



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

20. Sitzung (öffentlich)

26. April 2023

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:04 Uhr bis 11:27 Uhr

Vorsitz: Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender)

Protokoll: Stephan Vallata

Verhandlungspunkt:

**Klimaschutz ist Gesundheitsschutz – NRW macht sich auf den Weg zu
einer klimagerechten Gesundheitsversorgung**

3

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 18/2544

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Klimaschutz ist Gesundheitsschutz – NRW macht sich auf den Weg zu einer klimagerechten Gesundheitsversorgung

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 18/2544

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer: Ich begrüße die Ausschussmitglieder sehr herzlich zu unserer 20. Sitzung im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Sitzungsdocumentation, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren, die wir heute als Sachverständige anhören werden. Ich hoffe, Sie hatten eine gute und entspannte Anreise. Ich freue mich, dass Sie den Mitgliedern des Ausschusses heute für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen.

Hinweisen möchte ich vorab auf die eingegangenen Stellungnahmen, für die ich mich im Namen des Ausschusses ausdrücklich bedanken möchte.

Die Einladung zur heutigen Tagesordnung ist Ihnen mit der Nummer E18/304 bekannt gegeben worden. Der Antrag wurde am 25. Januar 2023 durch das Plenum zur Federführung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Heimat und Kommunales sowie an den Ausschuss für Umwelt, Natur- und Verbraucherschutz, Landwirtschaft, Forsten und ländliche Räume überwiesen.

Ich mache darauf aufmerksam, dass die Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird, mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung gebe ich noch folgende Hinweise: Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten. Ich schlage vor, dass wir zunächst die Fragen der Fraktionen in einer ersten Runde sammeln. Die Abgeordneten bitte ich, die jeweiligen Sachverständigen, an die Sie Ihre Fragen richten, konkret zu benennen.

Wir beginnen mit der ersten Fragerunde.

Marco Schmitz (CDU): Sehr geehrte Damen und Herrn Sachverständige, ein ganz herzliches Dankeschön für Ihre Stellungnahmen, die uns zugegangen sind und die sehr eindrücklich gezeigt haben, wie wichtig das Thema ist, das wir heute behandeln.

Sie beschreiben in Ihren Stellungnahmen die durch den Klimawandel zu erwartenden gesundheitlichen Veränderungen eindringlich. Dieser zeigt sich durch Extremwetter, steigende Temperaturen und Hitzewellen.

Herr Professor Wahner, Sie hatten bei der Landesgesundheitskonferenz schon einmal dargestellt, wie sich Starkregen, Hochwasser, Sonnenschein, Luftverschmutzung und

UV-Strahlung insgesamt auf die Gesundheit auswirken und welche indirekten Folgen dadurch entstehen können, seien es zum Beispiel Allergien oder Ähnliches.

Welche grundsätzlichen Maßnahmen können überhaupt noch ergriffen werden, um diese gesundheitlichen Schäden zu verhindern? Oder können wir das gar nicht mehr verhindern und müssen nun wegen der Folgen an der Infrastruktur arbeiten? Das würde ich gerne von Ihnen, Herr Professor Wahner, aber auch von den beiden kassenärztlichen Vereinigungen wissen.

Herr Blum, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme davon, dass die Zweckbindung der Fördermittel im Krankenhausgestaltungsgesetz zu eng gesteckt ist, um Maßnahmen mit dem Ziel eines klimaneutralen Krankenhauses zu ermöglichen. Wie müssten geeignete Förderrichtlinien aussehen? Welche Vorstellung für die Umsetzung haben Sie? Im Rahmen der Krankenhausplanung werden wir das ja tun.

Meral Thoms (GRÜNE): Liebe Sachverständige, von meiner Seite einen ganz herzlichen Dank für die guten Stellungnahmen, die im Vorfeld eingegangen sind, und auch für die Zeit, die Sie sich heute für uns und für dieses wichtige Thema nehmen.

Meine Einstiegsfrage ist allgemein und richtet sich an alle. Unser Antrag trägt den Namen „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz – NRW macht sich auf den Weg zu einer klimagerechten Gesundheitsversorgung“. Welche Relevanz oder welchen Stellenwert hat dieses Thema für Ihren Bereich, für Ihre Organisation, und wie schätzen Sie den Umsetzungsstand ein?

Professor Wahner hat beschrieben, welche Auswirkungen die Klimakrise auf die Gesundheit der Menschen hat und welche Gruppen besonders vulnerabel sind. Da vielleicht nicht alle die Stellungnahme im Detail gelesen haben: Können Sie das für uns einmal auf den Punkt bringen?

In ihren Stellungnahmen zeigen die beiden KVen, dass die Ärzteschaft sich schon intensiv mit dem Klimawandel und den gesundheitlichen Folgen auseinandersetzt. Sie betonen dabei die Bedeutung des ambulanten Bereiches. Welche Rolle spielen aus Ihrer Perspektive niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei einer klimagerechten Gesundheitsversorgung und wie kann der CO₂-Ausstoß im ambulanten Bereich verringert werden?

Thorsten Klute (SPD): Seitens der SPD-Fraktion ein ganz herzliches Dankeschön für alle eingegangenen Stellungnahmen, für die Teilnahme an der heutigen Anhörung und auch dafür, dass Sie den Bogen in den Stellungnahmen weiter gespannt haben als im Antrag formuliert. Sie haben deutlich gemacht, wie umfassend das Thema eigentlich ist und dass man es nicht nur auf einzelne Punkte fokussieren kann. Es betrifft uns alle in ganz vielen Lebensbereichen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie den Blick dafür erweitert haben.

Wir reden im Landtag immer wieder über Investitionen, gerade in Krankenhäusern. Deswegen richtet sich meine Frage sowohl an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen als auch an Herrn Dr. Lueke vom Institut for Health Care Business. Die Krankenhausgesellschaft bezieht sich in ihrer Stellungnahme auf Professor

Augurzky, spricht von einem „Climate Boost“, der erforderlich sei, und sagt, dass allein 7,7 Milliarden Euro erforderlich seien, um Klimaanpassungs- sowie Klimaschutzmaßnahmen in den Kliniken vorzunehmen.

Wir wissen, dass die Landesregierung bisher vorhat, 2,5 Milliarden Euro zur Umsetzung des Krankenhausplans bereitzustellen und dafür ein Drittel für Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen zu reservieren, also 800 Millionen verteilt auf fünf Jahre. Sie reden von 7,7 Milliarden Euro, die erforderlich seien, und da sind wahrscheinlich – so wie ich es verstehe – die etwa 15 Milliarden Euro Investitionsstau in Krankenhäusern noch gar nicht enthalten.

Reicht das bereitgestellte Geld aus? Was wäre aus Ihrer Sicht erforderlich, um all die Maßnahmen umzusetzen und den Anforderungen sachgerecht zu begegnen?

Susanne Schneider (FDP): Liebe Sachverständige, von der FDP-Fraktion ein ganz herzliches Dankeschön für Ihre Stellungnahmen und auch dafür, dass Sie heute bei uns im Landtag sind, um uns ein bisschen weiterzuhelfen.

Dr. Großgarten und Dr. Schrage, wie kann sich der ambulante Versorgungsektor auf ein verändertes Krankheitsgeschehen infolge der Erwärmung vorbereiten, und wo sehen Sie dabei Bedarf zur Unterstützung durch das Land Nordrhein-Westfalen?

Herr Stapper-Müer, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme die besondere Situation und die fehlende finanzielle Unterstützung der Rehabilitationskliniken an. Wie bewerten Sie den baulichen Zustand und den Investitionsbedarf der Rehakliniken im Vergleich zu den Akutkrankenhäusern? Mit welchen Instrumenten könnten – abgesehen von der Forderung nach einem Klimaschutzfonds – Investitionen finanziert werden?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Ich darf mich zunächst für die eingegangenen Stellungnahmen und vor allen Dingen natürlich auch für die Möglichkeit bedanken, Rückfragen zu stellen.

Herr Blum, Herr Klein, Herr Stapper-Müer, Sie sprechen sich in Ihren Stellungnahmen dafür aus, der Fort- und Weiterbildung von medizinischen Berufen klimaspezifische Inhalte hinzuzufügen. Wir haben in einer anderen Anhörung erfahren, dass für sehr wichtige Inhalte wie beispielsweise Deeskalationstrainings kaum mehr Zeit ist. Inwieweit ist es realistisch, dort diese Inhalte zu vermitteln? In welchem Rahmen könnte das stattfinden?

