzw. bedarfsgerechte Versorgung identifiziert werden

Ergebnisse der Versorgungsanalyse für die Beispiele LG Endoprothetik Hüfte und Ösophaguschirurgie

- Die endgültige Bewertung der Versorgungssituation wurde standardisiert qualitativ mittels der Ergebnisse der quantitativen Einzelanalysen durchgeführt
- Je nach medizinischer Komplexität der LG, der entsprechend vorzuhaltenden Infrastruktur, der Fallzahl und der Anzahl der KH-Standorte wurde eine andere geografischen Analyseebene gewählt (VG-, RB-, NRW-Ebene)

Versorgungsgebiet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Regierungsbezirk	Düsseldorf				Köln			Münster		Detmold		Arnsberg				
LG Endoprothetik Hüfte	↑	↑	↑	↑	↑	↗	↑	↑	↗	↗	✓	↗	↗	↑	↗	↓
LG Ösophaguschirurgie		↑				↗			↗		↗			✓*		

↑ Starke Anzeichen für Überversorgung
↗ Anzeichen für Überversorgung
✓ Bedarfsgerechte Versorgung
↘ Anzeichen für Unterversorgung
↓ Starke Anzeichen für Unterversorgung

Kernaussagen Versorgungsanalyse

1) Insbesondere für elektive und hoch komplexe Leistungen sind Analysen abgegrenzter Regionen oftmals ungeeignet
2) In weiten Teilen NRWs bestehen für den Großteil der LG (starke) Anzeichen für Überversorgung

* Insgesamt bedarfsgerechte Versorgung bei inhomogener Verteilung

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

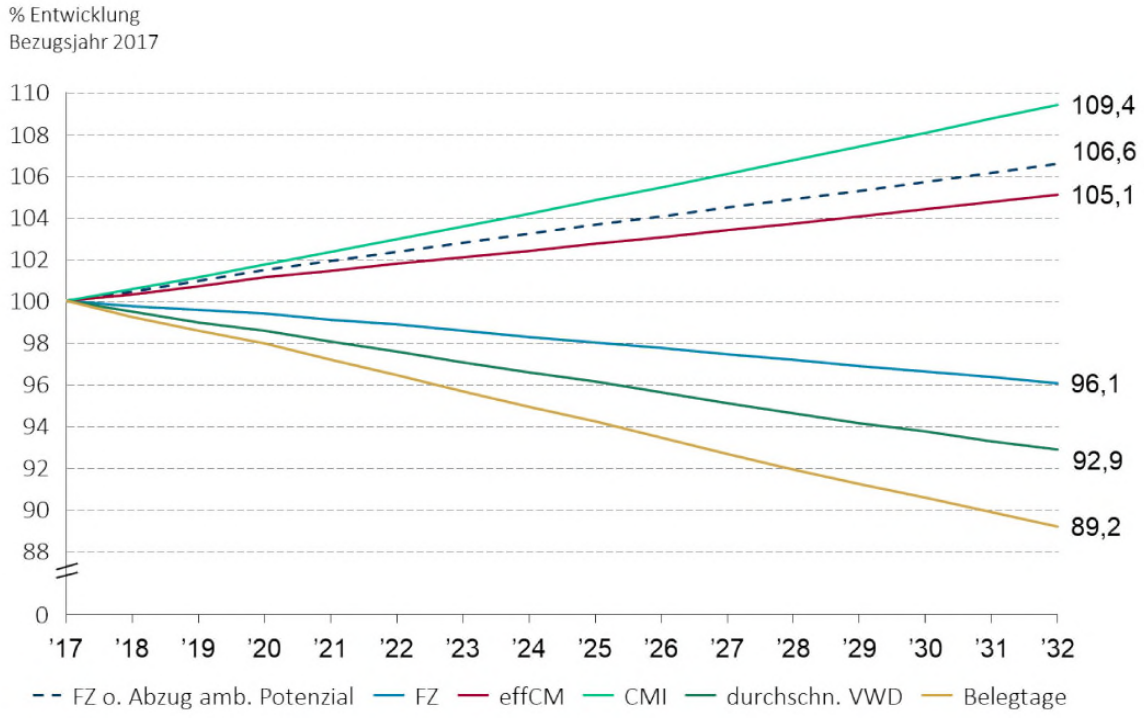
Ausgewählte Ergebnisse aus dem Gutachten

- Leistungsorientierung
- Versorgungsanalyse
- **Bedarfsprognose**
- Qualitätsorientierung

Handlungsempfehlungen

Im LB Bewegungsapparat ist eine unterschiedliche Entwicklung der Kennzahlen bis 2032 zu beobachten

Relevante Kennzahlen im Jahresverlauf (2017 = 100%) bis 2032 – LB Bewegungsapparat



Implikationen:

- Der effektive CM und der CMI steigen im Betrachtungshorizont → zukünftig komplexeres Fallspektrum in der stationären Versorgung
- Erwarteter Fallzahlrückgang unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials
- Die stationären Kapazitäten werden mithilfe der dargestellten Kennzahlen abgeleitet
- Sinkende Fallzahlen, VWD und Belegtage führen zu einem reduzierten Bedarf an stationären Kapazitäten

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Gutachten

- Leistungsorientierung
- Versorgungsanalyse
- Bedarfsprognose
- **Qualitätsorientierung**

Handlungsempfehlungen

Qualitätsorientierung

Qualitätsdimensionen müssen alle Kriterien erfüllen, um zur Krankenhausplanung vollumfänglich geeignet zu sein

Übersicht Bewertung der Qualitätsdimensionen

Kriterium → Dimension ↓	Verknüpfung mit LG	Standardisierte Erhebung	Kontrollmöglichkeit	Methodisch sichere Messbarkeit	Einflussnahme durch KH	Vermeidung Fehlanreize	Geeignet für KH-Planung
Strukturqualität	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Ja
Prozessqualität	!	✓	✓	!	✓	!	Ja (selektiv)
Ergebnisqualität	!	✓	✓	X	!	!	Nein
Mindestmengen	!	✓	✓	✓	✓	!	Ja (selektiv)
Servicequalität	X	✓	✓	!	✓	✓	Nein

X Kriterium wird nicht eingehalten ✓ Kriterium wird eingehalten ! Einhaltung bedingt gewährleistet

* Patient-Experience-Questionnaires (PEQ) der Weissen Liste / Bertelsmann Stiftung

** Es eignen sich nicht alle Dimensionen für alle LG

Agenda

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

Ziele einer neuen Krankenhausplanung

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Gutachten

Handlungsempfehlungen

Übersicht: Wesentliche Handlungsempfehlungen zur Umsetzung einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung in NRW

- Einführung der **leistungsorientierten Planung** (inkl. Einführung LG-Grouper)

- Definition von **Qualitätsvorgaben** je LG

- Herstellung von **Transparenz** durch die Implementierung eines Instruments zur Analyse und Auswertung des Versorgungsgeschehens

