



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

99. Sitzung (öffentlich)

9. Dezember 2020

Düsseldorf – Haus des Landtags

9:30 Uhr bis 12:10 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

3

Gesetzentwurf
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/11162

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

* * *

Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/11162

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich begrüße die Damen und Herren Abgeordneten sowie insbesondere die anwesenden Sachverständigen. Der VdEK wird heute nicht wie angekündigt durch Herrn Ruiss, sondern durch Herrn Mruck vertreten.

Die heutige Sitzung wird im Internet per Livestream übertragen.

Ich darf darauf hinweisen, dass wir auf Eingangsstatements verzichten. Sie dürfen unterstellen, dass die Abgeordneten Ihre Stellungnahmen – für deren Übersendung ich mich herzlich bedanke – schon ausgiebig studiert haben. Sie werden sich also gezielt mit Fragen an Sie wenden.

Zunächst werden die Fraktionen Fragen stellen, dann folgt eine Antwortrunde. In Anbetracht der großen Zahl würde ich vorschlagen, dass wir in der Reihenfolge des Tableaus vorgehen, soweit Sie Fragen gestellt bekommen haben. – Der Kollege Neumann beginnt.

Josef Neumann (SPD): Herzlichen Dank auch seitens der SPD-Fraktion für die zahlreichen Stellungnahmen, die Sie uns zur Verfügung gestellt haben. Mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz stehen wir vor einer großen Herausforderung, was die Zukunft der Krankenhäuser anbetrifft.

Ich hätte zunächst eine Frage an die Krankenkassen, vielleicht an Dr. Loeser von der AOK. Grundsätzlich die Frage: Warum brauchen wir eine neue Krankenhausplanung? Wo liegen die Defizite der aktuellen Krankenhausplanung?

Ich würde dann weitergehen zu den Diözesancaritasverbänden. Wie bewerten Sie die Maßnahme, das Bett als Planungsgröße im Krankenhausplan abzuschaffen bzw. in der Bedeutung sehr weit zurückzudrängen? Wird Ihrer Meinung nach damit das Ziel der Landesregierung erreicht, die Krankenhausplanung effizienter zu gestalten?

Dann hätte ich eine Frage an die Gewerkschaft ver.di. Befürworter der Reduzierung der Krankenhausstruktur kolportieren, dass mit der Zentralisierung der Krankenhauslandschaft in NRW der Fachkräftemangel, das Fachkräfteproblem maßgeblich gelöst werden kann. Wie bewerten Sie aus der Sicht der Gewerkschaft diese Position? Was bedeutet eigentlich die Struktur, um die es da geht, auch für das nichtpflegerische und für das nichtärztliche Personal bzw. für diesen Bereich?

Dann wäre für uns die Frage wichtig, auch in Richtung Krankenhausgesellschaft und in Richtung PatientInnen Netzwerk NRW: Wie bewerten Sie eigentlich das bisherige Verfahren? Wir erleben das Verfahren als ziemlich intransparent, wenn es um diese neue Krankenhausplanung der Landesregierung geht. Wäre es nicht angemessen gewesen,

alle relevanten Akteure engmaschig in den Prozess zu dieser neuen Krankenhausplanung zu beteiligen? Das wäre der Fall gewesen, wenn die Landesregierung den Gesetzesentwurf vorgelegt hätte; denn dann hätte es ja eine förmliche Anhörung der Verbände gegeben. Das ist jetzt nicht passiert und im Grunde genommen findet jetzt zum ersten Mal eine parlamentarische Beteiligung statt.

Die zusätzliche Frage, die ich hier noch hätte, wäre: Erscheint Ihnen die neue Krankenhausplanung nicht bereits jetzt überholt, auch wenn man die Pandemiesituation betrachtet? Wir diskutieren jetzt über eine neue Krankenhausplanung und stellen fest, dass wir durch die Pandemie teilweise an unsere Grenzen kommen. Muss nicht noch einmal eine Pandemiebewertung vorgenommen werden, bevor wir zu weiterreichenden Punkten in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen kommen? Das wäre eine Frage an die Krankenhausgesellschaft, aber auch an den Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf.

Peter Preuß (CDU): Auch seitens der CDU-Fraktion recht herzlichen Dank für die vorliegenden Stellungnahmen und für die Bereitschaft, mit uns über das Thema zu sprechen.

Sie wissen, worum es geht: Krankenhausgestaltungsgesetz, die Planungsgröße Bettenzahl soll entfallen, stattdessen ist von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen die Rede. In diesem Zusammenhang hätte ich eine Frage an die Krankenhausgesellschaft NRW und an die Ärztekammern, aber auch an Herrn Braun vom Verbund Katholischer Kliniken in Düsseldorf. Können Sie die positiven Aspekte der Qualitätssicherung beschreiben, die eine Krankenhausplanung auf der Grundlage von Leistungsbereichen haben könnte? Oder auch ganz konkret: Welche Auswirkungen hätte das auf die Situation der Krankenhäuser vor Ort, wenn es zu dieser Definition kommen würde?

Die zweite Frage richte ich an die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen: Worin liegen die Defizite der aktuellen Krankenhausplanung und was muss daran verbessert werden?

Wie wirkt sich die neue Krankenhausplanung auf den Wettbewerbsdruck unter den Krankenhäusern insgesamt aus? Diese Frage richte ich an die Krankenhausgesellschaft NRW und an die Vertreter der Krankenkassen.

Susanne Schneider (FDP): Sehr geehrte Sachverständige, auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie uns heute in der Anhörung zu dem Gesetzesentwurf von CDU und FDP zur Verfügung stehen.

Meine erste Frage richtet sich an Herrn Engler von den Sana Kliniken: Halten Sie eine Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes grundsätzlich für notwendig? Wie beurteilen Sie in diesem Sinne den vorliegenden Gesetzesentwurf von CDU und FDP? Fehlen aus Ihrer Sicht noch bestimmte Aspekte im Gesetzesentwurf? Wenn ja, welche? Welche Positionen sollten Ihrer Meinung nach auf jeden Fall darin enthalten sein?

Die zweite Frage richtet sich an die Krankenkassen, an die Ärztekammer und an die Krankenhausgesellschaft: Wie sind aus Ihrer Sicht – danach hat Herr Kollege Preuß schon in ähnlicher Form gefragt – Alternativen zur Krankenhausplanung mit der Orien-

tierung an Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben zu bewerten? Wäre ohne diese Neuausrichtung nicht auch ein größerer Wettbewerbsdruck und damit ein kalter und ungeordneter Strukturwandel die Folge? Würde eine starke Zentralisierung – wie nach dem Vorschlag der Bertelsmann-Stiftung oder in der Praxis auch in Dänemark – nicht die Erreichbarkeit der Versorgung in der Fläche gefährden?

Noch eine Frage an die Krankenkassen, an die Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammern: Wie sollte aus Ihrer Sicht künftig die stationäre Versorgung speziell im ländlichen Raum auch bei geringen Fallzahlen im Hinblick auf Erreichbarkeit und Qualität ausgestaltet werden? Inwiefern sind dabei sektorenübergreifende Versorgungskonzepte und das Belegarztwesen einzubeziehen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrte Damen und Herren, auch von unserer Seite aus ein herzliches Dankeschön für die bereits eingereichten Stellungnahmen und vor allem für die Möglichkeit, heute Rückfragen an Sie zu stellen.

Die erste Frage würde ich gerne an die Vertreter der Ärztekammern richten. Aus dem neuen Krankenhausgestaltungsgesetz ergeben sich ja einige Probleme für die ärztliche Weiterbildung. Insbesondere soll nun eine verbindliche Regelung für Weiterbildungsverbünde gefunden werden. An welchen Stellen erwarten Sie dort noch Hilfe von der Landesregierung bzw. was muss noch getan werden, damit Sie dem nachkommen können?

Dann eine Frage an Herrn Professor Dr. Noeker von den Landschaftsverbänden: Sie weisen – wie ich finde, sehr zu Recht – auf das Problem mit den Komorbiditäten insbesondere bei psychischen Erkrankungen hin. Vielleicht können Sie noch einmal genauer ausführen, wo das Problem liegt, jemanden mit verschiedenen Erkrankungen nach den neuen Vorstellungen der Landesregierung einer Fachklinik zuweisen zu können.

Dann eine Frage an den Vertreter von ver.di. Sie üben ja eine sehr ausgiebige Kritik bis hin zu dem Vorschlag, das Gesetz noch einmal insgesamt zu verschieben. Vielleicht können Sie einmal ausführen, wo die zentralen Kritikpunkte sind, warum Sie so große Bauchschmerzen haben, das Gesetz in dieser Form zu verabschieden.

Eine letzte Frage an die Vertreter von Caritas und VKKD. Auch Sie kritisieren sehr viele Dinge. Was sind aus Ihrer Sicht die besonders dringlichen Punkte, die noch abgeändert werden müssten?

Vorsitzende Heike Gebhard: Die Grünen sind noch nicht vertreten. Ich vermute, dass das mit der parallel stattfindenden Ältestenratssitzung zusammenhängt. Ich denke, sie werden noch Gelegenheit haben, Fragen zu stellen. Wir werden es sicherlich nicht bei der einen Fragerunde belassen.

Darüber hinaus muss ich Herrn Ruiss vom vdek entschuldigen, der aus gesundheitlichen Gründen verhindert ist. Der Vertreter des DBfK fehlt leider noch; aber an ihn sind jetzt keine Fragen gerichtet worden, sodass wir wie geplant mit der Beantwortung beginnen können. Ich darf also zunächst Herrn Kessmann oder Herrn Schoch – Sie werden sich verständigen, wer für den Caritasverband antworten möchte – um die Beantwortung der beiden Fragen bitten.

Heinz-Josef Kessmann (Caritasverband für die Diözese Münster e. V.): Herr Neumann, Sie hatten mir die Frage gestellt, wie wir die Idee bewerten, das Bett als Planungskategorie abzuschaffen, und ob das aus Ihrer Sicht beschriebene Ziel einer effizienteren Krankenhausplanung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erreicht wird.

Zu Bewertung des Bettes als Kategorie würden wir gerne darauf hinweisen, dass es aus unserer Sicht zwei unterschiedliche Planungsbereiche gibt, die unserer Meinung nach im Rahmen der Krankenhausplanung abgearbeitet werden müssen. Aus unserer Sicht ist ein Krankenhaus vor allen Dingen auch ein Instrument der lokalen Daseinsvorsorge. All das, was hier stattfindet, ist erst einmal eine Vorsorgeleistung und weniger eine Planungsleistung. Aus unserer Sicht ist planbar das, was man planen kann, und das sind vielleicht 40 bis 50 %, vielleicht aber auch nur 30 % der Krankenhausleistung. Ein wichtiger Teil ist die Daseinsvorsorge, die eine kommunale Aufgabe darstellt.

Das ist sozusagen der Hintergrund unserer Positionierung, warum wir sagen: Für den Bereich, der planbar ist, halten wir es für notwendig zu planen. Da ist möglicherweise das Bett tatsächlich nicht die richtige Kategorie, sondern es geht auch um qualitätsbezogene Aspekte, die in diesen Planungsaspekt einfließen müssen. Es hat sich gezeigt, dass auch die DRGs nicht das richtige Instrument sind. Davon ist ja gegenüber dem Ursprungsgutachten auch in der Gesetzesentwicklung abgewichen worden.

Von daher würden wir sagen, schon. Sie haben in einer anderen Frage, die Sie an jemand anderen gestellt haben, auch auf die Pandemieerfahrung hingewiesen. Das belegt sehr deutlich diesen Aspekt der Daseinsvorsorge; denn Pandemiebekämpfung ist nicht nur eine Sache der Universitätskliniken und anderer großer Kliniken der Vollversorgung, sondern ist in gewissen Schritten und für bestimmte Patientengruppen auch eine Sache des Krankenhauses der Grundversorgung.

Ob das Ziel einer effizienteren Krankenhausplanung tatsächlich erreicht wird, ist aus unserer jetzigen Sicht schwer zu beantworten, weil für das, was bisher vorliegt und worüber in vielen Punkten auch im Planungsausschuss usw. gestritten wird, die Auswirkungenanalyse noch nicht vollständig bzw. noch nicht diskutiert.

Wir hielten es für dringend notwendig, wenn man einen so umfassenden Schritt wie eine neue Krankenhausplanung angeht und diese vor allen Dingen auch auf neue Kriterien aufsetzen will, vorab Klarheit darüber zu haben, wie sich diese Kriterien, die dann ja gesetzlich beschrieben werden und Verbindlichkeitscharakter haben, auf die Situation auswirken. Zur Effizienz gehört sicherlich der Kostenaspekt, es gehören aber auch der Erhalt des Systems und die Fragen der Qualität dazu, die dieses System dann leisten kann.