Eine weitere Frage geht vor allem an die Herrn Blum und Klein bzw. auch an die Doctores Großgarten und Schrage. In den Stellungnahmen von VDPK und KGNW wird von einem Klimaschutzfonds in einer nicht unerheblichen Höhe gesprochen. Wenn man das umfangreich gestalten möchte, dann muss man auch den ambulanten Sektor bzw. verschiedene andere Versorgungsformen, die über den Kliniksektor hinausgehen, mit einbeziehen. Ist es abschätzbar, in welcher Größenordnung sich die Investitionen insgesamt bewegen würde?

Herr Dr. Schrage, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme davon, dass Risikopatientinnen in der ärztlichen Beratung zu einer klimafreundlichen Ernährung, also in diesem Fall

die Planetary Health Diet, geraten werden sollen. Viele Ersatzprodukte beispielsweise für Fleisch – man denke an verschiedene Hülsenfrüchte, an Soja, auch Nüsse – haben durchaus weite Wege hinter sich. Inwieweit ist die Planetary Health Diet eine Patient Health Diet?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank für die Fragen in der ersten Fragerunde. – Ich schlage Ihnen vor, dass wir bei der Beantwortung der Fragen analog zum Tableau vorgehen.

Dr. Odilie Mekel (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen): Zu der Frage von Frau Thoms, inwieweit sich unsere Einrichtung bereits mit dem Thema einer klimagerechten Gesundheitsversorgung beschäftigt und wie der Umsetzungsstand ist. Im Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen beraten wir den öffentlichen Gesundheitsdienst – also die Unteren Gesundheitsbehörden, auch bekannt als Gesundheitsämter – schon seit Längerem zu Fragen der gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels. Zudem zeigen wir Wege auf, wie man dem begegnen kann.

Wir haben bereits 2006 mit dem Deutschen Wetterdienst eine Vereinbarung abgeschlossen, damit Hitzewarnungen direkt an die Gesundheitsämter weitergeleitet werden. Derzeit bauen wir ein Team auf, um Kommunen bei Hitzeaktionsplanungen zu unterstützen, zu begleiten und zu beraten.

Das Thema nimmt bei uns momentan stark an Fahrt auf, und wir sind auch in der Lage, das Thema mit einigen Stellen gut zu bearbeiten.

Dr. Karlheinz Großgarten (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [per Video zugeschaltet]): Ich habe die erste Frage so verstanden, dass vor allen Dingen adressiert wird, welche Folgeschäden durch den Klimawandel zu erwarten sind. Schäden sind in mehrfacher Hinsicht zu erwarten: zum einen klimatische Belastungen durch erhöhte oder extreme Temperaturlagen, die zu Dysregulationen des Kreislaufs insbesondere bei vulnerablen Gruppen führen können; zum anderen Veränderungen bei der Zusammensetzung der Atmosphäre bzw. ein höherer Staubgehalt in der Luft.

Folgeschäden sind des Weiteren im Bereich von Infektionskrankheiten zu erwarten: Vektoren und auch Krankheitserreger, die bislang eher im subtropischen oder tropischen Raum anzutreffen waren, dringen durchaus in unsere gemäßigten Klimazonen vor.

Schließlich können sich Folgeschäden natürlich durch nichtangepasstes Verhalten bei körperlichen Belastungen ergeben, wenn extreme Wetterlagen nicht berücksichtigt werden. Die Medikation muss dann angepasst werden. Änderungen des Lebensstils sind letztendlich sowohl in kausaler als auch symptomatischer Hinsicht erforderlich, zum einen, um den CO₂-Eintrag in die Atmosphäre zu verringern, zum anderen aber auch, um den geänderten Klimalagen gerecht werden zu können.

Dr. Volker Schrage (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Ich gehe zunächst auf die Fragen von Herrn Schmitz ein. Wir haben gerade eine große Pandemie

hinter uns. Ich bin selber als Hausarzt tätig und seit 2019 im Vorstand der KVWL. Deshalb kenne ich die Geschichte von beiden Seiten und kann Ihnen sagen: Wir können Katastrophe – nicht nur machen, sondern auch bewältigen. Dazu ist aber wichtig, dass wir eine frühzeitige Information bekommen. Das Thema des Datenaustausches zwischen den verschiedenen Stellen ist zu diskutieren, da wir Informationen und auch frühzeitige Analysen darüber, wo sich Hitzeschwerpunkte oder Ähnliches anbahnen, nicht mehr rechtzeitig bekommen.

Wir können natürlich über die Praxen sehr viel machen, indem wir die Patienten und auch gerade die vulnerablen Gruppen beeinflussen, damit sie sich vorbereiten. 90 % der Patienten – auch in der Vor- und Nachbehandlung – werden in den Praxen behandelt. Das hat nichts mit der Bedeutung der Krankenhäuser zu tun. Wir können die vulnerablen Gruppen – zum Beispiel ist ein Patient in einer Chemotherapie besonders vulnerabel – gut informieren. Damit wir so frühzeitig eingreifen können, ist es wichtig, dass wir in Informations- und Aufklärungskampagnen zentral eingebunden werden. Leider ist es im Präventionsgesetz des Bundes verpasst worden, den niedergelassenen Bereich mit einzubinden. Wir sind dazu bereit.

Prof. Dr. Andreas Wahner (Forschungszentrum Jülich): Zu der ersten Frage von Herrn Schmitz, ob sich die Klimaänderung noch verhindern lässt oder ob es nur noch um eine Anpassung daran gehen kann. Die Antwort ist ganz klar: Es geht um beides, und beides ist zeitlich sehr dringend. Wir haben in den vergangenen Jahren deutliche Hitzeperioden und vermehrte langzeitige Ozonbelastungen erlebt, die mit dem Klimawandel, mit mehr Sonneneinstrahlung, mit den Emissionen einhergehen. Wir haben auch die Folgen gesehen, die ich in meinen Ausführungen dargestellt habe.

Es geht also um das Verhindern, auch im Gesundheitssektor. Circa 4 % der Treibhausgasemissionen in Deutschland kommen aus dem Gesundheitssystem, wobei Medikamente und deren Herstellung mit einbezogen sind. Allein die Emissionen, die in Deutschland durch das Gesundheitswesen verursacht werden, machen ungefähr 40 % davon aus – immerhin noch ein erklecklicher Teil. Daraus ergeben sich notwendigerweise Prozessveränderungen, etwa im Bereich der Gebäude, um einen wesentlichen Beitrag zur weiteren Eindämmung des CO₂-Anstiegs zu leisten.

Trotz der weltweiten Bemühungen deutet die derzeitige Lage darauf hin – und das ist eine persönliche Einschätzung, basierend auf den Daten –, dass wir das 1,5-Grad-Ziel mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht erreichen, sondern am Ende des Jahrhunderts vielleicht bei 2,8 bis 3,5 Grad liegen werden, wenn wir Glück haben. Das hat auf Deutschland weitere Auswirkungen, weil zunächst der Temperaturanstieg an Land, auf kontinentalen Flächen, höher sein wird; in Städten ist er im Vergleich noch einmal höher. Es wird sich nicht komplett vermeiden, aber vielleicht Schlimmeres verhindern lassen, wenn alle Bereiche Treibhausgasemissionen senken. Es geht nicht nur um CO₂, sondern auch um Methan und zum Beispiel im Gesundheitsbereich um das Narkosegas N₂O. Letzteres ist ein langzeitklimawirksames Gas, für das es Ersatzstoffe gibt, soweit ich weiß. Im Prozessablauf gibt es im Detail einiges zu tun und zu verändern.

„Vorsorge“ ist ein ganz wesentlicher Punkt. Viele der Folgen wie Hitze, Luftverschmutzung oder Ozon- und Feinstaubbelastung lassen sich in gewissem Umfang durch Verhaltensweisen beeinflussen. Dazu gehört natürlich eine Aufklärung auf breiter Basis. Dazu gehört nicht nur die Aufklärung der unmittelbar betroffenen vulnerablen Gruppen, sondern ein gesellschaftliches Verständnis in Richtung: Was kann ich tun, wenn der Deutsche Wetterdienst eine Hitzewelle ankündigt?