- Implementierung einer Plattform zum **Informationsausaustausch für die Selbstangaben**
- Aufbau eines standardisierten und systematischen **Leistungscontrollings**
- Definition der geographischen **Planungsebenen je LB / LG** und Straffung des **Planungsverfahrens**
- Sicherstellung der notwendigen **sachlichen und personellen Ressourcen** für die Krankenhausplanung

- **Verknüpfung von LG** und Investitions-finanzierung sowie **sachgerechtere Verteilung** auf Basis von Investitionsbewertungsrelation

Der Vorschlag zur Krankenhausplanung bietet den Krankenhäusern Chancen zur Profilierung, erfordert aber auch ein Umdenken in den strategischen Prämissen

Transparenz über das Leistungsgeschehen

- Erarbeitung einer klaren, langfristigen Medizinstrategie wird ermöglicht, leistungsstarke Bereiche können identifiziert und gestärkt werden
- Abstimmung der Leistungsanbieter bei Verhandlung der Planungskonzepte wird unterstützt, Regionale Netzwerke können sich etablieren

Planungssicherheit wird gestärkt

- Klar definierte Planungszyklen je LG und langfristige Versorgungsaufträge
- konstantes Wettbewerbsumfeld aufgrund klar abgegrenzter Versorgungsaufträge

Qualität

- Erstmals existiert ein strukturiertes Vorgehen, Wettbewerber mit unzureichender Qualität von der Versorgung bestimmter Leistungen auszuschließen
- Qualitätsorientierung regt interne Verbesserungsprozesse in jedem Haus an und unterstützt so die Leistungserbringer bei der Fokussierung auf den Patientennutzen

Ökonomie

- Qualitätsorientierte Leistungsumverteilung führt zur Realisierung von Skalenerträgen
- Vorhandene Investitionsmittel werden zielgerichteter verteilt

---

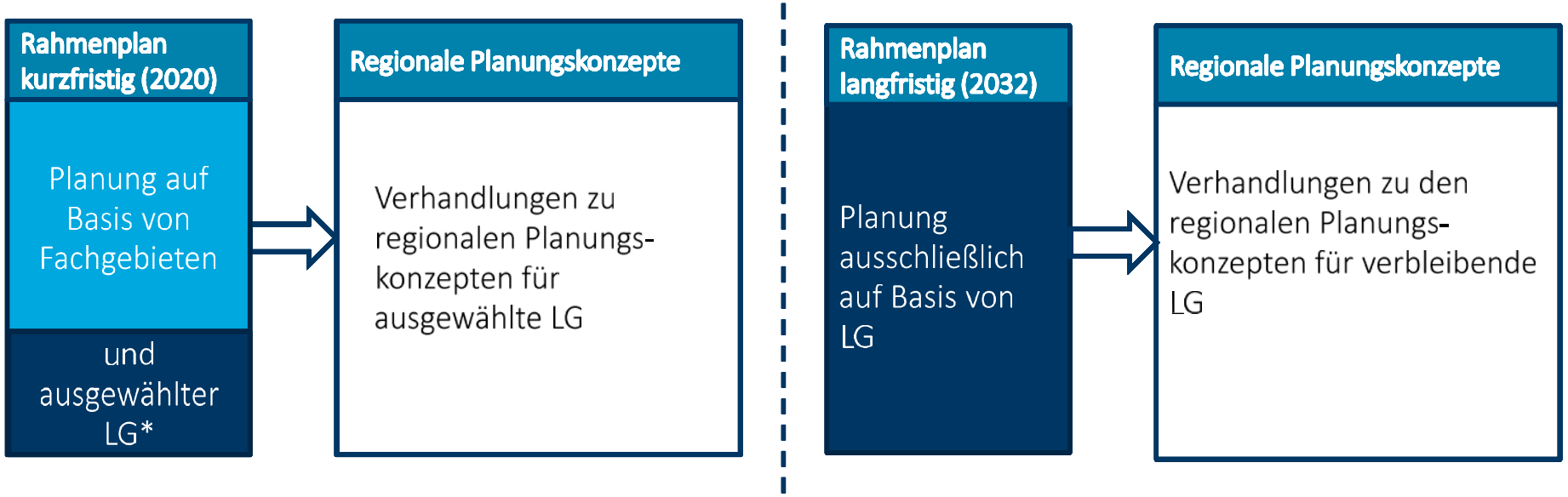
Herausforderungen

- Change Management: Planungsansatz und –prozess benötigt aktive Mitarbeit aller Krankenhäuser und deren Träger
- Erschwerte Marktpositionierung für einzelne Leistungserbringer bei hoher Redundanz der Angebote in urbanen Räumen

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

Dr. med. Dipl.-Wirtsch.-Ing Jens Peukert

Unter der Prämisse eines finalen Rahmenplans bis Ende 2019 ist nur eine sukzessive Einführung des neuen Planungsansatzes zu realisieren