Insoweit gibt es aus unserer Sicht sicherlich einige Hinweise darauf, dass das, was im Gesetz steht, möglicherweise noch nicht vollständig durchdacht ist. Beispielsweise dass einzelne Fallzahlen in den Leistungsgruppen und Leistungsbereichen im Feststellungsbescheid festgeschrieben werden, wird sicherlich erhebliche Auswirkungen darauf haben, wie es mit dem Wahlrecht der Patienten ist, wenn eine Leistungszahl, die im Feststellungsbescheid steht, erreicht worden ist. Geht der Patient dann zu dem Krankenhaus, das vielleicht eine schlechtere Leistung bietet? Das kann ja ernsthaft die Idee nicht sein, also muss es an dieser Stelle sicherlich Veränderungen geben.

Das ist nur ein Beispiel von den Punkten, die wir angeführt haben und die auf jeden Fall in einer weiteren Entwicklung des Gesetzes eine Rolle spielen müssen.

Herr Dr. Vincentz, Sie hatten mich ebenfalls nach den dringlichen Punkten zur Abänderung gefragt. Ich glaube, ich habe wichtige Aspekte in der Antwort an Herrn Neumann bereits genannt. Unsere Einschätzung ist, dass sich bei einer Auswertung, einer Auswirkungsanalyse dessen, was jetzt vorliegt, mehrere solcher Punkte ergeben werden, wo zum Beispiel das, was im Gesetzentwurf beschrieben ist, eben doch nicht die Qualität sichern kann, die man mit dieser Planung gewährleisten will.

Jochen Brink (Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.):

Herr Neumann, ich möchte mit dem zweiten Aspekt beginnen, den Sie angesprochen haben, nämlich der Frage: Ist die neue Planung überhaupt noch angesagt vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Coronapandemie?

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass Nordrhein-Westfalen heute in seiner Krankenhausstruktur gut und breit aufgestellt ist. Wir haben eine gute regionale Erreichbarkeit für die Bürgerinnen und Bürger. Wir gehen davon aus, dass wir eine gute Qualität anbieten. Gerade in der Coronazeit hat sich gezeigt, wie wichtig eine regionale Zusammenarbeit der Krankenhäuser ist, und die hat auch stattgefunden. Insofern gehen wir davon aus, dass sich unsere derzeitige Struktur in der Coronapandemie besser bewährt hat als hochzentralisierte Systeme, wie wir sie aus anderen Ländern kennen, beispielsweise aus den Niederlanden oder aus Belgien.

Wir halten das politische Bekenntnis zu der wohnortnahen Versorgung, das von unserer Regierung ausgesprochen worden ist, für richtig und zielführend. Das heißt aber nicht, dass wir alles so lassen wollen, wie es ist. Wie jede Struktur bedarf auch die Krankenhausstruktur in NRW der Weiterentwicklung und der qualitativen Verbesserung. Bei einer neuen Krankenhausplanung, die als Oberziel die weitere qualitative Verbesserung der Versorgung für unsere Bürgerinnen und Bürger hat, gehen wir mit.

Würde das Oberziel eine bloße Standortreduzierung, also Krankenhausschließung als Selbstzweck verkörpern, dann würden wir auch vor dem Hintergrund des ordentlichen Standes, den wir haben, dringend davor warnen, einen solchen Weg zu gehen. Aber die Zielsetzung ist ja die Verbesserung der Versorgungsqualität. Dabei spielen die Reduzierung von Doppelvorhaltungen, die Kooperation von Krankenhäusern und die Bündelung hochspezialisierter Leistungen im Sinne einer tiefer strukturierten Versorgungslandschaft eine große Rolle. Es ist immer die Frage, wie man es macht, aber vom Grunde her gehen wir auch dabei mit.

Dabei werden bestimmte Standorte infrage zu stellen sein. Darüber denken im Übrigen auch die Träger von Krankenhäusern proaktiv nach. Aber ich möchte es noch einmal betonen, weil es uns so wichtig ist: Es muss immer in Konsequenz der Qualitätsanalyse betrachtet werden und darf nicht zum Selbstzweck erhoben werden mit der Frage: Reichen nicht vielleicht auch weniger Krankenhäuser? Wichtiger Punkt: Qualitätsbetrachtung.

Im Hinblick auf die Pandemie konkret ist noch festzustellen, dass wir sicherlich zukünftig eine Kapazitätsreserve für ähnliche Erscheinungen brauchen. Wenn wir Corona überwunden haben, wird nicht alles so sein wie vorher. Und diese Reservekapazität

wird ja auch von der politischen Seite – zu Recht, wie ich finde – gefordert. Wichtig ist dann allerdings auch, dass diese Reservekapazität im Finanzierungssystem, das ja in großen Teilen in den Händen des Bundes liegt, auch entsprechend finanziert wird. Man kann nicht eine Reserve fordern, ohne darüber nachzudenken, wie die Reserve auf der anderen Seite bezahlt werden soll. Darauf kommen wir vielleicht noch einmal.

Ihre zweite Frage, Herr Neumann, richtete sich auf den Ablauf der Geschehnisse und die Transparenz des Verfahrens. Also erst einmal: Wo stehen wir? Der Landesausschuss für Krankenhausplanung und seine Arbeitsgruppen haben bis heute an der Struktur der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sowie an den jeweiligen Mindestanforderungen qualitativer Art und an den Auswahlkriterien gearbeitet.

Vereinfacht gesprochen wird damit das Werkzeug der zukünftigen Krankenhausplanung geschaffen. Wenn dieses konsentiert ist, wird es um zwei weitere wichtige Fragenkomplexe gehen, die jetzt noch gar nicht abschließend besprochen worden sind, nämlich um die Frage der Feststellung und der Prognose des künftigen Bedarfes, des Versorgungsbedarfes. Und wenn man schon solche strukturellen Veränderungen im größeren Stil andenkt, ist ganz wichtig die Betrachtung der wirtschaftlichen Folgeeffekte.

Die wirtschaftlichen Folgeeffekte beziehen sich einerseits auf die Betriebskosten, zum anderen auf den mit den strukturellen Veränderungen einhergehenden Investitionsbedarf. Bei den Betriebskosten stellt sich die Frage, ob das Leistungsspektrum, das dann im neuen Krankenhaus verbleibt, insbesondere bei den sogenannten Grundversorgern, die im Wesentlichen eine Innere und eine Chirurgie anbieten, überhaupt im DRG-System noch angemessen refinanziert wird oder ob es zwingend einer Veränderung der Betriebskostenfinanzierung bedarf, um diese Struktur dann auch entsprechend umzusetzen.

Im Bereich der Investitionsfinanzierung hat sich das Fördervolumen für die NRW-Krankenhäuser aufgrund von Bundes- als auch von erheblichen Landesmitteln deutlich verbessert. Ob diese Investitionsmittel allerdings für eine Umstrukturierung gemäß dem neuen Krankenhausplan reichen, wird entscheidend davon abhängen, wie tiefgreifend die Veränderungsprozesse sein werden. Das können wir ja heute noch nicht absehen. Man muss es aber vom Ende denken und darf jetzt nicht sagen, ein Krankenhaus bleibt mit reduziertem Leistungsangebot bestehen, ohne sich gleichzeitig auch mit der Frage auseinanderzusetzen, ob es dann überhaupt noch wirtschaftlich leben kann. Das fordern wir im Übrigen in dem Prozess auch nachhaltig ein.

Zur Zahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen insgesamt. Wir haben eine regional unterschiedliche Versorgungsdichte. Dieses erfordert auch eine sehr differenzierte Betrachtung ländlicher und urbaner Strukturen. Es wurde angesprochen, ich glaube, unter anderem von Frau Schneider, inwieweit gerade auch in der ländlichen Struktur die Einrichtungen noch existenzfähig sind. Das können wir noch nicht absehen, weil wir ja erst beim ersten Schritt sind – Schaffung des Werkzeuges – und uns jetzt so langsam an das Thema Auswirkungsanalysen heranarbeiten; darauf komme ich gleich noch.

Fazit zum Thema Ablauf: Wir stehen da noch am Anfang. Wir wollen jetzt das Werkzeug konsentieren. Die anderen Schritte kommen dann noch. Es liegt in den Händen

des Landesausschusses für Krankenhausplanung. Ich glaube, da gehört es dem Grunde nach auch hin.

Wir haben uns in den Arbeitsgruppen gegenseitig versichert, dass wir Stillschweigen bewahren wollen – insofern vielleicht auch die Wahrnehmung von Intransparenz –, bis wir sprachfähig sind und einen konsentierten Stand haben. Daran halten wir uns auch. Es wird aber sicherlich auch im Interesse des Ministeriums und des Landesausschusses sein, die von Ihnen zu Recht geforderte Transparenz über die jeweiligen Arbeitsergebnisse dann auch in Bälde herzustellen.

Dann möchte ich kurz auf das Thema Wettbewerbsdruck und Auswirkungsanalyse kommen. Wie gesagt, der Beratungsprozess zu den Leistungsgruppen ist noch nicht abgeschlossen. Die verschiedenen Beteiligten, auch die Krankenhausgesellschaft NRW, haben umfangreiche Auswirkungsanalysen gemacht. Wir haben daraus einen deutlichen Änderungsbedarf für die bisherige Arbeitshypothese der Leistungsgruppen abgeleitet. Mit der Version 1.0 der Arbeitshypothese aus dem Sommer kamen wir zu erheblichen Verwerfungen, und – ohne das jetzt im Detail ausbreiten zu wollen – es gab einen breiten Konsens, dass wir eine Schleife drehen müssen und das Werkzeug noch mal überarbeiten müssen, sprich eine deutliche Veränderung der Leistungsgruppenstruktur, auch eine Straffung der Leistungsgruppenstruktur vornehmen müssen, um – Konsequenz der Auswirkungsanalyse – auch die Existenzfähigkeit der Krankenhäuser letzten Endes zu erreichen und sie nicht unnütz, ohne dass es mit Qualität zu begründen wäre, zusätzlichem Wettbewerbsdruck zu unterstellen.

Die Bearbeitung der Leistungsgruppenstruktur läuft also. Es gibt aber besondere Themenfelder – damit komme ich auf das Gesetz, will es hier aber zunächst nur antippen –, die wir jetzt erkannt haben, zum Beispiel den Bereich Spezialversorger, Fachkliniken, Belegarztstrukturen oder generell die Frage, welche Formen von Kooperation zukünftig zugelassen sein sollen und gewollt sind.

Es kann ja nicht bestraft werden, wenn Krankenhäuser in der Vergangenheit gesagt haben: Wir nehmen mal diesen Prozess gedanklich vorweg, wir einigen uns in unserer Stadt. Jetzt hat aufgrund dieser Einigung einer zum Beispiel die Kardiologie verloren und wird jetzt, weil das so ist, in der neuen Krankenhausplanung dafür bestraft. Das muss vermieden werden. Deswegen müssen wir uns mit der Frage lokaler Kooperationen, trägerspezifischer Kooperationen auseinandersetzen und, wie eben ausgeführt, mit der Frage des Bedarfes und der wirtschaftlichen Implikationen ohnehin.

Wir gehen davon aus, dass hierbei durchaus noch Tatbestände erkennbar werden, die auch nach einer gesetzlichen Regelung verlangen. Insofern sind wir der Meinung, dass momentan der Zeitpunkt für die Verabschiedung des dritten Änderungsgesetzes zum KHGG eher ein wenig zu früh ist, weil wir noch mitten im Prozess sind und ständig Fragestellungen aufscheinen, die möglicherweise auch gesetzlich zu regeln sein werden.

Damit kann man auf zwei Arten mit umgehen. Das eine ist, man sagt: Gut, dann geben wir uns doch im Gesetzgebungsprozess noch ein wenig weitere Zeit, damit das Gesamtgebilde inklusive Rahmenplan besser erkennbar wird. Man kann aber auch sagen: Lasst uns erst einmal die jetzt vorgesehene Version umsetzen, muss dann aber darauf gefasst sein, dass es weitere gesetzliche Regelungstatbestände geben könnte

oder vielleicht auch geben wird und dann vielleicht ein weiteres Gesetz zur Änderung des KHGG vor Aktivschalten des Krankenhausplanes hinterhergeschaltet werden muss.

Gregor Bornes (PatientInnen Netzwerk NRW): Herr Neumann, Sie hatten an mich die Frage gerichtet, inwiefern der Prozess, der da gerade läuft, zu intransparent ist und womöglich auch zu schnell passiert.

Ich kann das grundsätzlich bestätigen. Wir als Patientenvertretung sind in die Arbeitsgruppe Krankenhausplanung eingeladen worden und haben den Prozess von innen durchaus mitbekommen, konnten durchaus auch einiges dazu beitragen, wie die Debatte gelaufen ist. Wir stellen aber fest, dass gerade vor dem Hintergrund dieser sehr umfangreichen Änderungen, die jetzt in der Planung sind, ganz erhebliche Dinge in der Krankenhauslandschaft passieren werden, bei denen wir uns eigentlich wünschen würden, dass diese Auswirkungsanalyse, die gerade läuft, in einem öffentlichen Rahmen stattfindet, um schon mal deutlich zu machen, wohin die Reise gehen soll und welche Konsequenzen in der Krankenhauslandschaft das haben wird.