Ich wurde gefragt, was vulnerable Gruppen sind. Aus den Erfahrungen wissen wir, dass es primär ältere Leute sind, aber auch Kinder und die Gruppen, die in großen Städten leben, von denen Nordrhein-Westfalen eine Reihe hat. Dort wirken sich Hitzewellen, Luftverschmutzung und Feinstaub viel stärker aus, und dies wird sich im Zuge des Klimawandels weiter verschlechtern. Davon sind nicht nur die Älteren, sondern alle unmittelbar betroffen, wenn sie sich draußen aufhalten.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Zu der Frage nach der Zweckbindung der derzeitigen Förderkulisse für Krankenhäuser für kurzfristige Investitionen und insbesondere zu der Frage nach der Baupauschale. Aktuell ist es so, dass etwa ein Drittel der benötigten Mittel ausgekehrt wird. Das hat sich mit dem aktuellen Haushalt etwas verbessert, aber insgesamt haben wir seit Jahren eher eine chronische Unterfinanzierung.

Die Maßnahmen, die mit diesen Mitteln getätigt werden, müssen wirtschaftlich sein, und sie müssen dem Patienten nutzen. Einige der Maßnahmen, die wir vor der Brust haben, um wirklich große Fortschritte bei der Einsparung von Treibhausgasemissionen zu machen – insbesondere in Bezug auf Gebäudehülle, Klima- und Wärmetechnik der Krankenhäuser –, sind nicht wirtschaftlich. Das hat auch das Gutachten von Herrn Professor Augurzky gezeigt. Trotzdem sind die Maßnahmen erforderlich, um mittelfristig Klimaneutralität zu erreichen. Deshalb müssen wir die Förderrichtlinien anpassen, weil es auf der langen Strecke eben nicht alleine mit dem Climate Boost getan ist. Doch er ist ein guter Einstieg, um an Mittel zu gelangen und die von uns aufgezeichneten Maßnahmen angehen zu können.

Die Krankenhäuser fangen nicht bei null an. Es gibt einige Maßnahmen, die rentabel sind, beispielsweise PV-Anlagen, LED-Beleuchtung und Heizungspumpen. Als Krankenhausträger hat man die Möglichkeit, die Investitionen in relativ kurzer Zeit wieder einzuspielen. Bei allen anderen Maßnahmen, über die wir sprechen, ist das nicht der Fall.

Zu der Frage der Relevanz und des Stellenwertes. Die Krankenhäuser haben sich sehr klar dazu bekannt, klimaneutral werden zu wollen und dass man diesen Bereich nicht ausklammern darf bzw. kann. Die Mitarbeiter erwarten zudem, dass sich die Arbeitgeber – die Krankenhausträger – dieser Herausforderung annehmen. Jedem ist bekannt, welche gesundheitlichen Folgen der Klimawandel hat. Jeder weiß auch, dass die CO₂-Emissionen des Gesundheitswesens nahezu so groß sind wie die der Stahlindustrie. Dies auszuklammern und zu ignorieren, wird nicht funktionieren. Wir haben da eine völlig andere Erwartungshaltung.

Die Mitgliedskrankenhäuser wollen diese Themen angehen und sind diese auch schon angegangen, allerdings bislang mit geringinvestiven Maßnahmen. Die Mittel für die großen und auch teuren Maßnahmen sind bislang ausgeklammert worden. Damit sind wir bei diesem 7,7-Milliarden-Euro-Paket Climate Boost. Ein Großteil der Mittel dort ist für die Gebäudehüllen vorgesehen. Die Gebäudehülle – die Fenster, das Dach – muss in den Blick genommen werden, wenn man die Versorgung im Bereich der Klimatechnik und der Wärmeversorgung so umstellen will, dass man auf fossile Energieträger wie Gas und Öl verzichten kann. Ein Großteil dieser Mittel wird darauf verwendet.

2,5 Milliarden Euro für die Krankenhausplanung: Das ist eine große Summe, die man gut verwenden kann; wir respektieren das auch. Dass man ein Drittel für Klimaschutzmaßnahmen reserviert, wird am Ende zwar nicht ausreichen, aber es ist ein erster Schritt. Diese Einschränkung gefährdet aus unserer Sicht nicht die Umsetzung des Krankenhausplans. Die Summe unterstützt dabei, die ersten Klimaschutzmaßnahmen auf den Weg zu bringen.

Zur Fort- und Weiterbildung in medizinischen Berufen. Wir haben schon etwas über Klimaschutzpläne gehört, mit denen sich Gesundheitseinrichtungen in den kommenden Jahren verstärkt auseinandersetzen werden müssen. Dies beinhaltet auch, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sensibilisieren und auszubilden. Schon heute sind diese Themen in den Ausbildungs- und Lehrplänen der medizinischen Berufe verankert. Wir müssen diese Themen in Zukunft noch sehr viel stärker aufgreifen und auch nachschulen, insbesondere über die Aktionspläne, die in den einzelnen Einrichtungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Jahr immer wieder verstärkt herangezogen werden müssen.

Zum Klimafonds, zum Climate Boost und zum Stichwort „duale Finanzierung“. Wir als Krankenhäuser kommen nicht umhin, auf den Staat zu schauen und mit Ihnen in den Dialog zu treten. Die Krankenhausfinanzierung ist etwas anders als die Finanzierung des ambulanten Sektors, auf den eine Frage abzielte. Ich kann und möchte mich zum ambulanten Sektor nicht äußern. Wir können nur darauf hinweisen: Die duale Finanzierung des Krankenhaussektors erfordert letztlich, dass wir uns mit dem Thema auseinandersetzen. Deshalb ist es auch sehr zu begrüßen, dass dieser Antrag auf der Tagesordnung steht.

Dr. Sven Lueke (Institute for Health Care Business): Es wurde die Frage gestellt, was eigentlich notwendig sei, um diese Maßnahme, diesen enormen Investitionsbedarf von 7,7 Milliarden Euro umzusetzen. Wir haben in unserem Gutachten den sogenannten Climate Boost mit dem Wissen ins Leben gerufen: Wir brauchen jetzt verschiedene Maßnahmen bzw. Maßnahmenpakete, um die Klimaneutralität möglichst schnell zu erreichen.

Der eine Punkt wurde eben schon genannt, nämlich das Problem, dass die Zweckbindung in der Krankenhausgesetzgebung zu eng ist, um in einem Krankenhaus einfach entscheiden zu können, die Fenster zu wechseln. Dies fällt normalerweise unter den Stichpunkt „Instandhaltung“. Dabei handelt es sich um ein rechtliches Problem. Außerdem gibt es ein finanzielles Problem. 7,7 Milliarden Euro, über einen längeren Zeitraum gestreckt, stellen speziell für NRW eine enorme Herausforderung dar.

Eine weitere Frage, die wir uns stellen müssen, ist: Wie verteilen wir eigentlich die Mittel? Darüber müssen wir uns Gedanken machen, seien es 7,7 oder 6 Milliarden Euro. Wir müssen vor allem darauf achten, dass diese Mittel für die Krankenhäuser unbürokratisch abrufbar sind. Wir haben schon jetzt eine Förderlandschaft für die Industrie, für Wirtschaftsunternehmen, mit dem Ziel, Effizienzmaßnahmen umzusetzen. Diese werden aber kaum in Anspruch genommen, weil es unglaublich bürokratisch und kleinteilig ist, diese Mittel zu beantragen. Für eine bestimmte Kältemaschine gibt es ein Förderprogramm, für einen bestimmten Heizungstyp gibt es ein anderes Förderprogramm usw. Das ist nicht zielführend.

Wir schlagen vor, diese Mittel in Anlehnung an die Baupauschale NRW als Klimapauschale auszuzahlen, damit die Krankenhäuser diese Mittel vor allem technologieoffen einsetzen können. Jedes Krankenhaus ist individuell. Manche haben eine moderne Ausstattung, andere sind aus dem Baujahr 1960 mit U-Werten der Gebäudehülle jenseits von Gut und Böse. In solchen Fällen müssen andere Maßnahmen umgesetzt werden als bei einem neueren Krankenhaus.

Manche Krankenhäuser haben schon etwas getan. Es ist nicht so, dass sie nichts getan hätten. Gerade geringinvestive Maßnahmen wurden umgesetzt. Auch die Krankenhäuser, die sich auf den Weg gemacht haben, müssen durch eine Klimapauschale gefördert werden.