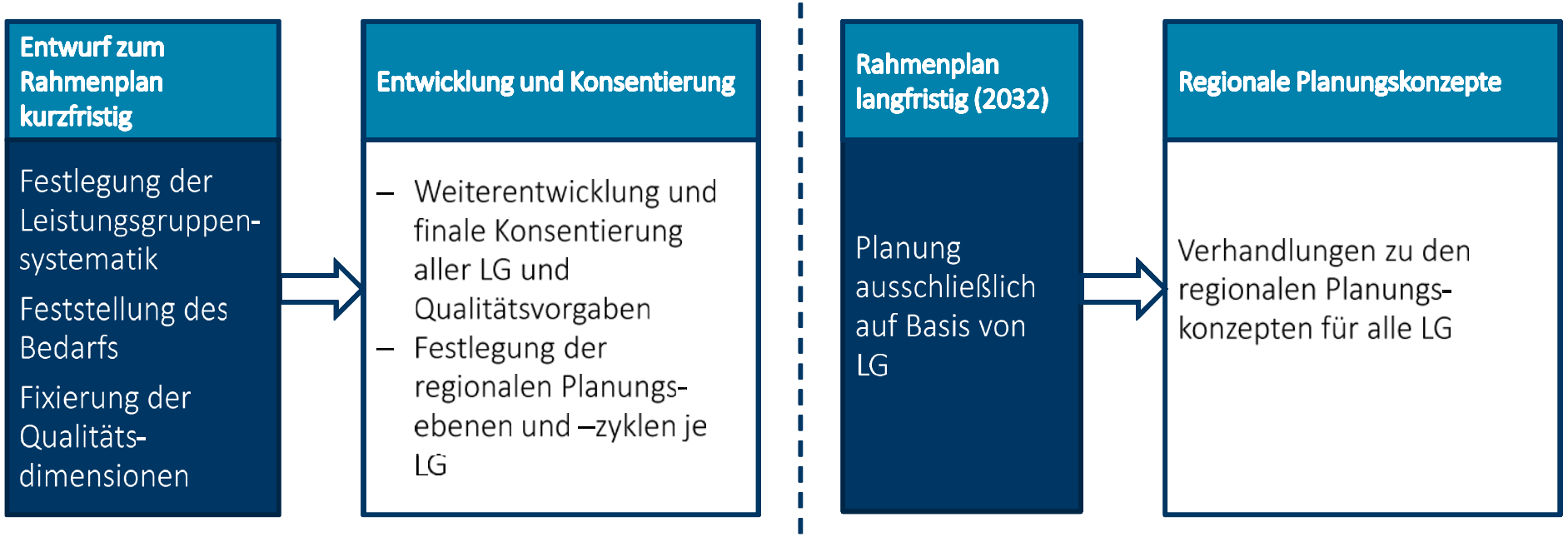


Vorteile gegenüber umfassender Einführung

- Zügiger Einstieg in die Leistungsgruppensystematik möglich
- Lerneffekt durch kontinuierliche Ausweitung

* Ausschluss einzelner LG über den §16 Abs. 1 S. 2 KHGG NRW

Alternative: Umfassende Einführung der leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenausplanung



Vorteile gegenüber sukzessiver Einführung

- Keine Parallelität zweier Planungs-/Leistungssystematiken
- Medizinisch-hierarchischer Aufbau der LB und LG besser abbildbar

MAGS Stand: 1. Oktober 2019

Rede

des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Karl-Josef Laumann

Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes NRW für das Haushaltsjahr 2020

Einführung in den Einzelplan 11

für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02. Oktober 2019.

Es gilt das gesprochene Wort!

Anrede,

zunächst einmal möchte ich Ihnen sagen, dass es mir große Freude macht, als Minister eines starken MAGS dafür zu sorgen,
- dass Menschen, die Hilfe brauchen nicht alleine gelassen werden
- dass Menschen berufliche Perspektiven haben,
- das wir bezahlbare, gute Pflege sicherstellen
- und dass wir daran arbeiten, dass die Menschen die Rahmenbedingungen vorfinden, um gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Das zeigt sich auch klar im Haushaltsentwurf 2020 des MAGS, den ich Ihnen heute hier vorstellen möchte. Mit dem Entwurf stellen wir zielgerichtet die nötigen Investitionen und Ausgaben sicher, die unser Land in den Bereichen Arbeit, Gesundheit und Soziales braucht. Auch 2020 gilt: Die Mittel sollen die Menschen direkt erreichen, um ihnen effektiv und unmittelbar zu helfen. Zugleich halten wir Maß und Mitte. Sprich: Wir bürden den folgenden Generationen keine weiteren Lasten auf und halten die gesetzlich verankerte Schuldenbremse ein. Kurzum: Wir setzen die solide, verlässliche und wirksame Finanzpolitik der NRW-Koalition fort.

Einzelplan 11

Der Haushalt des MAGS hat ein Gesamtvolumen von rd. **6,34 Mrd. €**. Das sind gegenüber 2019 rd. 51 Mio. € weniger.
Gleichzeitig steigern wir für die Schwerpunkte in 2020 die Ausgaben für die **Krankenhausförderung** um 39,4 Mio. € und für die **Pflege** um 15,1 Mio. €.
Diese Steigerungen bei gleichzeitiger Konsolidierung des Gesamtetats führen aber nicht zu Streichungen im Bereich des Leistungsangebotes. Bereits eingeplante und bekannte Veränderungen führen zu diesem Effekt. Als Beispiel führe ich hier den Entfall des einmaligen Budgets in Höhe von 50 Mio. € in 2019 für die Integration von jungen Flüchtlingen in Ausbildung und Arbeit an.

Arbeit

Langzeitarbeitslosigkeit, die Zukunft der beruflichen Ausbildung und die Fachkräftesicherung, die Einhaltung fairer Arbeitsbedingungen, die Digitalisierung und die Transformation in den Unternehmen sowie die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund sind aktuell zentrale Herausforderungen der Arbeitsmarktpolitik. Diese wollen wir zusammen mit unseren Partnern aktiv bewältigen und mit den vorhandenen Mitteln aus Landeshaushalt und ESF das Beste für den Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen ermöglichen:

Wir wollen mit unseren Partnern weiter darauf hinarbeiten, dass kein Jugendlicher ohne Ausbildung oder Studium bleibt. Deshalb stehen für die Landesinitiative **Kein Abschluss ohne Anschluss** weiterhin **14 Mio.€** aus Landesmitteln zur Verfügung. Außerdem stellen wir für **Werkstattjahr** und **Ausbildungsprogramm** über **20 Mio. €** (ESF) bereit. Beide verbessern die Chancen junger Menschen, die entweder nicht ausbildungsreif sind oder aufgrund von Vermittlungshemmnissen keinen Ausbildungsplatz finden.

Ein Kraftakt war für uns die Weiterfinanzierung der bundesgeförderten **Berufseinstiegsbegleitung**. Wir wollen aber das starke Förderinstrument für Jugendliche mit schlechteren Startchancen erhalten. Das ist uns gelungen. Ich freue mich, dass wir die Vereinbarung mit der Bundesagentur für Arbeit nun unter Dach und Fach haben.
Das Vergabeverfahren läuft an und wir werden die Berufseinstiegsbegleitung NRW mit **mehr als 20 Mio. €** einmalig aus ESF-Mitteln fördern.
Das Förderprogramm **„Teilzeitberufsausbildung – Einstieg begleiten- Perspektiven öffnen“ (kurz TEP)** unterstützt Menschen ohne berufliche Ausbildung, die Verantwortung in Erziehung oder Pflege tragen. Oft sind das alleinerziehende Mütter, denen Unterstützung fehlt, um ihre Ausbildung in Teilzeit erfolgreich abzuschließen. 2020 werden dafür rd. **2,8 Mio. €** aus dem ESF zur Verfügung gestellt.

Aus dem Landeshaushalt fördern wir den **Bau und die Ausstattung der über 120 überbetrieblichen Bildungsstätten** von Handwerk, Industrie und Landwirtschaft im Rahmen des Modernisierungspaktes Berufliche Bildung, den wir in diesem Jahr unter Dach und Fach bringen konnten.
Im Jahr 2020 werden wieder **8 Mio. €** zur Verfügung stehen.

Die erfolgreichen Programme für die **Teilhabe von Menschen mit Behinderungen** werden wir wie bisher weiter fördern:

- Für betriebliche Ausbildungen von Jugendlichen mit Behinderungen in der „**Aktion 100**“ stellen wir **rd. 2 Mio. €** aus dem ESF bereit. In 13 Jahren wurden dort über 1.430 zusätzliche Ausbildungschancen in rd. 1.250 Unternehmen ermöglicht.
- Für das Landesprogramm „**Integration unternehmen!**“ zur Schaffung neuer sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung werden rd. **2,5 Mio. €** bereitgestellt. Seit 2008 wurden dadurch rd. 1.700 Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung gefördert.