Was wir dazu sehen, ist, dass in der gesamten Debatte jetzt die Bedarfsanalyse folgt und hier auch schon deutlich wird, dass der Bedarf eine ausgesprochen schwer zu greifende Größe ist. Angesichts der Frage, ob wir es in den einzelnen Krankenhäusern, bei der einzelnen Leistungserbringung mit diesem typischen Mix aus Über-, Unter- und Fehlversorgung zu tun haben werden oder immer schon zu tun haben, stellt sich natürlich die Frage, ob man sich auf vorhandene Leistungserbringungszahlen und Kennziffern beziehen kann, was die Bedarfsanalyse angeht.

Aus unserer Sicht fehlt trotz der eigentlich vorangestellten Ausrichtung auf Qualität und Verbesserungen in der Leistungserbringung genau dieser Aspekt in der gesamten Diskussion, weil wir uns – und das ist Beschlusslage derzeit – überhaupt nicht anschauen: Wie sind Ergebnisqualitäten, was berichten eigentlich Patientinnen und Patienten aus ihren Erfahrungen zu Behandlungen? Die Daten sind zu einem Teil da, zu einem Teil aber auch nicht. An dieser Stelle ist aus unserer Sicht ganz klar, wir brauchen eigentlich noch eine ganz andere Debatte, nämlich zu der Frage, wie kann man die Qualität eines Krankenhauses als Patientin oder als Patient gut einschätzen und dann eine entsprechende Wahlentscheidung treffen.

Diese Fragen spielen derzeit überhaupt keine Rolle und das bemängeln wir sehr stark. Wir fordern deshalb, dass der gesamte Prozess durch eine öffentlich geführte Auswirkungsanalyse begleitet wird. Darüber hinaus sollten wir uns vornehmen, dass der Prozess der Implementierung und auch die Erfahrungen, die wir dann machen, die ja auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten ausgetragen werden, entsprechend beobachtet und zurückgemeldet werden. Also wir brauchen in dem gesamten Prozess einerseits eine deutlich größere Öffentlichkeit, auf der anderen Seite, wenn er denn implementiert wird, eine Auswirkungsanalyse, die nicht nur auf der theoretischen Ebene läuft, sondern sich in der Praxis genau anschaut: Wie entwickelt sich die Qualität wirklich, wie entwickeln sich die Kapazitäten wirklich? Gibt es wirklich Auswirkungen auf die Frage: Konkurrieren Krankenhäuser dann, wenn man Fachabteilungen vergrößert und spezialisiert? Hat das wirklich eine Auswirkung auf die Konkurrenz um

Patientinnen und Patienten zwischen Krankenhäusern oder aber gibt es hier womöglich unerwünschte Effekte?

Christian Engler (Sana Kliniken AG): Frau Schneider, Sie fragten, ob diese Reform richtig ist und wie wir sie beurteilen.

Ich möchte vorausschicken, dass die Coronakrise im Moment dazu führt, dass wir auch den Blick darauf richten müssen, mit wie vielen Kliniken wir diese Krankenhausreform erleben werden. Die Zeiten sind sehr angespannt. Wenn ich mir anschau, was in der aktuellen Diskussion dort passiert, dann reden wir schon darüber, dass es erhebliche Anspannungen gibt, die es keinesfalls sicher erscheinen lassen, dass die Kliniken das Ende des kommenden Jahres in der Anzahl erleben werden, die wir im Moment noch sehen. Das finde ich einen ganz wesentlichen Punkt, wenn Sie darüber nachdenken, wie lange sich die Diskussion um diese Reform noch hinziehen wird.

Im Wesentlichen schließen wir uns den Positionen der Krankenhausgesellschaft NRW an. Wir finden das gut und richtig. Wir wollen an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass wir die Sache aber vielleicht doch noch deutlicher beim Namen nennen sollten und an dieser Stelle über Überkapazitäten zu sprechen haben. Überkapazitäten zu benennen und klar auszuweisen ist nichts, was die DKG grundsätzlich ablehnt, sondern etwas, was durchaus anerkannt ist. Daher kann über die Reduktion dieser Überkapazitäten durchaus konstruktiv geredet werden. Also sollten wir die Idee haben, diese Überkapazitäten unter einem anderen Deckmantel zu bearbeiten, dann wäre es vielleicht der bessere Weg, noch einmal darüber nachzudenken, ob wir das nicht direkt ansprechen, auch über Anreize reden, das einzusteuern und zu schauen, wie wir von diesen Überkapazitäten herunterkommen.

Die Überkapazitäten, über die wir im Moment reden, sind die, die wir bei dem jetzigen Innovationsstand von Medizin betreiben. Wenn wir fünf oder sogar zehn Jahre vorausschauen, dann wird das ja deutlich mehr werden. Wir werden sicherlich ein weiteres Abnehmen der stationären Krankenhausbehandlung sehen. Insofern glaube ich, dass wir ganz dringlich miteinander auf einen Weg kommen müssen, auf dem wir das über die Jahre in eine Gestaltung und in eine Steuerung bringen.

Wenn man jetzt aber der Meinung ist, dass man das Ganze mit diesen Instrumenten und Leistungsgruppen, wie Sie das gesagt haben oder wie das der Gesetzentwurf vorsieht, machen will, dann schafft man erst mal deutlich mehr Regulation. Regulation, vor allen Dingen, wenn sie so kleinteilig wird, wie das im Moment geschieht, hat selten Probleme wirklich nachhaltig gelöst.

Was im Wesentlichen organisiert wird, ist ein Schieberiegel, der über diese Strukturkriterien dazu führt, dass immer mehr Krankenhäuser und dass insbesondere Grundversorger einfach in eine wirtschaftliche Schieflage kommen werden. Das Papier der Kassen, das hier eingereicht worden ist, spricht in den aufgezählten Leistungsgruppen im Durchschnitt von 50 % der Krankenhäuser, die als Anbieter wegfallen. Das muss man sich an dieser Stelle einfach klar machen. Das heißt, würde man das so betreiben, käme es möglicherweise zu einem völlig unkontrollierten Ausfall insbesondere von Grundversorgern – was Sie vielleicht anders geplant haben –, die durch die normative

Kraft des Faktischen, nämlich schlicht das, was die wirtschaftliche Situation hergibt, vom Markt genommen werden.

Anmerken möchte ich noch, dass die Organisation von Leistungsgruppen ja auch Silos organisiert. Gute Medizin entsteht an den Schnittstellen von Medizin. Sie entsteht dort, wo die Kollegen in Krankenhäusern eng zusammenarbeiten, wo sie das Hand in Hand tun. Da müssen wir aufpassen, dass genau das nicht verloren geht und wir über diese Silos etwas organisieren, was zunehmend in Isolation stattfindet.

Zu der Frage, ob man das Ganze auf die Basis von Qualität und damit von Mindestmengen stellt, sollten wir uns klar machen, dass die Mindestmengen keinesfalls ein so stark ausgewiesenes Qualitätskriterium sind, wie wir das immer populistisch meinen. Das sind sie nicht, das sind sie bei ganz wenigen Indikationen. Wo man dann auch kappt, also ob die Mindestmenge bei 40, 80, 89,163 oder wo auch immer liegt, das ist eine sehr willkürliche Annahme, geschweige dass man sie über das gesamte Indikationsspektrum zieht.

Sie fragten, Frau Schneider, was fehlt. Ich habe schlicht und ergreifend das Wort Digitalisierung in dem Gesetz gesucht. Wenn man das elektronisch tut, wird die Zahl Null ausgewiesen. Das finde ich überraschend, vor allen Dingen wenn wir so weit nach vorne schauen. Ich glaube, die Digitalisierung wird noch eine weit größere Rolle spielen, als wir das derzeit meinen. Da ist doch weitaus mehr und schneller in der Entwicklung, als wir das im Moment überschauen.

Und so, glaube ich, muss die sektorübergreifende Versorgung, insbesondere wenn wir dort in Richtung auf mehr medizinische Innovation gehen, weit mehr in den Blick rücken. Ich glaube, dass wir das, was wir bisher nicht in ausreichendem Maß geschafft haben, nämlich die Schnittstelle ambulant zu stationär, doch irgendwann noch anreichern müssen um „digital vor ambulant vor stationär“. Vielleicht sollten wir über solche Dinge mehr reden und dies hier einbringen.

Ich bitte noch einmal, sich auch mit den Folgeabschätzungen, den unbeabsichtigten Folgewirkungen auseinanderzusetzen. Wir werden dadurch auch Ärztewanderungen auslösen. Wir werden dieses typische Problem auslösen, dass man, wenn Arbeitnehmer wechseln, plötzlich die Strukturkriterien nicht mehr vorhalten kann. Wir werden aber auch darüber zu reden haben, was denn passiert, wenn diese Strukturen eingenommen werden müssen, weil das ja erhebliche Strukturumbrüche auch für diese Häuser sind. Es ist ja nicht so, dass die Leute morgen weggezaubert sind, sondern in irgendeiner Art und Weise werden wir das mit den Arbeitnehmern vollziehen müssen, um uns diesen Strukturen anzupassen.

Dann komme ich zum letzten Punkt. Wenn man noch einmal aufnimmt – das ist die Position der Kassen, wie sie vorgetragen worden ist –, dass 50 % der Häuser im weitesten Sinne betroffen sein werden, dann muss man in der Abwägung zu dem Volkswohl, das wir wohl miteinander aussteuern wollen, in Betracht ziehen, welche gigantische Vermögensvernichtung das dann auch schafft. Denken Sie mal an all die Fördermittel, die da reingegangen sind. Denken Sie an all die Arbeitsplätze, über die wir hier reden. Denken Sie an die Vermögensposition, die diese Unternehmen ja auch haben.

Ich glaube, die Abwägung, insbesondere wenn die Folgenabschätzung noch keine sichere ist, sollte noch einmal gut abgewogen werden. Wir reden hier nicht über 10 %, wir reden über 50 % und damit die Hälfte Ihrer Krankenhäuser in NRW, und dies vor dem Hintergrund einer völlig ungewissen Situation, wie denn der Ausfall insbesondere der Grundversorger stattfinden soll. Schneller als Sie meinen sind die 20 Minuten weit außer der Erreichbarkeit.

Jürgen Braun (Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf): Vielen Dank dafür, dass ich hier aus der Sicht eines einzelnen Krankenhausträgers zu den Fragen Stellung nehmen kann. Ich möchte einsteigen mit der Beantwortung der Frage von Herrn Neumann, welche Auswirkungen ich für die Kliniken bei der aktuellen Pandemie auf den Krankenhausplan sehe.

Wir alle wissen, dass das Krankenhauswesen insgesamt durch die Pandemie in arge Bedrängnis gekommen ist. Es ist noch nicht kollabiert, aber es ist an vielen Stellen hochproblematisch geworden. Das liegt nicht so sehr an den Gesamtkapazitäten, die Krankenhäuser vorhalten. Es liegt auch nicht in erster Linie an den Intensivkapazitäten, die ja in großer Zahl vorhanden sind und die dankenswerterweise mit Beatmungsplätzen etwas weiter ausgebaut worden sind; aber das ist auch nicht der wesentliche Punkt.

Dreh- und Angelpunkt für das ganze Problem im Gesundheitswesen ist das Personal. In diesem Punkt sehen wir massive Einschränkungen, die schon vorher da waren. Wir brauchen es niemandem zu erzählen, dass im Krankenhausbereich landauf, landab ein Personalnotstand herrschte. Es wäre völlig an der Sache vorbei anzunehmen, wenn ich ein Krankenhaus zumache, dann wandert das Personal in die anderen Krankenhäuser und alles ist gut. So etwas wird nicht stattfinden, insbesondere wenn die Patienten noch da sind. Also das Problem wird mit dieser Fragestellung von hinten aufgezümt.

In den Stellungnahmen zu den Intensivkapazitäten, vielfach in den Stellungnahmen insbesondere der höheren Verbandsgremien der Krankenkassen, liest man immer wieder, die Beatmung von Coronapatienten habe in Zentren stattgefunden. Das ist sicherlich teilweise richtig, es gab Zentren, die sehr stark belastet waren. Aber ich habe Ihnen mal die Zahlen für Düsseldorf mitgebracht. Ende November 2020 hatten wir in Düsseldorf insgesamt 47 beatmete Patienten mit einer Coronasymptomatik auf den Intensivstationen. Davon befanden sich 16 in dem einzigen Schwerpunktversorger, der Universitätsklinik. 27 solche Patienten wurden in den Grundversorgungskrankenhäusern behandelt. Und wir haben in Düsseldorf nur Krankenhäuser mit der Notfallstufe 1. Es gibt nur Basisnotfallversorger, außer der Universitätsklinik.

Man muss immer genau hinschauen, wie die Landschaft strukturiert ist. Sie ist unterschiedlich strukturiert, aber es gibt da massive Unterschiede. Jeder Grundversorger in Düsseldorf hat erheblich dazu beigetragen, dass die Patienten vergleichsweise gut durch ihre Historie gekommen sind. Wir haben hohe Todeszahlen insgesamt, aber das sähe noch ganz anders aus, wenn die Krankenhauslandschaft anders aussähe. Jedes Krankenhaus, auch wenn es klein ist, hat die Möglichkeit, im Rahmen seiner Kapazitäten Personal ein Stück weit zu verschieben, weiterzubilden, auf die Intensivstation zu bringen, um auszuhelfen usw. usf.