Joachim Stapper-Müer (Verband der Privatkliniken NRW): Wir haben uns in unserer Stellungnahme grundsätzlich sehr eng an die Stellungnahme der KGNB angelehnt. Gerade in Bezug auf die Krankenhäuser stehen wir in einem sehr intensiven Austausch und sitzen auch in einem Boot, sodass ich das Gesagte nicht wiederholen werde.

Wir möchten im Bereich der Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen auch auf die Situation der Rehakliniken aufmerksam machen. Im Kern befinden sich die Rehakliniken in der gleichen Situation wie die Krankenhäuser. Das haben wir in Kooperation mit der KGNB durchaus auch aufgegriffen und uns sehr intensiv mit dem Thema „KLIK green“ auseinandergesetzt. Viele Rehakliniken machen sich in diesem Zusammenhang auf den Weg.

Das Problem ist auch – Sie können es sicherlich nicht mehr hören – ein finanzielles. Wir haben im Bereich der Rehakliniken keine duale, sondern eine völlig andersartige Finanzierung, sodass wir keine Sondermittel für Investitionsmaßnahmen bekommen. Alles wird aus den Vergütungssatzerlösen finanziert. Um das in Relation zu stellen: In den Rehakliniken in Nordrhein-Westfalen beträgt der durchschnittliche Vergütungssatz ungefähr 132 Euro. Darin sind die gesamte Versorgung, die gesamte Instandhaltung und auch jede technische Investition enthalten. Es ist extrem schwierig, das in irgendeiner Weise umzusetzen. Die Rehakliniken stehen somit vor großen Herausforderungen.

Andere Dinge kommen hinzu, mit deren Hilfe man versuchen kann, in den Kliniken etwas zu bewegen. Dazu zählen zum Beispiel Mobilitätskonzepte sowohl für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch für Patientinnen und Patienten, die auf E-Mobilität –

E-Autos und E-Bikes – setzen. Somit können die Wege zur Arbeit anders gestaltet werden. Das gestaltet sich im ländlichen Bereich, vorsichtig ausgedrückt, schwierig.

Zudem haben wir es im Gesundheitswesen mit ganz banalen Problemen zu tun. Manchmal ist es zum Beispiel in den Randlagen, in denen sich viele Kliniken befinden, nicht möglich, entsprechende Leitungskapazitäten zur Stromversorgung der Ladestation für E-Autos zu bekommen. Es sind also ganz praktische Dinge, mit denen wir uns intensiv auseinandersetzen.

Das Grundproblem ist an dieser Stelle schlicht und ergreifend die Finanzierung. Die großen Kostenträger in diesem Bereich, insbesondere die Rentenversicherungen, beschäftigen sich mit dem Thema, wollen auch, dass die Rehabilitation nachhaltiger ist, aber es gibt einfach noch viel Potenzial, das offensichtlich vor der Haustür liegt. Es gibt jedoch noch große Probleme, das finanziell umzusetzen.

Ansonsten kann ich dem, was Herr Klein gesagt hat, nichts hinzufügen. Man kann das eins zu eins übertragen: Krankenhäuser wie auch Rehakliniken wollen sich diesem Thema widmen. Da gibt es großes Einvernehmen und wechselseitige Unterstützung. Ich glaube, es gibt in dieser Runde auch niemanden, der sich dem guten Gewissens noch entgegenstellt. Die Auswirkungen sind einfach vorhanden, wir sehen es bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wir sehen es bei den Patientinnen und Patienten in allen Bereichen, und teilweise merkt man es auch bei sich selbst. Niemand bestreitet die Relevanz, alle wollen etwas tun, alle tun auch etwas, aber – man muss sich nichts vormachen – wir könnten mehr tun, indem wir bestimmte Dinge anders gestalten und vielleicht auch anders angehen.

Am Ende kommen wir leider Gottes immer wieder zum Thema „Geld“. Man kann es auch nicht schönreden. Der Wille ist vorhanden, und wir wollen etwas bewegen, aber wir brauchen Unterstützung.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Wir sind am Ende der ersten Fragerunde angelangt. Jetzt besteht die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen.

Rodion Bakum (SPD): Sie haben sich verständlicherweise auf Ihre Segmente und auf Ihre Institutionen bezogen geäußert; Herrn Professor Wahner klammere ich ausdrücklich aus. Wir beraten einen Antrag, der im Zuge der Landesgesundheitskonferenz entstanden ist und der vermutlich aufgrund der Auswirkungen auf den Landeshaushalt stark auf den Krankenhausbereich fokussiert.

Für uns ist das alles nachvollziehbar, nichtsdestotrotz sind wir uns einig: Klimaschutz muss sektorenübergreifend und gesamtgesellschaftlich gedacht werden. Es mag eine Floskel sein, deshalb will ich konkret werden. Wir wissen aus durchaus intensiven Diskussionen: Das Land betreibt Krankenhausplanung. Das Land kann aber auch im ambulanten Bereich mitreden; Stichwort „Sonderzulassung“.

Wir haben ein Gesetz über einen öffentlichen Gesundheitsdienst. Wie Frau Dr. Mekel sicherlich bestätigen kann, steht darin nicht einmal das Wort „Klima“. „Umweltmedizin“ ist zwar ein großer Bereich, aber er unterscheidet sich vom Bereich „Klima“. Dort könnten wir mehr tun.

„Rehabilitation“ ist immer wieder ein Thema. Zwar gibt es keine Landeszuständigkeit, dennoch existieren die Rehakliniken, und das müssen wir bedenken.

Zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. In welchen Runden außer der Landesgesundheitskonferenz kann man in der Breite auch über die Landesgrenzen hinaus über die Themen sprechen, die Professor Wahner dargestellt hat? Der Klimawandel bzw. die Klimakrise macht nicht an der Landesgrenze halt. Außerdem gibt es die politischen Ebenen: die Kommunen, das Land und den Bund. In einer Stellungnahme ist von „KLIK green“ – sprich: Klimaschutzmanagern – die Rede. Dieses Programm des Bundesumweltministeriums besteht seit vielen Jahren. Im Bundesgesundheits- und im Bundesentwicklungsministerium gibt es außerdem Referate zu den Themen „Klima und Gesundheit“, „One Health“ und „Planetary Health“. Brauchen wir solche auch auf Landesebene?

In welchen Runden können wir uns über Klima und Gesundheit unterhalten, um diesen gesamtgesellschaftlichen Ansatz über unsere Sektoren, vielleicht auch Parteien und Fraktionen hinaus zielführend verfolgen zu können?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Sie haben die Frage an Herrn Prof. Wahner gerichtet?

Rodion Bakum (SPD): An alle; Entschuldigung!

Meral Thoms (GRÜNE): Ganz herzlichen Dank für die klaren Worte zu dem Thema und dafür, dass Sie dem Thema diese hohe Relevanz beimessen. Vielen Dank auch für die vielen Aktivitäten, die Sie schon auf den Weg gebracht haben bzw. noch planen.

Es wurde viel zu fehlenden finanziellen Mitteln und dazu gesagt, wo wir unterstützen können; wir sind bereits dabei. Wie kann man neben der finanziellen Förderung einen Boost für klimagerechte Gesundheitsversorgung voranbringen? Das ist machbar, indem man Daten erhebt und ein gutes Monitoring etabliert. Wenn wir wissen, wie sich Umweltdaten und die Wettersituation entwickelt, dann können wir daraus ableiten, was das für die Gesundheitsversorgung vor Ort bedeutet und ganz schnell in die Fläche gehen.

Ich habe es in der Stellungnahme von Herrn Dr. Schrage gelesen.

Meine Fragen richten sich an die beide KVen und an Herrn Stapper-Müer: Welche Daten brauchen Sie, um eine klimagerechte Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Bereich gewährleisten zu können? Welchen Wunsch haben Sie bezüglich der Erhebung und der Kommunikation dieser Daten?

Frau Dr. Meikel, welche Daten stellt das Landeszentrum für Gesundheit bereits zur Verfügung? Vielleicht können Sie auch auf die Statements der Krankenhausgesellschaft, der KVen und des ambulanten Bereichs bezüglich des Datenbedarfs eingehen.

Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass eine landesweit übergeordnete Risikokommunikation zum Themenfeld „Hitze und Gesundheit“ im Aufbau ist. Können Sie genauer beschreiben, wie der Umsetzungsstand ist und welche Planungen es gibt?