Das **Teilhabechancengesetz**, dass zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist und für das ich mich nicht nur auf Bundesebene stark gemacht habe, bietet Langzeitarbeitslosen Möglichkeiten der Teilhabe durch Erwerbsarbeit.

Es überführt viele Ansätze, die mit Landes- und ESF-Mitteln erprobt und entwickelt wurden, in ein neues Regelinstrument. Die Zahlen zeigen, dass d**ie neue Förderung von den Arbeitgebern sehr gut angenommen wird**.

In 2020 erhalten die Jobcenter in Nordrhein-Westfalen nochmals mehr Mittel für die Eingliederung von Langzeitarbeitslosen. Auf Bundesebene ist es auch gelungen, endlich die Voraussetzungen für den **Passiv-Aktiv-Transfer** zu schaffen. Auf Bundesebene stehen im Jahr 2020 insgesamt **700 Mio. €** zur Verfügung. **Ich erhoffe mir, dass ein großer Teil von den Jobcentern in Nordrhein-Westfalen in Anspruch genommen wird.**
Hinsichtlich der **Refinanzierung der Kosten der Grundsicherung** für Arbeitsuchende bei den 53 kommunalen Grundsicherungsträgern - wir reden über ein Gesamtkostenvolumen von jährlich über **4 Mrd. € alleine für unsere Kommunen** - kommt es darauf an, auch im Jahr 2020 die kommunalscharfe Verteilung einer möglichst 100%-igen Beteiligung des Bundes an den **flüchtlingsbedingten Unterkunftskosten** zu ermöglichen: Immerhin **machen sie annähernd 10 % der Gesamtkosten aus**.

Wie Sie wissen, hat sich Nordrhein-Westfalen vehement für eine Fortführung der vollständigen Entlastung der Kommunen durch den Bund eingesetzt.

Am 6. Juni 2019 wurde insoweit Einigkeit über die Fortführung der Entlastung der Kommunen aufgrund von Kosten für anerkannte Asyl- und Schutzberechtigte durch den Bund auch für die Jahre 2020 und 2021 erzielt. Für die rechtzeitige bundesgesetzliche Umsetzung ist allerdings Eile geboten.

Ein weiterer Schwerpunkt in Bezug auf Digitalisierung und Fachkräftesicherung ist für uns das Thema „**Qualifizierung**“. **Der Bildungsscheck NRW, die Potentialberatung, die Beratung zur beruflichen Entwicklung** und die **Fachberatung zur Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen** flankieren diese Anstrengungen.

Hierfür stellen wir rund **19 Mio. €** zur Verfügung. Zugleich sind wir mit der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit in kontinuierlichen Gesprächen, um deren Aktivitäten zur Weiterbildungsberatung und -förderung eng zu begleiten und unsere Initiativen zu verzahnen. Hier arbeiten wir auch weiter an der Förderung und Weiterentwicklung der beruflichen **Teilqualifizierung**.

Arbeitsschutz und Strahlenschutz

Beim Thema Arbeitsschutz: Mit diesem Haushalt und vor allem mit der Ausrichtung unserer Arbeit und der Arbeit der Bezirksregierungen machen wir in diesem Jahr ernst mit meiner Ansage: Wir wollen den Arbeitsschutz stärken.

Im Jahr 2018 haben wir insgesamt 50 neue Anwärter in unsere Ausbildung aufgenommen. Die werden jetzt am Ende dieses Jahres ihre Ausbildung abschließen und sie werden dringend erwartet. Mit dem Haushalt schaffen wir die Basis dafür, dass wir sie alle wie zugesagt auch in ein festes Anstellungsverhältnis übernehmen können.

Damit können wir zumindest einen Teil der vielen neuen gesetzlichen Aufgaben, die vom Bund in den letzten Jahren in den Bereichen Mutterschutzgesetz, Sprengstoff- und Chemikalienrecht oder auch Strahlenschutzrecht auf die Länder übertragen wurden, aufgefangen werden.

Ich mache aber keinen Hehl daraus: Auch mit diesen 50 neuen Beschäftigten ist unser Arbeitsschutz noch nicht wieder so für die Zukunft aufgestellt, wie ich mir das vorstelle. Wir planen daher auch für die nächsten Monate neue Ausbildungskurse und wollen die Zahl perspektivisch weiter aufstocken.

Trotz der schwierigen Personalsituation haben wir aber auch so in NRW schon einiges auf den Weg gebracht. Was mir besonders wichtig ist: Wir gehen als Arbeitsschutz dahin, wo Beschäftigte strukturell von Ausbeutung und prekärer Arbeit bedroht sind.

So haben wir Ende letzten Jahres zum zweiten Mal eine Kontrollaktion bei den Paketdiensten durchgeführt. Dass hier einiges im Argen liegt, hat der Bund ja jetzt auch erkannt. Dann haben wir uns die Pflege und zuletzt die Fleischindustrie angeschaut.

Grundsätzlich bin ich sehr davon überzeugt davon, dass vor allem die Arbeitgeber die Verantwortung für den Arbeitsschutz tragen und viele sich dieser Verantwortung schon im eigenen Interesse an qualifizierten Fachkräften bewusst sind.
Da, wo aber etwas schiefläuft, sage ich Ihnen: Wir schauen hin!
An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich den engagierten Arbeitsschutzkolleginnen und -kollegen bei den Bezirksregierungen für ihre wichtige Arbeit danken.

Ein weiterer Punkt ist, dass wir für das Land die Koordinierung für ein weiteres wichtiges Thema in diesem Bereich übernommen haben: Das neue Strahlenschutzgesetz mit z. B. der Radon-Vorsorge und dem Notfallmanagement. Damit wir diese Aufgabe fachkundig erfüllen können, werden wir mehr Personal brauchen und werden beim LIA eine Kompetenzstelle für Strahlenschutzfragen aufbauen.

Gesundheit

KH-Planung und -Finanzierung im HH-Jahr 2020

Ich möchte, dass die Bürgerinnen und Bürger in NRW bestmöglich mit leistungsfähigen Krankenhausstrukturen versorgt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden wir die Krankenhausplanung neu ausrichten. Die beste Planung funktioniert aber auch nur mit der nötigen Finanzierung.

Im Jahr 2020 stehen den Krankenhäusern für die Investitionskostenförderung und Einzelförderung insgesamt 39,36 Mio. € mehr Mittel als im Vorjahr zur Verfügung.

Hinzu kommt der Krankenhausstrukturfonds. Dem Land NRW stehen von 2019 bis 2022 jährlich rund 105 Mio. € an Bundesmitteln für strukturverbessernde Maßnahmen zur Verfügung. Das Land NRW muss die Ko-Finanzierung gewährleisten. Um es noch einmal klar zu sagen: Ohne diese Ko-Finanzierung gäbe es auch keine Bundesmittel.