Das sehe ich in einem zentralisierten System als deutlich problematischer an. Sie werden das Personal auch nicht großartig vershiften können zwischen Krankenhäusern. Die Mitarbeiter in den Krankenhäusern, vielleicht mit Ausnahme der Ärzteschaft, sind schon sehr orts- und regionsgebunden. Das heißt, hier kann man auf dem Reißbrett keine großen Planungen vollziehen.

Die dann in dem Gesetzentwurf in Aussicht genommene Strukturierung mit einer Kapazitätsplanung in Richtung Fallzahlen sehe ich auch ganz kritisch. Natürlich ist die Frage, ob das Bett ein ideales Kriterium war. Darüber kann man lange philosophieren. Ideal war es sicher nicht, aber es war ein eingeübter und brauchbarer Anknüpfungspunkt.

Konkrete Fallzahlen in Feststellungsbescheiden niederzuschreiben halte ich für höchst problematisch. Das ist in einigen Stellungnahmen eben schon angeklungen; das auch direkt als Antwort an Herrn Preuß. Die Auswirkungen in den einzelnen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen sind noch völlig unklar, insbesondere für die Vertreter, die nicht in diesen aktuellen Entwicklungsprozessen dabei sind und genau wissen, was da stattfindet. Aber die Auswirkungen auf die Krankenhäuser werden enorm sein.

Fallzahlen ändern sich jedes Jahr in erheblichem Maße. Nur die Schwankungsbreite anzunehmen, die dort im Gesetzentwurf jetzt niedergelegt ist, greift viel zu kurz. Auch da hängt es immer am Personal. Wenn man die entsprechenden Mitarbeiter insbesondere für die Leistungserbringung im ärztlichen Bereich hat, dann sind die Fallzahlen in der Regel stabil planbar. Aber die notwendige Fluktuation im ärztlichen Dienst für Weiterbildung ist groß und damit verändert sich auch jeweils das Leistungsspektrum, selbst bei großen Versorgern.

Auch wir sehen das in unserem Verbund; ich habe Ihnen dazu einige Rahmendaten gegeben. Wir sind sehr hoch konzentriert in unseren Leistungen. Wir haben den Maximalversorger für die Endoprothetik in Düsseldorf mit erheblichen Fallzahlen. Wenn man auf die im Wesentlichen thematisierten Bereiche Knie und Hüfte eingeht, so haben wir beim Knie 500 und bei der Hüfte 700 bis 800 Fälle. Das ist für uns keine Frage der Mindestfallzahlen, aber auch dort gibt es eine große Volatilität in den Fallzahlen je nach Personal.

Wir sind in der glücklichen Lage, personell gut ausgestattet zu sein. Wir haben hervorragende Ärzte, auch in der nachgeordneten Reihe nach einem Chefarzt mit leitenden Oberärzten und Sektionsleitern, die hervorragend sind, die so gut sind, dass sie sehr schnell auch selbst Chefarztpositionen anstreben, und schon verändert sich das Leistungsspektrum deutlich. Das erleben wir nahezu jedes Jahr. Insofern gibt es dann im nächsten Jahr ein deutliches Abflauen; wenn man entsprechend Leute nachgezogen hat, geht das wieder rauf.

Also die Fallzahlen sind sicherlich ein falscher Ansatzpunkt für Kapazitätsstrukturen. Ich meine, man sollte sich entweder etwas anderes überlegen oder wirklich bei dem Bett als Anknüpfungspunkt ein Stück weit bleiben.

Zu den Auswirkungen der Leistungsbereichs- und Leistungsgruppenstrukturierung im Detail kann ich nichts zu sagen. Es haben einige Vorredner schon dargestellt, dass das im Moment bei dem Stand der Beratungen schwierig ist; da kenne ich auch nicht genug Details.

Aber es sind letztendlich – das ist auch schon angeklungen – nicht immer nur Finanzierungsfragen dafür maßgeblich, ob ich eine Leistungsgruppe, einen Leistungsbereich erbringe oder nicht. Es ist auch wieder die Frage, welche Mitarbeiter habe ich. Herr Engler hat dies schon kurz angesprochen. Wenn ich plötzlich Leistungen nicht mehr erbringen darf, habe ich aber die Mitarbeiter, die dafür ausgebildet und befugt sind und das auch machen möchten. Und umgekehrt genauso: Wenn ich etwas machen soll und die Mitarbeiter nicht habe, wird es schwierig.

Jedes Krankenhaus lebt von Querfinanzierungen. Bei größeren Krankenhäusern können Sie davon ausgehen, dass die Hälfte der Fachabteilungen negative Ergebnisse erwirtschaftet. Der Krankenhausbereich ist ja eh mit Betriebsergebnissen nicht gesegnet. Das heißt, Sie brauchen ein gewisses Spektrum an Leistungsbereichen, um ein Krankenhaus vernünftig führen zu können und finanzieren zu können, sonst fallen Ihnen viele andere Abteilungen – ein wesentliches Stichwort ist in diesem Zusammenhang immer die Gynäkologie/Geburtshilfe, das weiß jeder – hinten runter und können dann irgendwann nicht mehr von anderen Bereichen quersubventioniert werden.

Also insofern sehe ich eine deutliche Überregulierung in den Leistungsgruppen. Das wird zu kleinteilig und für die Praxis nicht umsetzbar werden. Damit bin ich auch bei der Frage, Herr Vincentz, was dringlich zu ändern wäre. Also ohne dass ich das wirklich im Detail sehe, aber diese Leistungsgruppenstrukturierung scheint mir eine nicht handhabbare Überregulierung darzustellen, die für die Praxis nicht steuerbar ist. Und mir fehlen ein Stück weit natürlich Übergangsszenarien. Bei der Ausgangssituation, aus der dann alle in eine neue Krankenhausplanung hineingehen, muss man natürlich davon ausgehen, dass man nicht einen Hebel umlegen kann; vielmehr benötigt man irgendeine Zeitschiene, auf der man sich darauf einrichten kann.

Die Zentralisierung hochwertiger Leistungsbereiche hat sicherlich große Vorteile; das kann ich natürlich für mein Unternehmen sehr deutlich sagen. Wir befinden uns, wie schon gesagt, in der Sondersituation, dass wir mehrere Krankenhäuser in Düsseldorf haben. Diese haben wir auch schon über viele Jahre, über 15, fast 20 Jahre, auf diese Fachabteilungsstrukturierung, auf eine Konzentration hingeführt. Das ist natürlich eine Ausgangslage, die mit der Situation im Land insgesamt nur schwer vergleichbar ist, wo viele Einzelträger oder Krankenhausgruppenverbünde vorhanden sind, die über weite Strecken verteilt sind.

Bei uns in Düsseldorf ist es sehr einfach, mit relativ nah benachbarten Kliniken ein klares und hochwertiges Leistungsspektrum vorzuhalten, wie ich es gerade schon für das Sankt-Vinzenz-Krankenhaus gesagt habe, einem orthopädischen Maximalversorger mit diesen Leistungszahlen. Genauso haben wir es in der Kardiologie und der Gefäßchirurgie in einem anderen Haus strukturiert mit Leistungszahlen, bei denen ich als Verwaltungsleiter dieses Krankenhauses vor Leistungsbereichen, Leistungsgruppen keine Angst haben muss. Aber insgesamt für die Landschaft bedeutet es einen Wechsel der Perspektiven.

Sie müssen auch sehen, wenn man die ländlichen Regionen betrachtet, kann man dort natürlich Inneres und Chirurgie anbieten, also Grundversorger. Aber Sie müssen natürlich dort auch Ärzte hinbekommen, die die Leistungen, die dort möglich sind, erbringen und auch gerne erbringen möchten. Wenn Sie das Behandlungsniveau in diesen

Krankenhäusern auf ein Minimum reduzieren, werden Sie am Ende auch keine Ärzte finden, die diese Leistungen erbringen wollen.

Das ganze Spektrum ist sehr differenziert. Eine sehr konkrete Auswirkungenanalyse ist dringend erforderlich. Davon ist zumindest für die Praktiker, die in den Prozessen nicht involviert sind, derzeit nicht viel zu sehen.

Jan von Hagen (ver.di): Um die Perspektive ein bisschen deutlich zu machen: Wir schauen natürlich aus der speziellen Sicht der Beschäftigten auf die Krankenhausplanung, aber nicht nur aus der Sicht der Beschäftigten im Krankenhausbereich und in den angrenzenden Bereichen, sondern natürlich auch aus der Sicht vieler Kolleginnen und Kollegen, die bei uns organisiert sind und die in anderen Branchen arbeiten und als Bürgerinnen und Bürger betroffen sind. Das vielleicht als Vorbemerkung, was wir hereinbringen.

Es gab drei Fragen an die Gewerkschaft ver.di. Herr Neumann aus der SPD-Fraktion hat mit einer für uns sicherlich zentralen Frage begonnen: Behebt eine Änderung in der Krankenhausplanung das Fachkräfteproblem? – Wir haben mit unserer Stellungnahme, glaube ich, viele Positionen bezogen, wo wir sagen, darüber kann man diskutieren, die Frage Steuerung nach Bereichen, die Frage Mindestmengen, die Frage Zentralisierung. An vielen Bereichen verstehen wir, dass es unterschiedliche Positionen und Diskussionen dazu gibt.

Es gibt allerdings wenig Verständnis für die Argumentation, dass diese zukünftige Krankenhausplanung den Fachkräftemangel behebt. Denn wir werden zwei Sachen mit der Krankenhausplanung nicht verändern: Das eine ist der objektive Versorgungsbedarf der Bevölkerung; der wird sich durch ein Gesetzgebungsverfahren nicht verändern. Das Zweite ist die Leistungsvergütung und die Struktur, die im DRG-System vorgegeben ist, die wir als ver.di an vielen Stellen kritisieren, die aber natürlich eine Anreizgestaltung im Krankenhausbereich darstellt. Auch die verändert sich nicht durch eine Änderung der Krankenhausplanung. Das führt dazu, dass wir das gleiche Patientengut mit dem gleichen Versorgungsbedarf weiterhin haben werden.

Wenn wir die gesetzlichen Mindeststandards – die wir an vielen Stellen für zu gering halten – wie Pflegepersonaluntergrenzen, aber auch die ganzen Empfehlungen der Fachgesellschaften in den zentralen Mangelbereichen Intensiv, OP und Anästhesie weiter einhalten wollen – und das wird nicht zur Diskussion gestellt –, dann haben wir die gleiche Anzahl von Patienten, die den gleichen Personalbedarf haben, und wir werden in der Fachkräftemangelfrage keinen Schritt weiterkommen.

Der zweite Punkt, der in diesem Kontext diskutiert wird, ist das Ambulantisierungspotenzial. Auch da muss man sagen, das ist ein Argument, das an dieser Stelle sachfremd ist. Herr Laumann hat dargestellt, dass es nicht das Ziel der jetzigen Phase der Krankenhausplanung ist, die Ambulantisierung sektorübergreifend einzuleiten. Aber selbst wenn es gelingt, langfristig einen großen Teil der Patienten in den ambulanten Bereich zu verlagern, werden diese dort von Fachpersonal aus dem gleichen Topf versorgt werden müssen.

Insofern gibt es von unserer Seite die klare Bewertung: Die Krankenhausplanung kann andere Probleme lösen, was sie nicht lösen wird, ist der Fachkräftemangel. Und mit dieser Illusion dafür zu werben halten wir explizit für falsch. Dafür werden wir die anderen Gesetzesbereiche brauchen, eine vernünftige Personalausstattung, die PPR 2.0; das führe ich jetzt nicht hier aus. Die Krankenhausplanung taugt dafür nicht. Das als klare Antwort, Herr Neumann, auf Ihre Frage.

Die zweite Frage betraf die Perspektive der nichtärztlichen und nichtpflegerischen Beschäftigten. Wenn wir aktuell in die mediale Debatte gucken, dann funktionieren Krankenhäuser nur mit ärztlichem Personal und mit Pflegepersonal. In der Berichterstattung wird allenfalls mal eine Reinigungskraft oder eine Laborbeschäftigte erwähnt. Aber ansonsten funktionieren Krankenhäuser mit „weißem Personal“ – ich nenne es mal so –, alle anderen Beschäftigten werden ignoriert. Auch wenn man sich das PD-Gutachten anguckt und die kompletten Stellungnahmen dazu, der Teil wird momentan ausgeblendet in der Frage der neuen Krankenhausplanung.

Dazu gibt es einen Erfahrungswert von ver.di unabhängig von der Krankenhausplanung. Alle Umstrukturierungsprozesse im Krankenhausbereich, seien es Fusionen oder Kooperationen, seien es Standortschließungen, seien es Leistungsveränderungen – immer dann, wenn Krankenhäuser optimiert werden sollen, betreffen die ersten Auswirkungen nicht pflegerisches und ärztliches Personal. Im Normalfall wird zunächst die Frage gestellt: Kann man jetzt nicht die Reinigung outsourcen, müssen die Krankentransporteure oder die Laborbeschäftigten wirklich Tariflohn im Krankenhaus bekommen, kann man das nicht über eine Tochtergesellschaft oder über Fremdvergabe machen?