Marco Schmitz (CDU): Ich möchte an das anschließen, was Frau Thoms gesagt hat. – Frau Dr. Mekel, Aufgabe des Landesentrums Gesundheit ist auch die Beratung der Unteren Gesundheitsbehörden. Ändert sich die Beratung dahin gehend, dass klimarelevante Themen immer häufiger nachgefragt werden? Bauen Sie die Beratungskapazitäten vor Ort aus? Was machen Sie, um vorbereitet zu sein?

Ich gehe davon aus, dass die Gesundheitsämter in Zukunft mehr Bedarf haben werden. Wie reagieren Sie darauf, und wie stellen Sie sich in diesem Bereich auf?

Meral Thoms (GRÜNE): Ich habe vorhin vergessen, meine Fragen zu den Daten und zum Transfer von der Wissenschaft in die Praxis auch Professor Wahner zu stellen. Ist das noch erlaubt?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Selbstverständlich. Dann starten wir mit den Antworten zur zweiten Fragerunde. Weitere Wortmeldungen? – Sehe ich nicht.

Dr. Odilie Mekel (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen): Wir haben bereits sehr früh, etwa zwischen 2008 und 2010, angefangen, Informationen auf der Website www.hitze.nrw.de bereitzustellen. Aktuell sind wir dabei, die Informationen und die Website, die inzwischen in die Jahre gekommen ist, neu aufzubereiten und in unseren Webauftritt zu integrieren.

Auf dieser Website finden Sie jede Menge Informationen zum Verhalten usw. Kollegen aus anderen Bundesländern haben sie als Vorbild verwendet und eigene Websites dazu erstellt.

Wir im Landeszentrum Gesundheit sind seit den heißen Sommern der vergangenen Jahre intensiver in die Beratung eingestiegen. Viele Kommunen machen sich auf den Weg, Klimaanpassungsstrategien und in diesem Kontext auch Hitzeaktionsplanungen aufzustellen. Häufig kommen die damit betrauten Kollegen aus dem kommunalen Umweltsektor und beziehen die Gesundheitsämter mit ein, was gut und richtig ist. Zunehmend erhalten wir Anfragen aus den Gesundheitsämtern: Könnt ihr uns unterstützen? Wie sollen wir das angehen?

Wir machen uns auf den Weg; einige Kommunen sind schon auf dem Weg. Wir werden sogenannte Muster-Hitzeaktionspläne entwickeln, damit sich die Kommunen daran orientieren können und das Rad nicht in jeder Kommunen neu erfunden werden muss. Wir sind dabei, mit Kollegen aus anderen Einrichtungen, beispielsweise der KGNW, einrichtungsbezogene Muster-Hitzeschutzpläne für Pflege- und Wohneinrichtungen sowie für Krankenhäuser zu entwickeln. Diese Musterpläne können in den einzelnen Häusern und Einrichtungen – natürlich angepasst an die jeweiligen Situationen – umgesetzt werden.

Zu der Frage, welche Daten das Landeszentrum Gesundheit bereits zur Verfügung stellt. Wir verfügen über einen sehr großen Datensatz und haben auf unserer Website verschiedene Informationen veröffentlicht. Dabei handelt es sich um Indikatoren zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung.

Zum Thema „Klima und Gesundheit“ ist kürzlich ein Survey in Nordrhein-Westfalen durchgeführt worden, bei dem die Bevölkerung gefragt wurde, wie sie sich auf den Klimawandel einstellt. Die Ergebnisse werden demnächst publiziert.

Ende Mai werden wir eine digitale Informationsveranstaltung durchführen, um allen Kollegen zu vermitteln, was wir in Nordrhein-Westfalen schon zum Thema „Hitze und Gesundheit“ anbieten. Sie werden dort einige spannende Beiträge hören, auch digital und damit klimaschonend, damit Kollegen nicht anreisen müssen.

Darüber hinaus entwickeln wir ein Monitoring zum Thema „Übersterblichkeit“.

Wir fokussieren uns in unserem Haus aktuell auf das Thema „Hitze“. Die Frage ist, inwieweit Informationen in Hitzesituationen zur Verfügung stehen und wie unsere Partner und wir diese Informationen gut nutzen können. Das ist kein leichtes Unterfangen. Wir müssen gemeinsam schauen, über welche Informationen wir verfügen und welche Informationen Kolleginnen brauchen, um direkt handeln zu können. Daran arbeiten wir, allerdings ist es methodisch etwas knifflig.

Dr. Karlheinz Großgarten (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [per Video zugeschaltet]): Zu den Fragen zur finanziellen Förderung und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Klimaschutz hat viel mit einer Änderung des Lebensstils zu tun, wodurch negative Klimaveränderungen verhindert werden können. Zum Beispiel hat unser Lebensstil mit einer fleischlastigen Ernährung Folgen für die Agrarwirtschaft und hinterlässt dort seine Spuren.

„Lebensstiländerung“ ist in der Medizin ein ganz schwieriges Thema; nichts ist schwieriger als eine Verhaltensänderung. Eine Lebensstiländerung bedeutet, dass gerade die ambulant tätigen Haus- und Fachärzte gefordert sind, die Patienten zu beraten. In Klimasprechstunden zum Beispiel können solche Aspekte aufgegriffen werden. Das kostet natürlich sehr viel Zeit. Wir können uns sehr gut vorstellen, dass die zeitintensive Beratung, Klimasprechstunden und Präventionskampagnen im ambulanten Sektor Gegenstand einer Förderung sein könnten; genauso auch Fortbildungsaktivitäten, die die Themen „Klimamedizin“ und „Klimawandel“ als speziellen Bereich der Umweltmedizin aufgreifen.

Von der Flutkatastrophe in Nordrhein-Westfalen war vor allem Nordrhein besonders betroffen. Es gab Zerstörungen von medizinischer Infrastruktur: Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken und andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung waren betroffen. Wenn man dem Klimawandel in allen seinen Konsequenzen begegnen will, dann muss man dafür sorgen, dass die ambulante bzw. generell die medizinische Versorgung katastrophenfester wird.

Wir als KV mussten im Ahrtal sehr schnell dafür sorgen, nicht mehr funktionsfähige Arztpraxen – auch des Notdienstes – an Ausweichstandorte zu verlagern, damit die Ärzte dort weiterarbeiten konnten. Auch das Thema „Energieversorgung“ spielt in solchen Fällen eine Rolle.

Klimawandel bedeutet nicht nur Hitze und schleichende Einwirkungen, sondern er kann ganz plötzlich und ganz massiv eintreten. Dann darf das medizinische Versorgungssystem nicht in eine Situation kommen, in der es handlungsunfähig wird.

Fördermaßnahmen können sinnvoll und erforderlich sein, um die ambulante Versorgung gegen Katastrophen resilient zu machen. Nach der Flutkatastrophe an der Ahr haben wir psychotherapeutische Zusatzangebote eingeführt. Es gibt ein ganz breites Spektrum von Prävention – sprich: Lebensstiländerung –, um klimaschädliche Verhaltensweisen zu minimieren bzw. um mit Klimawandel, sobald er eingetreten ist, besser zurechtzukommen und in der Krise reaktionsfähig zu bleiben.

Die Datenqualität ist extrem wichtig, wir brauchen Statistiken zur Morbidität und Mortalität. Diese Statistiken sollten dazu geeignet sein, eventuell auftretende neue Erkrankungsbilder – Infektionskrankheiten, die wir bislang bei uns nicht hatten – zu erfassen. Wir brauchen einen Forecast von Umwelt- und Klimabelastungen, aus den wir ableiten können: Wann sind Hitzewellen zu erwarten? Wie sieht es mit Staub- und Ozonbelastungen sowie anderen Umwelteinwirkungen aus, die klimatisch bedingt zunehmen können? Dabei sollten Morbidität und Mortalität so dargestellt werden, dass auch ein möglicher Zusammenhang zu der Veränderung von Klimaparametern augenfällig wird.

Der Beratung von Patienten durch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte im Bereich „Prävention bzw. Lebensstiländerung“ messen wir einen ganz besonderen Stellenwert bei.

Dr. Volker Schrage (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): In meiner Unwissenheit habe ich in der ersten Runde nicht alle Fragen beantwortet, auf die ich nun gerne noch eingehen würde.

Frau Thoms, Sie hatten nach dem Stellenwert von Klimaschutz für KVWL und Praxen gefragt. Das Thema ist ins Bewusstsein gerückt und wird definitiv mehr beachtet. Die KVWL hat mit der Uni Köln im Juni einen Workshop zum Thema „Planetary Health“ veranstaltet. Entstanden ist daraus ein Papier, das Ihnen zugegangen ist. Wir werden dies weiter ausweiten.