Und jeder Euro an Bundesmitteln, der nach NRW fließt, ist ein guter Euro. Darum stellen wir hier als Land 95 Mio. € jährlich zur Verfügung.

In 2020 bildet die Krankenhausförderung mit Gesamtausgaben von rund 760,6 Mio. € einen ganz zentralen finanziellen Schwerpunkt meines Ressorts.

Trotz dieser immensen Summen ist mir aber auch klar: Unsere Krankenhäuser benötigen in Wahrheit noch mehr Geld. Das ist allen, die sich mit der Materie auskennen, klar. Darüber sind wir uns sicherlich auch alle einig. Darum hoffe ich, dass wir mittelfristig noch mehr Geld investieren können.

Hausarztaktionsprogramm / HAP

Das Hausarztaktionsprogramm ist ein fester und sehr erfolgreicher Bestandteil in den Aktivitäten des Landes, wenn es darum geht, ergänzend zu den Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen einen Beitrag zur Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen und kleineren Kommunen zu leisten. Für Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen und hausärztlichen Versorgung stehen in 2020 insgesamt 2,5 Mio. € zur Verfügung. Das HAP wirkt präventiv und zielt auf die Altersstruktur der Hausärzteschaft vor Ort ab.

Aufgrund der ungünstigen Altersstruktur der Hausärzteschaft insgesamt und des gleichzeitig hohen Bedarfs an wohnortnaher hausärztlicher Versorgung ist klar, dass das HAP langfristig gebraucht wird.

Landarztquote

Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich entschlossen, als erstes Bundesland eine Landarztquote einzuführen und damit neue Wege zu gehen, um der drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen entgegen zu wirken. Bundesweit nimmt Nordrhein-Westfalen hier eine Vorreiterrolle ein.

Zum aktuellen Stand: Die erste Bewerbungsphase im Rahmen der Landarztquote ist abgeschlossen. Vom 31. März bis 30. April 2019 konnten sich Interessierte auf einen der 145 für das Wintersemester 2019 / 2020 zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze bewerben.

Das vom verantwortlichen Landeszentrum Gesundheit (LZG) erstmalig durchgeführte Auswahlverfahren ist auf großes Interesse gestoßen. Es sind mehr als 1.300 Bewerbungen eingegangen. Am 01. September ist das Bewerbungsverfahren für das Sommersemester 2020 gestartet. Interessierte Bewerber können sich bis Ende September 2019 auf weitere 25 Studienplätze im Fach Humanmedizin im Rahmen der Landarztquote bewerben.

Der hohe Zuspruch zeigt einmal mehr: Auch mit der Landarztquote haben wir als Land den „Nerv der Zeit“ getroffen. Auf einen Studienplatz kommen im ersten Bewerbungsverfahren neun Bewerbungen!

Das große Interesse an der Landarztquote zeigt: Es gibt viele, die sich gut vorstellen können, später als Hausärztin oder Hausarzt auf dem Land tätig zu werden. Der erste Schritt dazu ist nun gemacht."

Virtuelles Krankenhaus:

Die Digitalisierung ist ein starker Treiber von innovativen Versorgungsstrukturen und gleichzeitig eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren. Anstelle zahlreicher befristeter Einzelprojekte möchten wir eine flächendeckende, strukturierte telemedizinische Versorgungslandschaft in der Regelversorgung erreichen.

Mit dem Aufbau des virtuellen Krankenhauses wird sichergestellt, dass die fachärztliche Expertise der im Land verteilten medizinischen Spitzenzentren über telemedizinische Netzwerke für alle Menschen in Nordrhein-Westfalen gleichermaßen verfügbar sein wird. Fehlt in einem Krankenhaus oder in einer Arztpraxis eine spezielle Expertise, kann das entsprechende Zentrum „per Mausklick" kontaktiert werden.

Die Pilotphase des virtuellen Krankenhauses soll im Frühjahr 2020 starten. In der ersten Aufbauphase stehen **bis zu 2 Mio. €** pro Jahr zur Verfügung.

NRW-Impfkampagne „Impfcheck NRW – Jetzt Impfschutz prüfen!“

Im Koalitionsvertrag dieser Landesregierung haben wir auch das Impfen verankert. Wir haben den „Aktionsplan Impfen“ entwickelt, dessen erster Baustein eine öffentlichkeitswirksame Werbekampagne ist, die vor wenigen Tagen landesweit startete.

Weitere Maßnahmen werden noch in diesem Jahr folgen. Dazu gehören das Befragen von Erziehungsberechtigten, um die Einstellung zum Impfen zu erfahren und dabei insbesondere die Gründe für die Impfverweigerung. Und selbstverständlich auch wissenschaftliche Analysen sowie die verbesserte Ausstattung der Gesundheitsämter bei aufsuchenden Impf-Angeboten. Wir werden diese Aktion auch in 2020 fortsetzen.

Clearingstellen für Menschen ohne oder ohne geklärten Krankenversicherungsschutz

Darüber hinaus werden wir die im Jahr 2016 eingerichteten fünf Clearingstellen (bis Sept. 2022 insg. rd. 2,58 Mio. €) weiter fördern.

Die 2. Förderphase ist an die Bedingung geknüpft, auch Einrichtungen bzw. Kommunen aus dem Umland zu beraten; damit wird das komplexe Fachwissen weitergetragen, so dass möglichst viele Menschen in das Regelsystem übergeleitet werden können.

Kinderschutz

Wir brauchen einen umfassenden Kinderschutz. Denn wir als Staat und Gesellschaft haben eine besondere Pflicht, diejenigen zu schützen, die sich noch nicht selbst schützen können. Seit April fördern wir daher (zunächst bis 2022) das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen, das die Akteure im Gesundheitswesen bei der Diagnostik, der Sicherung von Befunden, der Handlungs- und Rechtssicherheit sowie der Qualifizierung unterstützt und berät. Gleichzeitig fördern wir vor Ort (zzt. 13) Kinderschutzambulanzen; sie sind wichtiger Baustein im Hilfesystem zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erlebt haben. Dies soll selbstverständlich auch 2020 fortgesetzt werden. Der Entwurf des Landeshaushalts für das Jahr 2020 sieht insgesamt im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitshilfe für Maßnahmen des Kinderschutzes 1,8 Mio. € vor.

Versorgung von Kindern mit Diabetes

Im Zusammenhang mit der besseren Versorgung von Kindern mit Diabetes Typ-1 in KiTa und Schule haben wir ein Handlungskonzept erarbeitet sowie einen „Runden Tisch“ eingerichtet. Noch in diesem Jahr wird im ersten Schritt ein landesweites Schulungsangebot aufgebaut. Die Aktivitäten sollen auch in 2020 fortgesetzt werden.