Das heißt, wenn – wie wir es einschätzen – die Krankenhausplanung zu massiven Umstrukturierungen im Krankenhausbereich in Nordrhein-Westfalen führt, werden wir auf der einen Seite Pflegepersonal und Ärzte haben, die zumindest objektiv wahrscheinlich relativ zeitnah einen neuen Job kriegen, und dieser wird auch nicht 400 km entfernt sein. Wir werden aber eine andere große Gruppe von nichtärztlichen, nichtpflegerischen Beschäftigten haben, die sofort in den Bereich Arbeitslosigkeit oder deutliche Lohnreduzierung gehen, weil die neue Struktur in Tochtergesellschaften ohne Tarifbindung fortgeführt wird.

Insofern wäre das ein Merkzettel, den wir dem Ausschuss und der Landesregierung gerne mitgeben wollen, diese Beschäftigtengruppe, die je nach Krankenhaus 20 bis 50 % ausmacht, mitzudenken und nicht zu ignorieren, wie es bis jetzt passiert ist.

Die dritte Frage kam von Herrn Dr. Vincentz: Sagen Sie noch mal generell, warum Sie so kritisch sind. – Ich lasse jetzt die beiden Punkte außen vor, die ich schon benannt habe. Wir haben zwei Sachen in der Stellungnahme, die ich hervorheben will. Das eine ist die inhaltliche Frage, das andere ist die Frage des Verfahrens.

Bei der inhaltlichen Ausrichtung sehen wir immer noch eine deutlich zu große Nähe in der zukünftigen Planung, was ökonomische Anreize angeht. Mehrere Vorredner haben dargestellt, wie die Auswirkungen des jetzt bestehenden ökonomischen Systems zukünftige Planungen beeinflussen würden. Wir sehen weiterhin – auch das kam mehrfach – die Gefahr einer deutlichen Ausdünnung der Krankenhauslandschaft in

Nordrhein-Westfalen. Dies widerspricht unserer Position einer notwendigen wohnort-nahen Versorgung. – Das sind die beiden inhaltlichen Punkte, die ich hervorheben will.

Der zweite Punkt in der Generalkritik, warum wir für eine Verschiebung plädieren, betrifft das Verfahren, wie es momentan stattfindet. Ich will das noch einmal zuspitzen.

Es gibt unmittelbar und mittelbar Beteiligte an der Krankenhausplanung. Die mittelbar Beteiligten sind klassisch die Arbeitnehmerorganisationen, die Gewerkschaften, die kirchlichen Arbeitnehmervertretungen. Ein Beispiel: Wir hatten gestern noch eine Beratung mit den Arbeitnehmervertreterinnen der Caritas – 200 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, große Fachkompetenz. Die sagen, es gibt offiziell in Bezug auf diese mittelbare Beteiligung an der Krankenhausplanung noch keine Informationen, noch keine Anhörungsmöglichkeit, gar nichts.

Also damit noch mal untermauert: Das ist ein absolut intransparentes Verfahren. Ich glaube, eine der Antworten auf dieses intransparente Verfahren haben einige von Ihnen auf dem Weg heute Morgen gesehen. Draußen vor dem Landtag steht die Volksinitiative mit einer Aktion, die sagt: Gesunde Krankenhäuser für alle in NRW. Sie wissen, ver.di ist Teil dieser Volksinitiative. Insofern ist es natürlich logisch, dass ich das positiv konnotiere. Aber was die sehr unterschiedlichen Player angeht – darunter sind viele Patientinnen- und Patientenorganisationen; Herr Bornes hat es gerade erwähnt –, die Möglichkeit, sich bei einer Systemveränderung einzubringen, die für die nächsten 10, 20, 30 Jahre die Versorgung in Nordrhein-Westfalen gestalten wird, wird einem Großteil der gesellschaftlichen Player genommen.

Und das ist die zweite zentrale Kritik: In Kombination mit dem Gesichtspunkt, dies parallel zur Bearbeitung der Coronapandemie anzugehen, halten wir den Zeitplan für völlig überhastet und glauben, dass es einen Stopp und einen Neustart in der Debatte unter weiterer Beteiligung braucht.

Dr. Simon Loeser (AOK Rheinland/Hamburg): Ich werde mit der Beantwortung für die AOK starten. Von Frau Schneider, Herrn Preuß und Herrn Neumann wurden Fragen an uns gerichtet, die zum Teil Gemeinsamkeiten aufweisen. Die Gemeinsamkeit liegt darin, dass darum gebeten wurde zu erläutern, warum eine Reformierung der Krankenhausplanung notwendig ist und wo die Defizite der aktuellen Krankenhausplanung liegen.

Das Gesetz ist aus unserer Sicht ein ganz wichtiges Gesetz, weil wir in einer Situation sind, in der sich drei grundsätzlich verschiedene Wege der Krankenhausplanung auf-tun. Der erste Weg – ich nenne ihn mal Laissez-faire – wäre eine Planung mit einer sehr geringen Regelungstiefe, die im Grunde dem Wettbewerb freien Lauf lässt. Das ist ja die Philosophie der letzten 20 Jahre gewesen. Es war auch ein Gedanke bei der Einführung der DRG-Fallpauschalen, dass man den Wettbewerb einfach wirken lässt und sich daraus optimale Versorgungsstrukturen ergeben. Was sich herausgestellt hat, ist, dass das das Szenario ist, das zu kaltem Strukturwandel führt, das ungeordnete Krankenhausschließungen provoziert, weil der Wettbewerb eben nicht berücksichtigt, wo der Bedarf liegt, wo die Erreichbarkeit nicht mehr gegeben ist, wenn ein Anbieter entfällt. Deswegen ist aus unserer Sicht dieser Laissez-faire-Weg der falsche.

Der zweite Weg ist: Wenn wir hier im Land nichts tun, dann kommt die Planung von der Bundesebene über GBA-Richtlinien, die wir dann auch nicht mehr modifizieren können. Das ist im Grunde eine Willkürplanung, weil diese Richtlinien natürlich richtig sind, aber die Gegebenheiten vor Ort nur unzureichend widerspiegeln. In den Bundesländern sind die Gegebenheiten nun einmal sehr unterschiedlich. Die vorhandenen GBA-Richtlinien sind natürlich sehr gut. Aber wenn sich jetzt planungstechnisch in den Ländern nicht etwas tut, wird man, glaube ich, zusätzliche Initiativen ergreifen und Richtlinien erlassen, die wirklich in die Krankenhauslandschaft eingreifen, weil sie nicht mehr von allen Krankenhäusern erfüllt werden können. Das ist dann nicht mehr der kalte Strukturwandel, sondern das ist ein willkürlicher Strukturwandel. Auch den wollen wir nicht.

Die dritte Variante ist eine starke Landeskrankenhausplanung, in der diese örtlichen Gegebenheiten berücksichtigt werden können. Diese setzt nun einmal voraus, dass man eine gewisse Regelungstiefe erreicht, dass man eben nicht den Wettbewerb frei wirken lässt, sondern schaut: Wo ist der Bedarf? Wie sind die Erreichbarkeiten? Wie können die Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten? Wo haben wir Größenkapazitäten, die auch wirtschaftlich betrieben werden können? Wie können wir auch Krankenhäuser vor Wettbewerbern schützen, die auf einmal hochpoppen und diesen etablierten Anbietern dann massive Probleme machen und damit Versorgungsredundanzen schaffen, die für die Patienten überhaupt keinen Sinn ergeben?

Um es noch einmal vorwegzuschicken: Wir als Kassen sind natürlich dafür, dass die Patienten Wahlmöglichkeiten haben. Wir sind überhaupt nicht der Auffassung, dass man massiv Krankenhäuser schließen soll. Das habe ich auch bei Herrn Engler nicht verstanden. Wir wollen nicht die Hälfte der Grundversorger schließen; das steht auch nicht in unserer Stellungnahme. Es sind auch nicht 50 % der Krankenhäuser betroffen, sondern 100 % der Krankenhäuser, wenn wir diesen neuen Planungsansatz fahren, weil wir mit allen Krankenhäusern in den regionalen Planungskonzepten darüber sprechen, welches Leistungsangebot für die Bevölkerung vor Ort am besten geeignet ist. Deswegen sind pauschale Schließungsargumente in unserer Stellungnahme auch nicht zu finden.

Das Gesetz ist deswegen so wichtig, weil es für diesen dritten Weg der Landeskrankenhausplanung mit einer gewissen Regelungstiefe die Sprache findet. Diese Sprache sind eben Leistungsbereiche und Leistungsgruppen. Damit kann man sich darüber unterhalten, in welchen Regionen welcher Bedarf vorhanden ist, welche Erreichbarkeiten vielleicht nicht mehr gegeben sind.

Das können wir mit der derzeitigen Planung nicht, weil zwei Drittel der Krankenhausleistungen in die Gruppe Chirurgie und Innere Medizin fallen. Diese Versorgungsaufträge werden pauschal vergeben. Steuerungsmöglichkeiten sind ausgeschlossen. Die Krankenhäuser können sich – das ist natürlich ein Vorteil – manchmal selbst das Spektrum aussuchen, das sie primär bedienen wollen. Das ist aber häufig das gleiche Spektrum. Deswegen haben wir Gebiete, wo die Erreichbarkeit gegeben ist, wo man im Umkreis von 20 km 50 Krankenhäuser mit dem entsprechenden Angebot erreichen kann. Dann haben wir aber auch andere Leistungsangebote, bei denen auch derzeit schon die Erreichbarkeit nicht so schrecklich gut ist. Deswegen brauchen wir eine Planung

mit einer hohen Regelungstiefe. Der neue Gesetzentwurf bringt uns die Sprache, in der wir uns darüber unterhalten können.

Hier sind einige Missverständnisse, glaube ich, im Raum, zum Beispiel was die Kapazitätsplanung angeht. Die Kapazitätsplanung ist eine Kalkulationsgröße, die dazu dient, dass wir die Anzahl der zu vergebenden Leistungsaufträge in der entsprechenden Region definieren können. Es ist nicht so, dass dies für die Krankenhäuser ein scharfer Deckel wäre und sie nicht mehr Leistungen erbringen dürften. Diejenigen, die in den Budgetverhandlungen mit am Tisch sitzen, wissen, dass das so auch nicht geht und dass überhaupt nicht vorgesehen ist, dass Leistungen, die über diese Kapazitätsgrenze hinausgehen, eventuell nicht mehr vergütet werden oder dass es Mindererlösausgleiche gibt, wenn diese Kapazitäten nicht erreicht werden. Diese Kapazitätzahl ist eine Kalkulationsgröße, um zu sagen, wie häufig ein Leistungsauftrag in einer Region vergeben werden muss, damit der Bedarf für die Bevölkerung in optimaler Art und Weise sichergestellt ist.

Warum ist es jetzt notwendig, dass wir diese Krankenhausplanung mit einer höheren Regulierungstiefe implementieren? – Das liegt daran, dass wir in einer immer größeren Schlagzahl medizinische Innovationen sehen, immer komplexere Verfahren sehen, immer aufwendigere Operationen sehen, die immer mehr Strukturvorhaltung erfordern, sodass eine Zersplitterung in diesem Bereich nicht mehr sinnvoll ist.

Die Patienten brauchen für viele Indikationsgebiete zentralisierte Strukturen, wo die Vorhaltung zentralisiert ist, die teuren Geräte zentralisiert sind, wo die Ärzte in gescheiterten Abteilungsgrößen in einem fruchtbaren Austausch miteinander stehen, um die wissenschaftlichen Erkenntnisse verarbeiten und in die Versorgung einbringen zu können. Das geht nicht, wenn man als Einzelkämpfer in einem Krankenhaus in der Peripherie ist. Deswegen ist es im Sinne der Qualität, ist es im Sinne der Patienten, wenn wir bei bestimmten Leistungsaufträgen in Zukunft genau schauen, welche Krankenhäuser diese erbringen sollen.

Das Gleiche gilt für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die interprofessionelle Zusammenarbeit. Es gibt für immer mehr Erkrankungen etablierte Leitlinien, und die Tendenz ist klar: Wir müssen zusammenarbeiten, verschiedene Berufsgruppen müssen zusammenarbeiten. Auch das ist ein starkes Argument für eine Zentralisierung der Versorgung. Denn dieses Angebot an Personal unterschiedlicher Berufsgruppen hat man eben in den Zentren; das kann man nicht an jedem Krankenhaus haben.

Bei den Fachkräften sind wir auch einer anderen Auffassung als ver.di. Der Fachkräftemangel ist unbestritten, aber man kann auch zu wenig Fachkräfte schlaue verteilen oder etwas weniger schlaue verteilen. Wir haben im Krankenhausbereich nun mal einen hohen Anteil von Vorhaltung. Die Vorhaltung für kleine Strukturen ist weniger effizient als eine Vorhaltung für optimal große Strukturen. Insofern, keine Frage, wir haben zu wenig Fachkräfte, aber diese Fachkräfte sollten wir möglichst effizient und schlaue verteilen. Auch das spricht eindeutig dafür, dass wir in bestimmten Bereichen eine Zentralisierung voranbringen und dafür sorgen müssen, dass die Vorhalteaufwände nicht größer sind, als sie sein müssen.