In einen großen Organisations- und Beratungsbereich für Praxen, für den ich zuständig bin, wollen und müssen wir die Themen „Nachhaltigkeit und Klimagesundheit“ implementieren, da immer mehr Nachfragen aus den Praxen kommen. Praxismitarbeiter, vor allem die MFA, können sich die Stellen mittlerweile aussuchen. Insofern ist es eine Frage der Mitarbeitergewinnung, das Thema auszuweiten.

Wie wir die CO₂-Bilanz der Praxen verbessern können, müssen wir noch ermitteln. Natürlich gibt es viele Punkte.

Professor Wahner, Sie haben die Narkosegase angesprochen. Ich würde auch so eine Kleinigkeit wie die Hubinhalatoren für Patienten nennen, die in Pulverinhalatoren umgewandelt werden müssen. Diese benötigen keine Treibhausgase mehr, stellen aber einen Kostenpunkt dar und sind für Patienten schwerer zu handhaben, weil ein gewisser Effekt fehlt. Darüber müssen wir mit den Krankenkassen sprechen.

Es wird einiges zu tun sein, nicht nur in den stark energieverbrauchenden Praxen, die Röntgen, Dialyse und Strahlentherapie anbieten, sondern auch in den ganz normalen Praxen. Das müssen wir den Kolleginnen und Kollegen in einer vernünftigen Art und Weise nahebringen.

Herr Klute, das veränderte Krankheitsgeschehen ist definitiv vorhanden. Darauf können wir uns auch einstellen, das haben wir im Rahmen des Studiums gelernt. Wir sind dabei, unsere Organisation umzustellen, nämlich im eben bereits erwähnten Beratungsbereich.

Herr Vincentz, Ihre Frage zielte auf den Klimafonds für energetische Maßnahmen. Auch ich spreche lieber zuerst über Leistungen und dann über Geld, aber trotzdem müssen wir darüber sprechen, weil eine Menge Beratungsleistungen erforderlich sein wird. Wir reden immer von den Ärzten und vergessen die Teams. Wir sehen uns nämlich nicht mehr als Ärzte mit Angestellten, sondern als Praxisteams. Ganz entscheidend sind die MFA, VERAs, NÄPA und die Physician Assistants. Vor allen Dingen die MFA werden einen Großteil dieser Aufklärung direkt bei den Patienten leisten. Das wird auch akzeptiert, nur müssen sie geschult werden. Das braucht Zeit, und das kostet Geld.

Ich bin Mitglied im Bewertungsausschuss und kann mir nicht vorstellen, dass die Krankenkassen uns mehr Geld dafür geben werden. Das ist gar nicht so höhnisch gemeint, wie es vielleicht klingt; die Krankenkassen befinden sich schließlich in einer gewissen Zwangslage. Wir müssen dennoch einen Weg finden, um diese Beratungsleistungen zu refinanzieren, wie auch immer man das abbilden will.

An einer klimafreundlichen Ernährung arbeiten wir schon. Ursprünglich haben wir von „gesunder Ernährung“ gesprochen. Der Fleischkonsum in Deutschland ist erfreulicherweise um 4 kg pro Kopf zurückgegangen. Ich lebe in einem sehr ländlichen Bereich, auch dort bekomme ich sehr viele Anfragen dazu, ob man sich vegetarisch oder vegan ernähren sollte. Als Ernährungsmediziner bin ich zwar dazu imstande, darauf zu antworten, aber diese Leistung wird nicht in unseren EBM, in unserer Entlohnung, in unserem Honorar abgebildet. Zu diesem Thema kam auch eine Anfrage vom Ministerium, die wir sinngemäß so beantwortet haben, dass wir Unterstützung brauchen.

Herr Bakum, Sie haben nach der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gefragt. Gerade in der Pandemie haben wir mit den Kommunen gut zusammengearbeitet, nachdem es zunächst Schwierigkeiten gab. Das müssen wir auf jeden Fall beibehalten, denn nach der Pandemie ist vor der nächsten Krise, nämlich in diesem Fall die Klimakrise. Wir sollten auch im Blick behalten, wo der ambulante Bereich seine Rolle findet zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Krankenhäusern und allen anderen Sektoren.

Vielleicht wäre es eine Idee, ein landesweites Planetary-Health-Gremium zu installieren, in dem man sich über diese Dinge verständigt und sie sachgerecht umsetzt.

Frau Thoms, zu Ihrer Frage nach dem Datenfluss. Das ist ein Problem, das wird ein Problem sein; es gibt immer viele Daten. Der Ablauf in einer Praxis ist immer sehr eng getaktet. Wenn wir von einer Datenflut überschwemmt werden sollten, dann würden die Ärztekollegen und vor allem deren Mitarbeiter kaum dazu kommen, diese zu verarbeiten. Deshalb benötigen wir einen zielgerichteten Datenfluss: Wann passiert was wo?

Wir als KV unterstützen selbstverständlich gerne über unsere Homepage oder Newsletter und gestalten mit, wie es zukünftig sein soll. Es muss allerdings auch etwas für uns getan werden. Diesbezüglich gibt es definitiv Diskussionsbedarf. Wir sind die

Stellen, an denen Krankheiten aufschlagen, neue Krankheiten definiert werden und Dinge passieren. In der Pandemie haben wir etwa vermisst, dass man die Testungen nicht – vorsichtig formuliert – epidemiologisch angegangen ist. Es wäre wichtig gewesen, diesen Gesichtspunkt zu berücksichtigen.

Ich kann mir durchaus vorstellen, dass wir Sentinelpraxen einrichten, die regelmäßig Meldung darüber machen, wie das Geschehen abläuft, wie die Infektionslage ist und welche Wettereinflüsse es gibt. Nur müsste man das strukturiert angehen.

Prof. Dr. Andreas Wahner (Forschungszentrum Jülich): Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist ein ganz wesentlicher Aspekt. Auf wissenschaftlicher Seite sind wir uns relativ klar, was passieren sollte, letztendlich geht es aber um die Umsetzung. Diese Umsetzung besteht darin, das eigene Verhalten und die Lebenseinstellung zu verändern. Im Gesundheitswesen anzusetzen – auch in den Praxen – und der Bevölkerung klare Hilfestellungen zu geben, ist die effizienteste Möglichkeit, ein Umdenken in der gesamten Bevölkerung zu initiieren und weiter zu verfestigen.

Es geht nicht darum, schlimme Szenarien zu entwickeln, sondern es geht darum, jedem klarzumachen, wie er sich verhalten sollte bzw. sein Verhalten ändern kann, damit die Folgen des Klimawandels verhindert werden können. Die Gesundheitsfrage liegt jedem am Herzen und ist ein guter Zugang für weitere Fragestellungen. Deshalb hat die übergreifend wirksame Aufklärung und Beratung gerade im Gesundheitsbereich einen sehr hohen Stellenwert. Doch es ist nicht nur eine Gesundheitsfrage, es ist eine gesellschaftliche Frage.

Zur Datenqualität und zu den Datenströmen und zu der Frage: Wie ist der Übergang von der Wissenschaft in die Praxis? Ich könnte viele Beispiele nennen. Wir selber nehmen im Rahmen des europäischen Programms Copernicus bzw. CAMS jeden Tag regional sowie deutschland- und europaweit frei verfügbare Vorhersagen der Luftqualität und des Klimas für die nächsten drei Tage vor. Aus den Daten wird bislang noch nichts abgeleitet, deshalb muss in einem nächsten Schritt gefragt werden: Was bedeutet das für unser Verhalten? Was bedeutet das für die Gesundheit?

Die Grunddaten aus der Wissenschaft sind europaweit in hoher Auflösung und gut aufbereitet verfügbar. Nur ist es keine wissenschaftliche Aufgabe im Bereich der Meteorologie oder Chemie, die Auswirkungen zum Beispiel auf einen Krankheitsverlauf zu ermitteln.

Die Helmholtz-Gemeinschaft besteht aus mehreren Zentren. Im Helmholtz-Zentrum Geesthacht hilft die Gruppe GERICS auf regionaler Ebene bei der Umsetzung bzw. Anpassung von Maßnahmen; zum Beispiel bei folgenden Fragen: Wie nutze ich vorhandene wissenschaftliche Informationen zum Klima oder zur Luftverschmutzung? Welche Maßnahmen kann ich nicht nur langfristig, sondern auch kurzfristig umsetzen?