Soziales

Kernziel unserer Sozialpolitik ist eine **sozial gerechte und inklusive Gesellschaft**. Zur Vermeidung von **Armut und sozialer Ausgrenzung** stellt das MAGS über den Projektaufruf **„Zusammen im Quartier - Kinder stärken - Zukunft sichern“** jährlich bis zu **8 Mio. €** zur Verfügung. Sie werden vordringlich für bedürftige Kinder und Familien in solchen Stadtteilen eingesetzt, die eine hohe SGB II-Quote haben. Das Interesse an Fördermitteln für Maßnahmen, die zeitnah, pragmatisch und unmittelbar vor Ort die Lebenssituation von bedürftigen und benachteiligten Kindern und ihren Familien verbessern und Teilhabe ermöglichen, ist weiterhin groß. Es wurden über 160 Anträge auf Förderung gestellt und rund 140 Anträge bewilligt.

Die **Bekämpfung der Wohnungslosigkeit** in Nordrhein-Westfalen ist ein weiteres zentrales politisches Anliegen der Landesregierung. Dies spiegelt sich unter anderem darin wider, dass der Landtag in diesem Jahr die Haushaltsmittel für den Wohnungslosenbereich um 3 Mio. € auf 4,8 Mio. € aufgestockt hat. Damit dieses Geld auch bei den Menschen ankommt, die dringend Hilfe und Unterstützung brauchen, haben wir Ende Juni 2019 die **Landesinitiative „Endlich ein Zuhause!“** auf den Weg gebracht.

Dazu haben wir verschiedene Bausteine zur Bekämpfung von Wohnungslosigkeit gebündelt. Dass die Initiative breit gefächert ist und gleich mehrere wichtige Ansätze verfolgt, können Sie auch daran sehen, dass sie in meinem Ministerium abteilungsübergreifend verankert ist. Im Haushaltsentwurf finden sich darunter deshalb auch Maßnahmen für das Gesundheitswesen (Titel 11 080). Wir werden die niedrigschwellige Suchtberatung für Menschen in kritischen Wohnsituationen und Obdachlosigkeit ausbauen. Zugleich ermöglichen wir eine bessere Zusammenarbeit von Suchtberatung und Wohnungslosenhilfe, da viele Betroffene die Unterstützung beider Bereiche benötigen. Dafür werden 2 Mio. € bereitgestellt.

Darüber hinaus werden wir Finanzierungspartner des bestehenden Umsetzungskonzeptes und fördern den weiteren Aus- und Aufbau von Angeboten zur medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen (350 000 €).

Ein weiteres wichtiges Thema: Die Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben für Menschen mit Behinderungen (KSL) haben sich zu einem wichtigen Inklusionsmotor in den Regionen entwickelt. Wesentliches Merkmal der Kompetenzzentren ist, dass dort etwa 60 Prozent der Beschäftigten selbst Menschen mit Behinderungen sind.

Auch 2020 werden wir die erfolgreiche Arbeit der Kompetenzzentren für Menschen mit Behinderungen aus Mitteln des ESF finanzieren (jährlich rund 2,85 Mio. €, davon 20 % Landesmittel und 80 % ESF). Inklusion muss vor Ort und bei den Menschen sichtbarer werden. Wir werden daher 2020 einen Fonds (Inklusionsfonds) auflegen, um vor Ort niedrigschwellig Maßnahmen und Initiativen, die Inklusion sichtbar und erlebbar machen, zu fördern.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege erhalten wie bisher 6,1 Mio. € im Rahmen einer Zuwendungsvereinbarung und weitere 24,18 Mio. € aus Konzessionseinnahmen.

Für die Agentur Barrierefrei Nordrhein-Westfalen und das Inklusionskataster stehen in 2020 1,5 Mio. € zur Verfügung. 2020 beträgt der zwischen den Errichtern der Stiftung Anerkennung und Hilfe vereinbarte satzungsgemäße Anteil des Landes für die Fortführung dieser wichtigen Arbeit 2,05 Mio. €.

Im Rahmen der Erstattung der Fahrgeldausfälle stellt das Land im öffentlichen Nahverkehr in Nordrhein-Westfalen rd. 94 Mio. € zur Sicherung der Mobilität behinderter Menschen zur Verfügung.

Pflege

Nicht nur die Umsetzung der Pflegeberufereform, sondern auch die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl an ausgebildeten Fach- und Assistenzkräften sowie die Stärkung der Professionen sind wichtige Anliegen der Landesregierung.
Dementsprechend wird im Haushaltsentwurf ein deutlicher Aufwuchs der HH-Mittel in diesem Bereich vorgeschlagen.

Umsetzung generalistischen Ausbildung

Die neue, generalistische Ausbildung in der Pflege bringt auch eine neue Finanzierungsstruktur mit sich. Auch das Land als gesetzlicher Kostenträger zahlt in einen neu aufzubauenden Ausbildungsfonds ein. Die erforderlichen Budgetverhandlungen zwischen Kosten- und Leistungsträgern sind nun vor kurzem in Nordrhein-Westfalen erfolgreich abgeschlossen worden:
Wir haben uns auf einen Gesamtbetrag von 15.350 € (Pflegeschule: 7.350 €, Träger der praktischen Ausbildung: 8.000 €) jährlich pro Schüler für das Jahr 2020 geeinigt. In der Vollumsetzung bedeutet das einen Gesamtumfang des Ausgleichsfonds in Nordrhein-Westfalen von bis zu 1,3 Mrd. € jährlich. Das Land ist mit rund 9 % beteiligt.

Investitionskostenförderung an Pflegeschulen

Nordrhein-Westfalen braucht tragfähige Strukturen für eine moderne, zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflegeausbildung.

Die erforderlichen Rahmenbedingungen an den Schulen sind mit dem Abschluss der Pauschalverhandlungen geschaffen worden. Durch den Einbezug der Schulen für die Gesundheitsfachberufe in den Digitalpakt Schule können auch die Pflegeschulen in die digitale Ausstattung investieren. Darüber hinaus gilt es vordringlich neue und attraktive Ausbildungsplätze zu schaffen. Die ausgewiesenen Mittel in Höhe von 7 Mio. € dienen der Förderung von Investitionskosten mit Beginn der neuen Pflegeberufeausbildung ab 2020 im Bereich der ehemaligen Altenpflegeschulen. Sie sind in der Titelgruppe 93 veranschlagt.

Einführung einer generalistischen Pflegeassistenzausbildung

Wie bereits im Koalitionsvertrag für Nordrhein-Westfalen beschlossen, werden die beiden landesrechtlich geregelten einjährigen Ausbildungen in der Altenpflegehilfe und der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz zu einer generalistischen Pflegeassistenzausbildung zusammengeführt. Für die neue Assistenzausbildung sollen 3,3 Mio. € in 2020 zur Verfügung gestellt werden. Mit der Einführung der generalistischen Pflegeassistenzausbildung wird für viele geeignete und motivierte Interessentinnen und Interessenten der Einstieg in die pflegeberufliche Bildung eröffnet.