Ich komme noch einmal zu dem Thema Auswirkungsanalyse, weil das auch ein Punkt ist, bei dem es, glaube ich, Missverständnisse gab. Wir reden jetzt nicht über planungsrelevante Qualitätsindikatoren, also darüber, dass wir gucken, ob Qualitätsindikatoren erfüllt sind, und dann kriegt das Haus den Leistungsauftrag, sondern wir reden über eine qualitätsrelevante Krankenhausplanung. Wir müssen hier die Perspektive umkehren. Wir wollen keinesfalls sagen, dass ein Krankenhaus, wenn es ein bestimmtes Gerät nicht hat, das MRT nicht 24 Stunden vorhalten kann, diesen Leistungsauftrag nicht bekommt. Wir wollen nicht die Anzahl der Leistungsaufträge titrieren an den erfüllten Qualitätskriterien, sondern umgekehrt: Wir werden feststellen, in welchen Gebieten ein gewisser Leistungsauftrag notwendig ist, und dann gemeinsam dafür sorgen müssen, dass die Qualitätskriterien dort erfüllt werden. Also keine planungsrelevanten Qualitätskriterien, sondern wir wollen die qualitätsrelevante Krankenhausplanung.

Deswegen geht auch jede Art von Auswirkungsanalyse auf das Einzelhaus betrachtet ins Leere. Denn das kann man jetzt noch gar nicht sagen. Wenn man jetzt filtert, welchem Krankenhaus fehlt der dritte Facharzt, welchem Krankenhaus fehlt das CT, dann vernachlässigt man die Plastizität dieser Qualitätskriterien. Denn wir können die Qualität ja dann dort schaffen. Das wird funktionieren, denn oberste Priorität hat der Bedarf. Es wird keine unversorgten Regionen geben, weil dort aktuell möglicherweise Qualitätskriterien nicht erfüllt sind. Wenn es Regionen mit einem Bedarf gibt, dann müssen wir dort die Qualität schaffen. Das ist die Zielrichtung und in diese Richtung geht auch das Änderungsgesetz zum Krankenhausgestaltungsgesetz.

Ich möchte noch einen Punkt ansprechen – das war ein Punkt, auf den Frau Schneider separat eingegangen ist –, der die ländliche Versorgung betrifft. Wir sind eindeutig gegen einen Kahlschlag in der ländlichen Versorgung. Unsere Intention ist es überhaupt nicht, in der Fläche Krankenhäuser abzubauen. Denn die Qualitätsdividende in Nordrhein-Westfalen verlieren wir in den Ballungszentren. Die Hyperredundanz der Versorgungsangebote finden wir in den Ballungszentren. Hier verschenken wir Effizienzpotenzial, hier verschenken wir Qualitätspotenzial.

In Nordrhein-Westfalen haben wir einen großen Vorteil: Wir haben Ballungszentren. Eine hohe Bevölkerungsdichte ist quasi die Voraussetzung dafür, dass man große Krankenhäuser in erreichbarer Entfernung organisieren kann. Und wir verschenken das, weil wir auch in den Ballungszentren zersplitterte Leistungsangebote haben, sich die Versorgung auf zahlreiche Krankenhäuser verteilt. Wir können das mit dieser groben Krankenhausplanung derzeit überhaupt nicht angehen, die sich nur hinter den Überschriften Innere Medizin und Chirurgie versteckt. Da müssen wir schon ran.

Wir müssen die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Häuser natürlich im Blick haben. Insofern besteht ebenfalls ein Missverständnis, das aus meiner Sicht hier aufgetreten ist. Es ist ja kein kalter Algorithmus, der hier wirkt und Krankenhäusern die Leistungsaufträge wegnimmt, die sie zum Überleben brauchen. Wir haben weiterhin die regionalen Planungskonferenzen. Das neue Krankenhausgestaltungsgesetz sieht auch weiterhin vor, dass wir nach einer algorithmischen Analyse, welcher Leistungsauftrag wohin gehört, immer noch in den Regionen zusammensitzen und uns gemeinsam darüber unterhalten, wie die Leistungen so zu organisieren sind, dass zum einen Qualität und Bedarf sichergestellt sind und wir zum anderen nicht eine Krankenhauslandschaft

schaffen, die auf einem Bein steht und sich nicht selbst tragen kann. Dieses Interesse haben wir natürlich überhaupt nicht. Wir wollen starke Krankenhäuser, wir wollen wirtschaftlich starke Krankenhäuser. Dafür müssen wir das Leistungsspektrum so zusammensetzen, dass die Wirtschaftlichkeit dann auch gegeben ist.

Insgesamt muss man sagen, dass das Krankenhausgestaltungsgesetz die Details natürlich noch offenlässt, weil wir im Rahmenplan weitere Festlegungen treffen müssen. Die Arbeiten dazu laufen; das ist auch schon mehrfach festgelegt worden. Aus unserer Sicht bietet aber das Krankenhausgestaltungsgesetz gesetzlich genau die Bedingungen, die erforderlich sind, damit wir in diesen weiteren Arbeiten zu einem Erfolg kommen können.

Ich möchte darauf hinweisen, dass es in der Schweiz ein Krankenhausplanungsmodell gibt, das eine Vollplanung darstellt. Dort wird jeder Fall hart über ICD-Codes, also über Diagnosen, in eine bestimmte Planungsgruppe einsortiert und die Krankenhäuser in vielen Kantonen bekommen darüber ihre Leistungsaufträge. Es ist zum Teil so, dass hier nachgesteuert werden muss. Das darf man nicht verkennen. Eine rein algorithmische Anwendung dieser Leistungsgruppen wird nicht klappen. Wir müssen uns zum Beispiel in regionalen Planungskonferenzen darüber unterhalten.

Das ist in der Schweiz auch so. Dort gibt es ein Leistungsauftragscontrolling, bei dem man hinterher schaut, ob sich daraus Konstellationen ergeben, die für die Versorgung der Menschen nicht sinnvoll sind, und dann kann man nachsteuern. Auch dieses Nachsteuern ist über die Regelungen des Krankenhausgestaltungsgesetzes möglich; auf jeden Fall ist es in den regionalen Planungskonferenzen möglich. Deswegen sprechen wir uns sehr für diese neuen gesetzlichen Regelungen aus. – Ich bin damit, glaube ich, auf die Fragen von Herrn Neumann, Frau Schneider und Herrn Preuß eingegangen.

Prof. Dr. Meinolf Noeker (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Herzlichen Dank für Ihre Rückfrage, Herr Dr. Vincentz, zur Besonderheit in der Psychiatrie und in der Psychosomatik. Sie hatten die Frage dazu an der Frage der Komorbiditäten festgemacht.

Natürlich werden wir die Gesamtbewegung des KHGG sehen. Dann respektieren wir als Vertreter der psychiatrischen und psychosomatischen Fächer schon, dass wir erst einmal eine prioritäre Ausrichtung an den Entwicklungserfordernissen der somatischen Medizin sehen und dass wir mit den Psych-Fächern gegebenenfalls auch unterhalb des Gesetzes hinterher schauen müssen, wie wir uns mit der Ausgestaltung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen da funktional hineinadaptieren. Wir sagen das gleichwohl auch mit einem gewissen Selbstbewusstsein, denn nach der Inneren Medizin und nach der Chirurgie sind die Psych-Fächer der drittgrößte Bereich im Krankenhausbereich. Aber wir sehen, dass die Ordnungsprinzipien erst einmal vorrangig von der Somatik aus gebildet werden.

Die Komorbidität, die wir in den Psych-Fächern häufig sehen, ist tatsächlich ein sehr relevanter Eckpunkt, weil wir beispielsweise feststellen, dass wir bei der Definition der Leistungsbereiche nicht nur eine Komorbidität haben, sondern – ich mache mal die Wortschöpfung – auch eine Kotherapie durch zwei unterschiedliche Weiterbildungsbereiche,

nämlich die Fachärzte für Psychiatrie und die Fachärzte für Psychosomatik. Da ist es für die Psych-Fächer eine ganz wichtige Setzung, dass wir eine Koexistenz dieser beiden Weiterbildungsbereiche auch in die Zukunft führen können.

Schon im Krankenhausplan 2015 ist die richtige Weichenstellung vollzogen worden, dass wir eine gemeinsame Beplanung der Psych-Fächer vorsehen. Für uns ist es ein hohes Essential, dass wir diese Errungenschaft, die wir 2015 miteinander erwirkt haben, auch in die Zukunft hineinführen. Denn wir haben – Stichwort Komorbiditäten – gerade bei den affektiven Störungen, bei den Verhaltensstörungen, bei den somatoformen Störungen, aber insbesondere auch bei der Volkskrankheit Depression eine Behandlung durch die Psychiatrie und eine Behandlung durch die Psychosomatik. Wenn wir jetzt sozusagen nach Prokrusteslogik versuchen würden, die Versorgungslandschaft, die Behandlungslandschaft beispielsweise der affektiven Störungen danach aufzugliedern, ob sie differenziell nach Psychiatrie oder Psychosomatik erfolgt, dann würden wir große Verwerfungen in der Krankenhauslandschaft und in der Versorgungslandschaft erzeugen, die wirklich nur dysfunktional wären.

Das heißt, wir würden klar dafür plädieren, dass wir diese Koexistenz auf Augenhöhe mit wechselseitigem Respekt dieser in Deutschland historisch entwickelten zwei Fächer in die Zukunft hineintragen und in den Leistungsbereichen abbilden. Wenn es am Schluss um die Kapazitäten und um die Mengen geht, sollten wir beides in einer Entität gemeinsam beplanen und aufsummieren. Dann wird es in einer Region, weil es sich historisch so entwickelt hat, einen höheren Anteil von psychosomatischen Betten und teilstationären Einheiten geben und in einem anderen Bereich eben mehr psychiatrische. Aber das hat sich organisch entwickelt und das sollten wir nicht schwerfällig aufgliedern.

Wenn wir auf den Bereich der Leistungsgruppen gehen – darum haben wir in der Unterarbeitsgruppe Psychiatrie wirklich stark gerungen und haben uns erst einmal zurückgenommen, um die Architektur in der Somatik abzuwarten –, dann sind wir dort schon in ziemlich Problem Bereiche hineingekommen, weil dieses Ausrichten, wie es in der Somatik in einer hohen Weise funktional ist, an den OPS, also an Medizinprozeduren, keine Tauglichkeit für die Psych-Fächer besitzt. Denn CT, MRT, Radiologie, die Medizintechnik schlechthin ist in den Psych-Fächern eben doch nachrangig in der Wertigkeit im Vergleich zum unmittelbaren therapeutischen Kontakt. Das heißt, über die OPS können wir in den Psych-Fächern kaum gliedern. Auch über die ICDs können wir nur schlecht distinkt bestimmte Leistungsgruppen abgrenzen.

In diesem Zusammenhang ist Ihr richtiges Wort von der Komorbidität sehr ausschlaggebend. Wir haben beispielsweise extrem hohe Komorbiditätsraten zwischen Suchterkrankungen und Psychosen. Mehr als die Hälfte der psychiatrischen Patienten kommen mit Komorbiditäten in die Psychiatrie. Auch dort würde es einfach Verwerfungen setzen, wenn wir versuchen würden, kästchenweise nach einzelnen Krankheitsentitäten zu sortieren.

Unser Diskussionsstand im Moment ist, dass wir, um die Versorgungsplanung innerhalb der Psych-Fächer weiterhin mit der erforderlichen Flexibilität zu versehen, wieder auf die seit der Psych-PV etablierten Kategorien von Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin rekurren sollten. Man wird vielleicht entgehalten werden können,

dass wir damit keine dezidierte Kontur setzen, so wie es bei den Leistungsgruppen in der Somatik der Fall sein wird. Aber ich glaube, die Flexibilität, die wir aufrechterhalten müssen, hat ein höheres Gewicht als die Distinktheit, so wie wir sie richtigerweise in der Somatik anstreben.

Wir haben in den Psych-Fächern – das ist dann sozusagen wieder der Pitt Fall, wenn wir auf der einen Seite diese Flexibilisierung gewährleisten wollen – auf der anderen Seite ganz analog zur Somatik einen enormen Drive in die Spezialisierung hinein, in die diagnosespezifische Behandlung hinein. Da kann ich dem, was Herr Loeser gerade ausgeführt hat, zustimmen, was wir in den Ballungsräumen sehen. Da haben wir im Prinzip wissenschaftlich getrieben eine analoge Entwicklung auch in den Psych-Fächern.