Es gibt bereits finanzierte Umsetzungsangebote, die es ermöglichen, miteinander zu einzelnen, regional auch unterschiedlichen Fragestellungen in den Dialog zu treten. Dort eine Zusammenarbeit zu etablieren, ist sehr hilfreich dabei, die Datenqualität sowie die zielgerichtete Datennutzbarkeit zu verbessern.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Zunächst zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Sachen „Klimaschutz“. Das ist sicherlich begrüßenswert, nur muss es sinnvoll sein. Regional und überregional können sich Praxen, Kliniken und Rehakliniken an einer ganzen Menge von Aktivitäten beteiligen.

Ein Beispiel ist das Projekt „KLIK green“, die Ausbildung zu Klimamanagern. Dessen Ziel besteht darin, dass sich Kliniken und Experten innerhalb der Branche vernetzen, damit man voneinander lernen kann und – salopp gesagt – das Rad nicht in jeder Einrichtung neu erfunden werden muss.

Es gibt zudem Aktivitäten außerhalb der Krankenhäuser, auf kommunaler Ebene und überregional: Krankenhäuser überlegen sich gemeinsam mit der Industrie Maßnahmen und machen so Fortschritte gerade auch in Sachen „CO₂-Reduktion“ und „Klimaschutz“.

Zur Frage nach der Datenlage und nach dem Monitoring hat Herr Dr. Schrage die Sentinelpraxen als Möglichkeit genannt. Ich kann nur aus der Praxis berichten: Es gibt Möglichkeiten, sich als Klinik beim Deutschen Wetterdienst anzubinden und eine Forecast-Information darüber zu erhalten, wie sich die Wetterbedingungen vor Ort entwickeln werden. So wird es möglich, Vorsorge zu treffen, Mitarbeiter frühzeitig zu sensibilisieren und auf Verfahrensweisen aufmerksam zu machen, etwa auf die Bevorratung mit Getränken und Ähnliches.

Wir gelangen über das LZG an gute Informationen, die WHO hält Informationen bereit, es gibt darüber hinaus zahlreiche Publikationen und Unterstützungsangebote, man muss sie nur nutzen. Man hat fast schon zu viele Informationen, die sortiert und vor Ort in den Einrichtungen so aufbereitet werden müssen, dass man einen Nutzen daraus ziehen kann. Das wäre demnach zumindest in Ansätzen ein Transfer von der Wissenschaft in die Praxis.

Es gibt in vielen Einrichtungen weniger ein Erkenntnisdefizit als vielmehr die Problematik der Umsetzung von Maßnahmen mit dem vorhandenen Personal.

Dr. Sven Lueke (Institute for Health Care Business): Herr Bakum, zu der Frage nach der sektorenübergreifenden Betrachtungsweise. Das zu tun, ist auf jeden Fall sinnvoll. Im Sinne des Klimaschutzes sollten möglichst viele CO₂-Äquivalente möglichst zeitnah eingespart werden.

In unserem Gutachten haben wir ausschließlich Krankenhäuser betrachtet. Sie haben im Gesundheitswesen den größten CO₂-Fußabdruck und spielen daher eine große Rolle. Pro Bett und Jahr fallen rechnerisch etwa 32.000 kWh an; das entspricht dem doppelten Jahresverbrauch eines Durchschnittshaushalts. Deswegen muss man Krankenhäuser, Rehakliniken und auch Arztpraxen im Blick behalten.

Herr Bakum, Sie haben außerdem gefragt, ob das Projekt „KLIK green“ nicht auch auf Landesebene umgesetzt werden sollte. In vielen Krankenhäusern, die sich noch nicht auf den Pfad der Klimaneutralität begeben haben, fehlen teilweise die Zuständigkeiten. Wer kümmert sich eigentlich um Klimaschutzmaßnahmen und koordiniert sie? Wer begeistert die Menschen im Krankenhaus dafür? Solche Projekte können in der Tat

hilfreich sein. Zudem könnte man „KLIK green“ nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für Arztpraxen und Rehakliniken anbieten.

Um die Brücke zu dem Gutachten „Zielbild Klimaneutrales Krankenhaus“ zu schlagen: Man müsste über eine Anschubfinanzierung nachdenken. Die Ertragslage von Krankenhäusern ist nicht so gut, dass alle einen Klimamanager einstellen könnten. Man muss den Krankenhäusern unter die Arme greifen und ihnen eine Anschubfinanzierung für die Dauer von mehreren Jahren geben, damit Personal für den Klimaschutz eingestellt werden kann und das Ganze ins Rollen kommt. So könnte man sich organisatorisch auf den Weg in Richtung „klimaneutrales Krankenhaus“ begeben.

Joachim Stapper-Müer (Verband der Privatkliniken NRW): Die Rehakliniken unterscheiden sich in einem besonderen Punkt deutlich von allen anderen Bereiche, die für die gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zuständig sind: In unseren Häusern sind die Patienten ungefähr drei Wochen, manchmal länger. Eine Lebensstiländerung spielt in der Rehaklinik eine ganz andere Rolle, weil es darum geht, die Patientinnen und Patienten fit zu machen. Sie sollen, nachdem ihre gesundheitliche Beeinträchtigung weitestgehend behoben worden ist, auch zu Hause nachhaltig gesund bleiben.

Zum Problem der Klimaveränderung ist mit Blick auf die Daten und Auswirkungen bereits alles gesagt worden. Stichwort „Getränkeversorgung“: Darauf muss man sich einstellen. Eine entsprechende Bevorratung ist abhängig davon, wie lange sich ein Patient in einer Einrichtung aufhält. Es ist ein Unterschied, ob er für drei Wochen in einer Rehaklinik bleibt oder nur für eine Woche in ein Krankenhaus geht.

Ein ganz praktisches Beispiel: In den Rehakliniken gibt es mittlerweile vielfach ältere Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die in den 60er- und 70er-Jahren nach Deutschland gekommen sind. Insgesamt haben wir – das will ich nicht ausschließlich auf Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund beschränken – ein Vermittlungsproblem bezüglich der Notwendigkeit zur persönlichen Gesundheitsvorsorge; etwa wenn es während einer Hitzewelle darum geht, ausreichend zu trinken, entsprechend zu essen usw. Dies noch mehr ins Bewusstsein des Einzelnen zu bringen, ist ein großes Thema. Das stellen wir nicht nur bei Patientinnen und Patienten, sondern auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fest. Wir sind durchaus dazu in der Lage, Getränke zur Verfügung zu stellen, die Inanspruchnahme hingegen ist hier und da durchaus verbesserungswürdig. Man kann das aber nicht ständig nachverfolgen. Dieses Problem kann nur langfristig angegangen werden.

Das Gleiche gilt für das Thema „Mobilitätskonzepte“: Diensträder – E-Bikes – werden sehr gerne angenommen, aber nur in der Freizeit und nicht für den Weg zur Arbeit genutzt. Das ist dann häufig zu anstrengend, oder es heißt: Ich habe dafür nicht genug Zeit. Oder: Ich müsste dann noch duschen, nachdem ich angekommen bin. – Duschen haben wir genug, das ist nicht das Problem.

Dieses Bewusstsein in die Gesellschaft hineinzubringen, ist eine langfristige Aufgabe, an der wir uns sehr gerne beteiligen, allerdings auch Unterstützung brauchen. Wir wollen nicht wieder über das Geld reden, nur könnte man mit bestimmten Maßnahmen einfach mehr tun, um die Bevölkerung, gerade auch die unterschiedlichen kulturellen

Kreise, stärker zu erreichen. Das ist uns ein ganz besonderes Anliegen, weil wir die Situation genau kennen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Ich schaue noch einmal in die Runde und eröffne die dritte Fragerunde mit der Frage von Frau Thoms. Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Meral Thoms (GRÜNE): Wir haben viel zu den wichtigen Themen „Gesundheitsförderung“, „Prävention“ und „Lebensstiländerungen“ gehört. Vor allem dort wollen wir ansetzen. Herr Dr. Großgarten hat eben angedeutet, dass dies ein schwieriges Thema sei. Eine Präventionskampagne zum Beispiel wäre im Wettbewerb mit vielen anderen Präventionskampagnen. Was sind aus Ihrer Perspektive Erfolgsfaktoren für Gesundheitsförderung und Prävention? Denken Sie dabei ruhig auch an Medien, Mittel und Instrumente.