Die Erhöhung der Haushaltsmittel dient zur dauerhaften Erhöhung der Schulkostenförderung, ob wir darüber hinaus eine weitere Erweiterung der Platzzahlen vornehmen müssen, ist noch nicht absehbar.

Errichtung Pflegekammer

Sie wissen, die Stärkung der Profession der Pflege ist mir ein großes Anliegen. Darum hat mich die klare Entscheidung der Pflegefachkräfte für die Errichtung der Pflegekammer sehr gefreut. Wir arbeiten daran, die gesetzliche Grundlage zu schaffen.

Die Verbände der Pflege haben wir dazu bereits angehört. Sie haben wertvolle Hinweise gegeben. Diese werten wir jetzt aus.

Es ist wichtig, dass eine starke Pflegekammer schuldenfrei starten kann. Darum gewähren wir eine Anschubfinanzierung von 5 Mio. € über 3 Jahre für die „Erstausstattung".

Einstieg in die Schulgeldfreiheit

Neben einer Stärkung der Pflege erfordert der demographische Wandel auch deutlich mehr gut ausgebildete Fachkräfte in den Gesundheitsfachberufen.

Ein Schulgeld, dass die Schüler zahlen müssen, darf keine Barriere bei der Berufswahl mehr darstellen. Seit dem 1. September 2018 fördert das Land daher die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen zu 70 Prozent.

Dafür stellt das Land 26,1 Mio. € zur Verfügung. Damit werden mehr als 7.000 Schülerinnen und Schüler erreicht und auch im Jahr 2020 weitere für die Ausbildung gewonnen.

Gesellschaftliche Teilhabe im Alter

Insbesondere bei alleinlebenden Menschen im höheren Alter sind wegen Pflegebedürftigkeit oder Gebrechlichkeit die Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben häufig begrenzt. Die Erhaltung der sozialen Bezüge und Selbstständigkeit im Lebensalltag sind jedoch sehr wichtig, um ein möglichst langes selbstbestimmtes und zufriedenes Leben in der gewohnten Umgebung führen zu können.

Darum wollen wir, dass sich Pflegeeinrichtungen mit ihren professionellen Begleitungs- und Unterstützungsangeboten stärker für die Menschen in der Nachbarschaft öffnen.

Mit dem Förderprogramm „Miteinander und nicht allein“ wollen wir Pflegeeinrichtungen bei diesem Weg unterstützen und sie zu wichtigen Ankerpunkten im Quartier machen.

Wir fördern bis zu 60 Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und stellen dafür jährlich bis zu 3 Mio. € bereit.

Förderung von Strukturen

Zur sozialen Teilhabe älterer Menschen unterstützen wir bereits Strukturen und Organisationen wie die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen, die Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros oder das Forum Seniorenarbeit.

Diese Förderungen werden selbstverständlich auch 2020 fortgeführt.

Die Neuausrichtung des **Pflegewegweisers** und der Start der neuen **Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz** (2020: rd. 2,2 Mio. €) sind weitgehend abgeschlossen, beide Projekte haben Mitte 2019 ihre Arbeit aufgenommen und werden 2020 unter Beteiligung der Landesverbände der Pflegekassen NRW und der privaten Krankenversicherung fortgeführt.

Die Regionalbüros leisten auch beim Ausbau der niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Nordrhein-Westfalen einen wichtigen Beitrag. Diese Dienstleistungen werden gerade durch die Menschen, die mit geringen Pflegegraden zu Hause leben nachgefragt.

Digitalisierung

Die möglichen Angebote werden in einem neu gestalteten Angebotsfinder veröffentlicht und für jeder verfügbar gemacht. Dadurch werden passende Angebote im räumlichen Umfeld gefunden. Der sogenannte Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung kann dafür genutzt werden.

Übrigens, auch in dem wichtigen Gestaltungsfeld „Selbstbestimmung im Alter“ nutzen wir die Chancen der Digitalisierung: Gerade startet ein Projekt, mit dem wir die landesweit rund 130 Wohnberatungsstellen fit machen wollen für die „digitale“ Beratung.

Seniorinnen und Senioren, die ihren Wohnraum altersgerecht anpassen und dazu mit technischen Assistenzsystemen ausrüsten wollen, sollen sich hierbei auf eine fundierte und unabhängige Beratung verlassen können. Die durchschnittlich rund 220.000 € jährlich für das Projekt sind gut eingesetztes Geld.

Mehrdad Mostofizadeh MdL
Sprecher für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Sprecher für Kommunalpolitik
Stellv. Fraktionsvorsitzender GRÜNE Fraktion

Landtag NRW • Mehrdad Mostofizadeh • Postfach 10 11 43 • 40002 Düsseldorf

An die
Vorsitzende des Ausschusses für
Arbeit, Gesundheit und Soziales
Heike Gebhard MdL

Platz des Landtags 1
D-40221 Düsseldorf
Telefon: (0211) 884-2037
Fax: (0211) 884-3520
E-Mail: mehrdad.mostofizadeh@landtag.nrw.de

Düsseldorf, 16.12.2019

Berichtsanforderung
zur aktuellen beruflichen Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderung

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

für die nächste Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 4. September 2019 beantragen wir einen schriftlichen Bericht zur beruflichen Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderung.

Art. 6 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) anerkennt, dass Frauen mit Behinderung einer mehrfachen Diskriminierung ausgesetzt sind, die ihnen den Zugang zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt erschweren. Die Vertragsstaaten verpflichten sich mit ihrer Unterschrift somit zur Förderung und Stärkung der Frauen, damit diese ihre Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben können.

Die Landesregierung NRW erarbeitete den Aktionsplan der Landesregierung Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, in denen Frauen und Mädchen mit Behinderung gesondert benannt werden. Darin heißt es: „Unterstützung der Querschnittsaufgabe, gendergerechte Rahmenbedingungen für die Teilhabe am Arbeitsleben zu schaffen, um insbesondere der Benachteiligung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen am Arbeitsmarkt entgegen zu wirken.“[1]

Dennoch ist der Zugang von Frauen und Mädchen mit Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt mit besonders hohen Hürden verbunden, obwohl auch ihnen gemäß Art. 27 der UN-BRK das Recht zusteht, ihren Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen. Laut Bundesteilhabebericht 2016 sind es sogar nur 37% der Frauen mit Behinderung, die ihren Lebensunterhalt hauptsächlich aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten.[2]. Ein großer Anteil der Frauen mit Behinderung ist zudem laut dem Netzwerk-Büro Frauen und Mädchen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung NRW in Minijobs oder unterbezahlten Arbeitsverhältnissen beschäftigt[3] Damit sind die betroffenen Frauen auf dem Arbeitsmarkt das

[1] https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/121115_endfassung_nrw-inklusiv.pdf
[2] https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=9
[3] https://www.netzwerk-nrw.de/tl_files/material/PDF/2016-05-09_netzwerkbuero_stellungnahme2%20(2).pdf

Schlusslicht: Sie sind schlechter gestellt als Frauen und Männer ohne Behinderung, aber auch als Männer mit Behinderung – und damit besonders bedroht von Altersarmut. Den Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) schafft dem Netzwerk zufolge ebenfalls nur ca. 1%.