Diese Spezialisierung auch planerisch abzubilden ist wirklich die hohe Kunst der späteren Ausstaffierung der Leistungsgruppen. Von der fachlichen Seite her, patientenorientiert macht es natürlich Sinn, wenn wir beispielsweise – ich nenne es nur schlagwortartig – spezialisierte Einheiten, Stationen, vitalstationäre Einheiten vorhalten und entwickeln für Essstörungen, für Borderlinestörungen etc.

Wenn wir aber den großen Sprung machen würden und sagen, ja, wir bilden das hinterher auch in dezidierten Leistungsgruppen wieder ab analog zur Somatik, dann würde man auf der anderen Seite, auf der Kostenseite sozusagen Bruchlogiken haben, wenn – Stichwort Wunsch- und Wahlrecht der Patientinnen und Patienten – das grundständige Haus in der Fläche, in der Versorgung im ländlichen Raum diese Patientinnen und Patienten nicht mehr sehen darf. Damit kommen wir sozusagen in einen Systembruch mit dem, was in der Somatik aus meiner Sicht wiederum rational ist, nämlich mit diesem Prinzip der Exklusivität für somatische Leistungsgruppen, und dem, wie wir es eigentlich in der Psychiatrie brauchen.

Wir brauchten in der Psychiatrie nach meiner persönlichen Auffassung, nach Auffassung der Landschaftsverbände sozusagen eine Koexistenz, dass wir auf der einen Seite einen Anreiz schaffen, dass wir hinterher bei der Kapazitätsberechnung, bei der Mengenberechnung eine Abbildung von spezialisierten Diagnosen erreichen, aber auf der anderen Seite dadurch nicht gleichzeitig einen Flurschaden in der Fläche, insbesondere im ländlichen Raum erzeugen, wenn wir grundständigen Häusern die Behandlung dieser Diagnosen verbieten.

Das, was ich jetzt ausgeführt habe, ist, glaube ich, noch kompatibel mit der Fassung des KHGG, wie es heute auf dem Tisch liegt. Wir müssen das sozusagen unterhalb des Gesetzes bei der Ausstaffierung der Leistungsgruppen noch einmal durchdeklinieren. Das wird eine hohe Kunst sein. Man kommt dort in viele Zielkonflikte hinein. Wir haben dazu konstruktive Diskussionen in der Unterarbeitsgruppe Psychiatrie gehabt.

Vielleicht noch ein Punkt, bei dem sich die Komorbiditätsfrage auswirkt in einer Sonderheit wiederum für die Psych-Fächer. Komorbiditäten mit ihrem hohen Auftreten in den Psych-Fächern bedeuten natürlich auch Effekte auf die Verweildauern. Wenn ich die Komorbidität beispielsweise von Sucht und Psychose habe, dann habe ich automatisch eine viel höhere Verweildauer, oder auch bei den affektiven Störungen, die ebenfalls mit hohen Komorbiditäten einhergehen.

Das heißt, bei der gleichen Krankheitsentität können sich höchst unterschiedliche Verweildauern ergeben. Ich kann eine Depression gegebenenfalls nach drei Tagen wieder aus der stationären Behandlung entlassen, und ich habe andere Depressionen, für deren Behandlung ich drei Monate brauche. Das hat man richtigerweise abgebildet, damals im Krankenhausentgeltgesetz, als wir die Bundespflegesatzverordnung fortgeführt haben und gesagt haben, es macht hier keinen Sinn, DRG-Entitäten abzugrenzen, weil wir letztlich dieses Spektrum, diese Varianz von Verweildauern nicht abgebildet bekommen.

Krankenhausplanerisch bildet sich das wiederum so ab, dass wir negative Anreizwirkungen entfalten würden, wenn wir auf den Parameter Fallzahlen gehen würden. Wir würden für die Psych-Fächer vorschlagen, dass wir mit dem seit Jahrzehnten etablierten Begriff der Berechnungstage weiterarbeiten. Damit haben wir eine Elastizität: auf der einen Seite funktional Patientinnen mit kurzen Verweildauern und eben auch nur kurzen Behandlungen und dort, wo es im Einzelfall erforderlich ist, auch die notwendige längere Verweildauer.

Kleiner Zusatzvorteil dabei sozusagen im Rahmen des Systemwechsels schrittweise vom Bett weg: Die Berechnungstage sind natürlich ein Parameter, der noch relativ nah am Bett dran ist. Der ist sozusagen hochkorreliert mit dem Bett. Insofern würde das auch für die Psych-Fächer recht friktionslos übergehen, wenn wir dort den Terminus Berechnungstage als Besonderheit in der Psychiatrie fortführen. Es wäre hilfreich, wenn wir in den §§ 12 und 16 des Gesetzentwurfs ergänzend den Terminus „Berechnungstage“ einführen würden.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärzttekammer Westfalen-Lippe): Ich werde für die Ärztekammer Westfalen-Lippe beginnen und Frau Mitrenga-Theusinger wird dann für die Ärztekammer Nordrhein fortführen.

Vielleicht eine grundsätzliche Bemerkung vorab. In den Planungsausschusssitzungen hatte ich von Beginn an den Eindruck, dass eigentlich alle der Ansicht sind, dass wir so, wie es jetzt ist – Herr Loeser hat es dargestellt, auch Herr Brink hat es zum Teil dargestellt –, in der Krankenhauslandschaft nicht mehr weitermachen können. Das ist auch das, was uns die ärztlichen Kollegen zurückmelden. Das ist das Erste, was man zur der Frage sagen muss, ob es eine Änderung geben muss. Dann werden wir gleich zu der Frage kommen, ob das durch das Krankenhausgestaltungsgesetz in irgendeiner Art und Weise unterstützt werden kann.

Die zweite Feststellung betrifft die Frage: Was möchten die Patienten? Die Menschen, die wir versorgen – dazu gehören wir alle auch ein wenig –, wünschen sich genau das, auf der einen Seite eine hochspezialisierte Leistung, wenn sie sie brauchen, aber auf der anderen Seite eben auch keine Überversorgung, keine Übertherapie, sondern eine Grundversorgung, wo sie sich – ich will es jetzt einfach mal sagen – auch mal stationär vernünftig wieder einstellen und behandeln lassen können, um dann grundversorgt vernünftig nach Hause zu gehen. Das ist bei der zunehmend älteren Bevölkerung ein immer wichtigerer Anteil der Versorgung.

Jetzt ist die Frage: Kann man alles, was hier aufgekommen ist, durch ein Krankenhausgestaltungsgesetz regeln? – Darauf ist meine klare Antwort: Nein, das kann man nicht. Die ökonomischen Zwänge in diesem System – das steht auch in der Stellungnahme der Kammern – lassen sich natürlich nicht auf der Ebene des Krankenhausgestaltungsgesetzes regeln, sondern müssen auf anderen Ebenen geregelt werden, insbesondere die aus unserer Sicht deutlich unzureichende Finanzierung der Grundversorgung. Da sind wir, glaube ich, auch mit der Krankenhausgesellschaft nah beieinander. Wenn man also sagt, man will bestimmte grundversorgende Häuser erzeugen, dann muss auch klar sein, wie diese Häuser auskömmlich finanziert werden. Ich glaube aber, das ist eine Debatte, die in anderen Kreisen wird geführt werden müssen; aber das gehört zur Feststellung dazu.

Nun ist das Krankenhausgestaltungsgesetz, so wie wir es jetzt haben, ans Bett gebunden. Da muss man sich fragen: Spielt in der Realität das Bett heute überhaupt noch eine Rolle? – Wir wissen alle, dass es das in der Regel nicht tut. Durch Einführung der reinen Gebietsplanung mit den großen Gebieten Chirurgie und Innere Medizin sind die Abteilungen in den Krankenhäusern so zugeschnitten worden, wie man es gerade brauchen oder aber auch finanzieren konnte. Man hat dann erst mal versucht, eine Abteilung zu gründen, dann wurde sie etwas größer oder etwas kleiner, je nachdem, wie gerade die ökonomischen Möglichkeiten des Krankenhausträgers waren.

Wir haben gerade schon gehört, dass das zu einem ungeregelten Wettbewerb geführt hat. Ursächlich dafür – das muss ich auch ausdrücklich sagen – sind nicht die Krankenhausträger, sondern teilweise auch die bundespolitischen Vorgaben, die gekommen sind und die die Träger dazu gezwungen haben, Spezialisierungen aufzubauen, die sie am Ende eventuell gar nicht wollten. Das hat zu einer Konkurrenzsituation unter den Krankenhäusern geführt, die aus der Sicht der Kammern so nicht weitergehen kann.

Das hat dann dazu geführt – damit sind wir beim Thema Personal –, dass es in vielen Gebieten zu einer Verdünnung des Personals gekommen ist und man dann eben schauen muss, wie eine Qualität 24 Stunden lang und während sieben Tagen in der Woche aufrechterhalten werden kann. Deswegen sind wir als Kammern sehr froh, dass Personalvorgaben als wesentliches Merkmal der Strukturqualität in das neue Planungsverfahren einziehen sollen, und unterstützen das aus unserer Sicht sehr. Es wird den Krankenhäusern – das ist etwas, was Herr Preuß gefragt hat – aus unserer Sicht deutliche Planungssicherheit geben, auch wenn ich darauf hinweisen muss, dass die Grundversorgung eine deutliche Begleitfinanzierung erfahren müsste, wenn Häuser quasi nur reine Grundversorgung leisten werden.

Zu der Frage, was eigentlich geregelt wird und ob alles auseinandergerissen wird. – Herr Loeser hat es gesagt, etwa 30 % würden über die Leistungsgruppen und Leistungsbereiche geregelt. Wir als Kammern sind sehr froh, dass es entgegen dem Gutachten eine Abkehr vom DRG-System gegeben hat und wir dadurch quasi doch dahin gekommen sind, zusammenhängende Fachgebiete bestehen bleiben zu lassen und eine nähere Anlehnung an die Weiterbildungsorte und damit an die Spezialisierung vorzusehen, sodass es aus unserer Sicht durchaus möglich ist, dass man gewisse Strukturen sinnvoll miteinander vernetzt in einem Krankenhaus vorhalten kann. Wir sind sehr froh, dass wir diesen Weg bis dahin gegangen sind.

Die Frage von Frau Schneider: Gibt es eine Alternative? Ich möchte dazu, weil es ja immer wieder zitiert wird, auf das Bertelsmann-Gutachten und die Unterschiede hinweisen. In Dänemark ist der Träger der Staat, es gibt überhaupt keinen Wettbewerb. Es sind erhebliche Finanzierungsschritte vorgenommen wurden, um viele neue Krankenhausstandorte zu bauen. Das wäre, glaube ich, in unserem System nicht möglich. Deswegen ist eigentlich nur eine vernünftige stufenweise Entwicklung in ein kooperatives Miteinander erforderlich.

Regional und gerade in ländlichen Bereichen – aber auch in den Städten; das steht ausdrücklich so in unserer Stellungnahme – wird das nur funktionieren, wenn man auch träger- und sektorübergreifende Kooperationen zulässt. Das heißt, wir brauchen eine klare Stärkung der regionalen Planung und wir brauchen auch Anreize, dass auch trägerübergreifend Kooperationen möglich sind. Das ist gegebenenfalls ein Nachteil, gerade wenn man auf die Regelungen der Bundesebene schaut, weil immer ein Standortbezug da ist und damit ein sozusagen vernünftiges gemeinsames Miteinander in Formen von lokalen Kooperationen fast unmöglich wird. – Zur Weiterbildung würde Frau Mitrenga-Theusinger jetzt fortsetzen.

Dr. Anja Mitrenga-Theusinger (Ärzttekammer Nordrhein): Ich möchte die Ausführung von Herrn Dr. Gehle noch ergänzen bezogen auf die Frage von Herrn Vincentz, die sich auf die Weiterbildungsordnung gerichtet hat.

Wir Ärztekammern begrüßen die Ausrichtung der neuen Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung sehr. Wir glauben, dass es die beste Systematik ist, die es nun mal gibt, um medizinische Leistungen zu strukturieren. In ihr ist sicher der medizinische Fortschritt ganz aktuell abgebildet und wir können danach Krankenhäuser und Abteilungen am sinnvollsten strukturieren.

Wenn das aber passieren soll, also wenn es das zentrale Qualitätsmerkmal sein soll, dass gut ausgebildete Fachärzte und Fachärztinnen in einer Abteilung vorhanden sind und eine Weiterbildungsbefugnis vorliegt, es sich also um eine zugelassene Weiterbildungsstätte handelt, dann muss man darauf im Rahmen der Krankenhausplanung auch Einfluss nehmen.

Wenn man künftig die Leistungsbereiche in Spezialversorger und Grundversorger unterteilen wird, wird es natürlich durch diesen Zentralisierungsmechanismus zukünftig dazu kommen, dass bestimmte Eingriffe, seien es chirurgische Eingriffe, seien es internistische Maßnahmen der hohen Spezialisierung, an einer kleineren Zahl, nicht an einer unendlich kleinen Zahl, aber an einer kleineren Zahl von Standorten gebündelt werden, und das hat natürlich massive Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung.