Die Frage richtet sich vornehmlich an die beiden KVen, an die Krankenhausgesellschaft und an Herrn Stapper-Müer.

Dr. Karlheinz Großgarten (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [per Video zugeschaltet]): Die Verhaltens- bzw. Lebensstiländerung ist in der Tat ein sehr schwieriges Unterfangen. Was braucht man dafür? Man braucht natürlich Zeit. In der ärztlichen Sprechstunde kann man sich dem Patienten individuell widmen. Im Hinblick auf eine gesundheitliche Verbesserung des Lebensstils kann man ihn davon zu überzeugen versuchen, wie er davon profitieren würde. Natürlich kann man auch das Verständnis dafür fördern, dass eine Lebensstiländerung nicht nur ihm selbst zugutekommen, sondern eine Limitierung negativer Konsumgegebenheiten dem Klimawandel insgesamt entgegenwirken würde.

Erfolgsfaktoren sind Zeit für Beratung, eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit und die engmaschige Begleitung des Patienten. Wenn er diesen Weg beschreiten will, sollte man ihn positiv bestärken und aufzeigen, ob es tatsächlich nachweisbare Veränderungen gibt; das halten wir für extrem wichtig. Nur müssen die ärztlichen Praxen entsprechend gefördert werden, damit sie derartig intensive Präventionskampagnen bzw. eine Präventionsbegleitung des Patienten durchführen können.

Dr. Volker Schrage (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Was wollen denn die Patienten? Sie wollen lange gesund bleiben, und sie wollen sich gesund ernähren. Danach wird immer häufiger gefragt, und das Bewusstsein dafür ist deutlich gestiegen. Alle wollen alt werden, aber niemand will alt sein. Worauf ich hinaus will: Eine mögliche Kampagne darf nicht zu oppressiv sein. Den erhobenen Zeigefinger haben wir uns in den Praxen schon lange abgewöhnt. Eine Kampagne muss für die Menschen inhaltlich zugänglich und multimedial sein. Sie muss außerdem die niedergelassenen Kollegen und die Mitarbeiter*innen einbinden.

Ich kann Herrn Großgarten in allen Aspekten nur recht geben: Es ist ein schwieriges Unterfangen, und wir sollten uns nicht der Illusion hingeben, dass wir damit alle

Patienten erreichen. Je mehr wir erreichen, desto besser ist es. Sie sprachen eben von einem Wettbewerb der Systeme: Es gibt diese Diät, und es gibt jene Diät – das könnte man gut vereinheitlichen.

Letztendlich bedeutet die Planetary Health Diet nichts anderes als eine gesunde Ernährung. Einige Menschen können ganz auf Fleisch verzichten, andere können weniger auf Fleisch verzichten. Man muss für sie alle einen Weg finden. Das bedarf einer sehr differenzierten Schulung, die unterstützt werden muss, und einer sehr differenzierten Beratung.

Ich habe mich gerade mit einer großen Werbekampagne für den Beruf der MFA beschäftigt, die die Bundesärztekammer durchführt. Dabei lernen wir: Die Kernpunkte müssen auch multimedial an den richtigen Stellen ständig wiederholt werden. Wenn wir springen, müssen wir auch richtig springen, damit es funktioniert.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Ihre Frage zu beantworten, ist aus dem Stegreif gar nicht so einfach, Frau Thoms. Die Krankenhäuser sowie Rehaeinrichtungen und -kliniken sind ein eigener Mikrokosmos, gleichwohl bilden die Mitarbeiter als auch die Patienten einen Ausschnitt der Gesellschaft.

Die Einrichtungen haben vor allem durch die jüngsten Bemühungen zur Gesundheitsförderung und angesichts des gesamten Themas „Klimaschutz“ schon einiges auf den Weg gebracht, um das Mindset zu verändern – mehr bei der Mitarbeiterschaft als bei den Patientinnen und Patienten. Letztere sind im Durchschnitt nur einen relativ kurzen Zeitraum in der Klinik, sodass man keine großartigen Ernährungsveränderungen herbeiführen kann. Das ist in der Rehaklinik anders. Wenn man sich drei, vier, teilweise sechs Monate dort aufhält, dann geht so etwas vielleicht eher.

Bewegungsangebote, Pendeln mit dem Rad zur Arbeit, gesunde Ernährung auch in den Kantinen sowie ein Ideenmanagement in Krankenhäusern, mit dem man die Ideen der Mitarbeiterschaft oder der Besucherinnen und Besucher sammeln kann, wären ein Einstieg, um das Thema stärker in der Bevölkerung zu verankern. Das ist ganz wichtig. Wir sind zwar nur ein Teilbereich der Gesellschaft, aber wir können voranschreiten, und das wollen wir auch tun.

Joachim Stapper-Müer (Verband der Privatkliniken NRW): Ich kann mich insbesondere dem anschließen, was Herr Klein gesagt hat. Wir haben die Patienten nicht vier, fünf oder sechs Monate im Haus, sondern nur drei bis sechs Wochen. Fortschritte stellen sich letztendlich immer dann ein, wenn die oder der Einzelne den Aufenthalt positiv erlebt. Das ist überall so. Wenn man sagt: „Du musst jetzt dieses oder jenes tun“, erreichen wir damit nicht viel.

Wir versuchen zum Beispiel, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch die Patientinnen und Patienten dazu zu bringen, Fahrräder zu benutzen. Gerade Ältere sind sehr unsicher im Umgang mit Fahrrädern, vor allem mit E-Bikes. Im vergangenen Jahr haben wir damit angefangen, Patienten das Radfahren schmackhafter zu machen. Wenn man es ihnen näherbringt und mit ihnen regelmäßig Touren unternimmt, dann ist durchaus Begeisterung vorhanden. Die einen oder anderen sagen: Wir

machen das ab jetzt auch zu Hause. – Ob dieser Vorsatz von langer Dauer ist, ist schwierig zu sagen, aber man darf nicht aufhören, dieses Thema zu vermitteln.

Wenn wir nur einen Menschen dazu bekommen, sich umweltfreundlicher zu bewegen oder zu ernähren, dann ist es immer noch besser als niemanden. Also dürfen wir an diesen Stellen nicht nachlassen, auch wenn es manchmal mühsam ist. Wir müssen das tun, und wir wollen das auch tun.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Ich muss noch etwas klarstellen: Ich habe eben gemerkt, dass es Irritationen hervorgerufen hat, als ich von drei Wochen bis sechs Monaten sprach. – Sie japsten nach Luft, Herr Stapper-Mür.

Das war kein Versprecher. Es gibt tatsächlich Rehaindikationen in der Entwöhnungstherapie, also in der Suchtkrankenbehandlung, bei denen die Verweildauern bis zu sechs Monate im stationären Bereich betragen. Wir selber haben in unserem Verbund eine solche Einrichtung. Dort ist auch die Ernährung ein großes Thema. Dies nur zur Klarstellung: Es war tatsächlich eine bewusste Äußerung.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer: Wir sind am Ende unserer heutigen Anhörung angekommen. Ich bedanke mich bei den Sachverständigen, dass sie uns zur Verfügung gestanden und unsere Fragen beantwortet haben. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise bzw. Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Das Protokoll der heutigen Veranstaltung ist nach Fertigstellung auf der Internetseite des Landtags einsehbar.

Ich schließe hiermit die Anhörung. – Vielen Dank.

gez. Daniel Hagemeyer
stellv. Vorsitzender

Anlage

19.05.2023/23.05.2023

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Klimaschutz ist Gesundheitsschutz – NRW macht sich auf den Weg zu einer
klimagerechten Gesundheitsversorgung**

Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN,
Drucksache 18/2544

am Mittwoch, dem 26. April 2023
10.00 bis 12.00 Uhr, Plenarsaal, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen Bochum	Dr. Odile Mekel	18/484
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Düsseldorf	Dr. Karlheinz Großgarten (virtuell)	18/459
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund	Dr. Volker Schrage Carsten Vosseler	18/448
Professor Dr. Andreas Wahner Forschungszentrum Jülich	Prof. Dr. Andreas Wahner	18/495
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf	Sascha Klein Matthias Blum	18/496
Dr. Sven Lueke Institute for Health Care Business Essen	Dr. Sven Lueke	----
Verband der Privatkliniken NRW e.V. c/o Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Düsseldorf	Joachim Stapper-Müer	18/497