Als ein vielversprechenden Ansatz kann das Programm „Kein Abschluss ohne Anschluss – Schule trifft Arbeitswelt zur Integration (schwer-)behinderter Jugendlicher“ („KAoA-STAR-Programm“) gesehen werden, das zur Erschließung individueller Potenziale und Anschlussperspektiven Hilfen bei der Berufsorientierung leistet. Jedoch wird hier ebenfalls nicht auf die spezifische Rolle von Mädchen hingewiesen.

Vor diesem Hintergrund bitte ich die Landesregierung für die nächste Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 04. September 2019 um einen schriftlichen Bericht, in dem besonders auf die folgenden Fragen eingegangen wird:

- Welche aktuellen Zahlen liegen der Landesregierung in Bezug auf Frauen mit Behinderung im erwerbsfähigen Alter vor, die einer sozialversicherungs-pflichtigen Arbeit nachgehen? (Bitte nach Alter und Branche differenzieren.)
- Wie hoch ist die Übergangsquote von Frauen, die den Sprung von einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) auf den allgemeinen Arbeitsmarkt schaffen?
- Mit welchen Maßnahmen unterstützt die Landesregierung speziell Frauen und Mädchen, selbstbestimmt eine Ausbildung oder Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden?
- Wie viele Berufs- und Fortbildungsberatungsstellen, die speziell auf die Belange von Frauen und Mädchen mit Behinderung zugeschnitten sind, gibt es in Nordrhein-Westfalen? (Bitte nach Kommunen aufschlüsseln.)
- Wie ist derzeit die Vereinbarkeit von Ausbildungs- und Erwerbstätigkeit für Frauen und Männer mit Behinderung mit Kindern zu bewerten? Welche Programme und Unterstützungsmaßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind auf die Belange von Mütter und Väter mit Behinderung ausgerichtet? Welche Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten sieht die Landesregierung in diesem Zusammenhang?

Wir bitten den schriftlichen Bericht mit der Möglichkeit zur mündlichen Erläuterung der Landesregierung und zur Beratung durch den Ausschuss vorzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

NRW
DIE FRAKTION
SPD

SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An die Vorsitzende
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Heike Gebhard MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Josef Neumann MdL
Sprecher im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Fon: 0211 – 884 45 61

josef.neumann@landtag.nrw.de

www.spd-fraktion-nrw.de

16.09.2019

Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten; Bitte um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02. Oktober 2019.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

mit Datum vom 06. März 2018 hatte die SPD-Landtagsfraktion im vergangenen Jahr um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zum Thema „Vorstudie zur Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten“ gebeten. Der Bericht der Landesregierung (Vorlage 17/669) wurde im Rahmen der Sitzung des AGS am 11. April 2018 diskutiert (siehe Ausschussprotokoll APr 17/234). Ausweislich des damaligen Berichtes der Landesregierung wollte das zuständige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales den Stand der jeweiligen Verfahren in den betreffenden Einrichtungen erfragen und den Landtag über das Ergebnis informieren, sofern bis zum 31. Dezember 2018 nicht alle Rückmeldungen eingegangen sein sollten.

Aufgrund der Bedeutung des Themas und - rund eineinhalb Jahre seit dem letzten Bericht des Ministeriums - bittet die SPD Fraktion die Landesregierung daher um einen neuen, aktuellen schriftlichen Bericht zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02. Oktober 2019. Der Bericht soll dabei u.a. darstellen, wie der aktuelle Sachstand im Hinblick auf die Aufarbeitung der Thematik ist und welche Aktivitäten und Initiativen die Landesregierung seit dem vergangenen Jahr unternommen hat, um das Thema weiter voranzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Josef Neumann, SPD
Sprecher für den Arbeitskreis Arbeit, Gesundheit und Soziales

NRW
DIE FRAKTION
SPD

SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An die Vorsitzende
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Heike Gebhard MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Josef Neumann MdL
Sprecher im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Fon: 0211 – 884 45 61

josef.neumann@landtag.nrw.de

www.spd-fraktion-nrw.de

20.09.2019

Ambulante Intensivpflege in NRW vor dem Hintergrund des Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetzes; Bitte um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02. Oktober 2019.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

mit dem Referentenentwurf zum Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG) von August 2019 beabsichtigt Bundesgesundheitsminister Spahn das Leistungsrecht zur medizinischen Rehabilitation und zur außerklinischen Intensivpflege neu zu regeln. Die Neuregelung sieht eine Intensivpflege in der eigenen Wohnung künftig nur in Ausnahmefällen vor. Dies bedeutet im Ergebnis eine Abkehr des Grundsatzes „ambulant vor stationär". In Rheinland-Pfalz gibt es hierzu ein gemeinsames Positionspapier „Papier zur Steigerung der Qualität in der ambulanten Intensivbehandlungspflege" des Gesundheitsministeriums, der Landespflegekammer, der gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz, der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz, des Sozialverbands VdK, der LAG Selbsthilfe Behinderter, der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz und dem MDK Rheinland-Pfalz. In dem Papier wird u.a. festgehalten, dass die Erhaltung und Wiedergewinnung der selbstbestimmten Teilhabefähigkeit bis hin zur Selbständigkeit intensivbehandlungspflegebedürftiger Menschen gefördert werden soll.

Aufgrund der Bedeutung des Themas bittet die SPD Fraktion die Landesregierung daher um einen schriftlichen Bericht zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02. Oktober 2019. Der Bericht soll dabei u.a. folgende Fragen beantworten:

- Wie bewertet die Landesregierung das von Bundesgesundheitsminister Spahn geplante Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG)?

- Welche Maßnahmen plant die Landesregierung, damit durch das geplante Gesetz die Teilhabefähigkeit und Selbständigkeit von intensivbehandlungspflegebedürftiger Menschen nicht eingeschränkt wird?
- Gibt es in Nordrhein-Westfalen auch eine Vereinbarung bzw. ein Positionspapier zum „Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG)“ zwischen dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Wohlfahrtspflege und anderen gesundheitspolitisch relevanten Akteuren?
- Welche Bemühungen gibt es seitens der Landesregierung vor dem Hintergrund der o.g. Problematik (Gefährdung von Teilhabe und des Grundsatzes „ambulant vor stationär“)?

Mit freundlichen Grüßen

gez. Josef Neumann, SPD
Sprecher für den Arbeitskreis Arbeit, Gesundheit und Soziales