Wenn wir also dafür sorgen wollen, dass der ärztliche Nachwuchs zukünftig gut qualifiziert ist, dann gilt es, innovative Ideen zu entwickeln. Das ist nicht ganz Neuland, sondern man muss hier die Weiterbildungsverbünde ansprechen, die es in bestimmten Bereichen jetzt schon gibt, die aber sicher noch nicht hinreichend flächendeckend bestehen, sodass man unter den neuen Bedingungen alles gewährleisten könnte. Das heißt, wenn ein junger Arzt in einem Grundversorger seine Weiterbildung beginnt, dann muss für ihn geregelt sein, dass er irgendwann zu einem Spezialversorger

wechseln wird, um Maßnahmen seines Faches, Eingriffe seines Faches an geeigneter Stelle zu erlernen. Das gilt es auch im Gesetz festzuschreiben.

Sie haben gefragt, was wir uns von der Landesregierung wünschen. Wir würden uns wünschen, dass diese Weiterbildungsverbünde auch im Gesetz Erwähnung finden. Das heißt, dass der Spezialversorger, dem dieses Privileg zukommt, der sicher fachlich und wirtschaftlich dadurch Vorteile hat, auch in die besondere Verantwortung genommen wird, sich um den ärztlichen Nachwuchs – es ist erwähnt worden, so rar er ist – zu kümmern und damit eine umfassende Ausbildung des ärztlichen Personals weiter gewährleisten zu können.

Vorsitzende Heike Gebhard: Damit sind wir am Ende der ersten Fragerunde. Wir können in die zweite einsteigen. Ich darf um Wortmeldungen bitten. – Ich würde sagen, den Kollegen Mostofizadeh nehmen wir jetzt als ersten dran, da er vorhin nicht zum Zug kommen konnte.

Mehrdad Mostofizadeh (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch von meiner Fraktion, der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN GRÜNEN herzlichen Dank für die Stellungnahmen und auch für die Zeit, die Sie uns geben, um mit Ihnen zu diskutieren.

Ich würde gerne zunächst Herrn Bornes vom PatientInnen Netzwerk und Herrn Schwark vom DBfK fragen wollen, was sie zur Frage des Prozesses sagen, wie die Krankenhausplanung abläuft und wie die Patienteninteressen berücksichtigt werden.

Ein zweiter Punkt in diesem Zusammenhang, der für mich ganz wichtig ist, ist das Thema Barrierefreiheit. Weil das von verschiedenen angesprochen worden ist, würde mich eine Einschätzung interessieren, was die Fachkräfteausbildung insbesondere im Bereich der Pflegerinnen und Pfleger angeht.

Ein zweiter Punkt, den ich ansprechen möchte – danach würde ich gern die Krankenhausgesellschaft, den vdek und auch die Kammern fragen –, betrifft das Thema Durchsetzbarkeit dieser Krankenhausplanung. Es ist viel darüber diskutiert worden, dass es zentralisiert werden soll, dass die verhältnismäßig wenigen vorhandenen Fachkräfte in Zentren gebracht werden sollen und dass es eine Überversorgung insbesondere im Rhein-Ruhr-Gebiet geben soll.

Nun wohne ich mitten in diesem Rhein-Ruhr-Gebiet, nämlich in der Stadt Essen, und wir haben eine heiße Diskussion über die Versorgung durch zwei Krankenhausstandorten der Contilia Gruppe gehabt. Ich vernahm die Äußerungen des Landesgesundheitsministers so, dass er das jetzt doch anders sieht, dass man über die Versorgung noch einmal neu reden müsse und dass dieser Prozess, dass im Essener Norden künftig die Versorgung gar nicht mehr so ist, wie er sich das vorstellt, geändert werden müsse.

Ich teile die Einschätzung so uneingeschränkt nicht, die aus dieser Äußerung deutlich wird. Deswegen die ganz konkrete Frage: Glauben Sie, dass jetzt eine Neujustierung dieser Krankenhausplanung – das ist ja auch wichtig bei der Frage dessen, was wir jetzt diskutieren – zu erwarten ist? Was können Sie uns aus dem Beratungsprozess

dazu möglicherweise mitteilen oder was ist Ihre Einschätzung dazu? Würden Sie sich insoweit für eine Beibehaltung des zumindest vorgegebenen Prozesses aussprechen?

Der letzte Punkt in diesem Zusammenhang, wenn Sie erlauben, ist noch einmal das Thema Covid-19. Von verschiedenen Seiten war zu vernehmen, dass man angesichts dessen, dass ein derartiger Bedarf an Behandlungskapazitäten da ist, noch einmal neu über die Krankenhausplanung nachdenken müsse. Das würde ich so abstrakt teilen; aber was heißt das denn ganz konkret? Das würde ich gerne die Krankenhausgesellschaft, aber auch den vdek und das PatientInnen Netzwerk fragen wollen.

Dazu würde ich einen Hinweis in den Raum stellen wollen, den ich aus einem Vortrag eines Mediziners aus Münster in Erinnerung habe, der darauf hingewiesen hat, dass es bei der Behandlung von Covidpatientinnen und -patienten sehr hilfreich war, wenn sie in Unikliniken oder in entsprechenden Fachbereichen behandelt worden sind, weil dann die Mortalität niedriger war – also in vergleichbaren Fällen; natürlich ist die Mortalität bei der Uniklinik im Verhältnis eher höher, weil dort die schwierigeren Fälle aufschlagen. Der Hinweis ging dahin, dass es eine gute Idee war, sich dort behandeln zu lassen, weil man dort zum Beispiel später invasiv behandelt hat. Welche Konsequenzen würden Sie aus der Covidpandemie ganz konkret für die weitere Krankenhausplanung ziehen wollen?

Serdar Yüksel (SPD): Ich habe noch eine Nachfrage an den Vertreter von ver.di, an Herrn von Hagen. Herr von Hagen, ein zentrales Problem, das im Zusammenhang mit Über- und Unterkapazitäten diskutiert wird, ist der Personaleinsatz. Man erhofft sich, dass die Konzentration auch dazu führt, dass die Personalnot gelindert werden kann. Mich würde interessieren, wenn Sie sich die Reform hier anschauen, wie Sie die Auswirkungen auf die Reform zum Beispiel des Pflegeausbildungsgesetzes und auf die Pflegeplätze einschätzen, wenn wir die Reform so umsetzen.

Nach den Ausführungen von Herrn Dr. Loeser traue ich mich gar nicht mehr nachzufragen. Man hatte fast den Eindruck, die Messe sei schon gelesen, alles sei überfällig, es sei auch im Landesausschuss so diskutiert worden und alle begrüßten das, wenn ich die Ausführungen der Kammern gehört habe. Ich möchte aber, Herr Brink und Herr Blum, bei Ihnen noch mal nachfragen, weil Sie in Ihren Ausführungen gerade und auch in den Stellungnahmen – ich habe das hier mitgeschrieben – von „versorgungsrelevanten Verwerfungen“ gesprochen haben, die dieses Gesetz mit sich bringt. Deshalb würde ich gerne wissen: Was sind das denn für versorgungsrelevante Verwerfungen, die Sie befürchten?

Die zweite Frage – auch an Herrn Blum und Herrn Brink – wäre, wie eine Finanzierung aussehen kann, die nicht zu Fehlanreizen und Verwerfungen führt. Also wie kann sozusagen eine Neuaufstellung des Krankenhausplanes so gelingen, dass es nicht zu falschen Finanzanreizen kommt?

Die letzte Frage, die ich dazu hätte, würde auch an die gesetzlichen Krankenversicherungen gehen, die hier sind, oder vielleicht auch an die Krankenhausgesellschaft: Wie könnte eine Pufferfinanzierung aussehen? Covid-19 ist ja angesprochen worden. Es ist vielleicht zu erwarten, dass eine nächste Gesundheitskrise oder eine Naturkatastrophe

kommt, wo wir froh sind, dass wir diesen Puffer haben. Wie könnte eine solche Pufferfinanzierung aussehen, um solche Strukturen vorzuhalten, um nicht in Messehallen oder sonstwo kleine Krankenhäuser aufziehen zu müssen, wenn wir plötzlich vor solch einer Situation stehen sollten?

Susanne Schneider (FDP): Ich hätte zuerst eine Frage an die Vertreter der Krankenkassen. Wie könnten aus Ihrer Sicht denn Planungsverfahren beschleunigt werden? Welchen Vorteil sehen Sie bei der von Ihnen vorgeschlagenen konkreten gesetzlichen Regelung?

Dann noch eine zweite Frage, die an die Ärztekammern, an die Krankenhausgesellschaft und auch an die Krankenkassen geht: Wie sollten aus Ihrer Sicht die vorgesehenen Leistungsgruppen definiert und abgegrenzt werden? Inwiefern könnten diese Vorgaben die Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Flexibilität bei der Leistungserbringung einschränken?

Josef Neumannn (SPD): Ich hätte noch zwei Nachfragen zu Themenbereichen, die bis jetzt noch keine Rolle gespielt haben. Herr Dr. Gehle hat eben in seinem Statement noch einmal darauf hingewiesen, dass bei den ganzen Planungen – Gott sei Dank, kann ich nur sagen, auch aus meiner oder auch unserer Sicht – das Thema DRGs ein bisschen zurückgedrängt wird.

Mich würde – diese Frage richte ich an die Krankenhausgesellschaft NRW und an die Ärztekammern – das Thema Kinder- und Jugendmedizin interessieren. Wie wird Kinder- und Jugendmedizin in diesen Planungen sichergestellt? Wir haben in den letzten Wochen und Monaten einiges öffentlich hierzu mitbekommen und wir wissen, dass es hier eine dauerhafte Unterfinanzierung gibt. Wie wird in diesem Plan sichergestellt, dass die Kinder- und Jugendmedizin nachhaltig gewährleistet wird?

Das will ich ergänzen um meine zweite, eher spezialisierte Frage. Mir geht es um die neurologischen und neurochirurgischen Frührehabilitationen. Sind diese im Gesetzesentwurf eigentlich genügend abgebildet? Auch unter dem Gesichtspunkt, dass wir im Hinblick auf aktuelle Situationen, wenn ich an die Pandemie und die Rehabilitation schwer Erkrankter denke, auch hier Entlastungen brauchen.

Wir haben heute fünf hochspezialisierte Zentren, die sich in Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln befinden. Wir haben aber nichts Gleichwertiges zum Beispiel in Westfalen. Zu diesen Punkten sehe ich im Gesetz nichts. Wie kann man dieses Thema so anfassen, dass wir flächendeckende Strukturen nachhaltig sichern können? Ich finde, das ist ein wichtiger Bereich, wenn man das gesamte System in der Krankenhauslandschaft letztendlich sieht.

Ich will auf einen weiteren Punkt zurückkommen, der eben schon angesprochen worden ist. Ich habe lange in einer ländlichen Region Nordrhein-Westfalens gewohnt und ich weiß, was es heißt, wenn das andere Klinikum 25 km entfernt ist. Ich frage mich, ob in Zeiten des demografischen Wandels dieses Gesetz diese Aspekte berücksichtigt, wenn es um die Frage geht, wie die Versorgung in ländlichen Regionen zukünftig aussehen soll. Dazu würde ich gern von der Krankenhausgesellschaft NRW, aber auch

von der Caritas eine Einschätzung hören, wie sie das bewerten. Wird tatsächlich sichergestellt, dass die ländlichen Regionen hier nicht benachteiligt werden?

Vorsitzende Heike Gebhard: In Anbetracht der Zeit glaube ich, wir werden nur noch eine Antwortrunde schaffen. Also frage ich sicherheitshalber: Sind damit alle Fragen gestellt? – Kollegin Lück.

Angela Lück (SPD): Ich habe noch eine Frage an die Krankenhausgesellschaft NRW. Wie wird die Versorgung von Volkskrankheiten, zum Beispiel Diabetes Mellitus, die nicht gut durch die DRGs refinanziert wird, im Krankenhausplan aus Ihrer Sicht sichergestellt?

Heinz-Josef Kessmann (Caritasverband für die Diözese Münster e. V.): Ich habe die Frage zur Versorgung der ländlichen Regionen von Herrn Neumann zu beantworten. Ich glaube, auch die erste Beantwortungsrunde hat deutlich gemacht, dass auch für diejenigen, die Vertreter einer Planung sind, die dem folgt, was bisher vorliegt, genau dieser Aspekt einer der schwierigsten Planungsaspekte bleibt. Denn jede Form der stärkeren Zentralisierung von Leistungen stößt natürlich gegen das Argument der wohnortnahen Versorgung.

Ich komme selbst aus dem Münsterland, wo in der Stadt Münster die Versorgung deutlich anders ist als in den umliegenden Kreisen. In diesen Regionen wird man allein mit einer auf Leistungsgruppen abgestellten Planung die Notwendigkeiten der Daseinsvorsorge nur unzureichend darstellen können. Das wird, glaube ich, so nicht gelingen. Hier muss darüber hinaus sozusagen der Planungsaspekt von dem Finanzierungsaspekt getrennt werden. Natürlich hängen die beiden zusammen, aber es muss deutlich werden, dass es für eine Vorsorgeleistung eine entsprechende Finanzierung braucht.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): Die erste Frage von Herrn Mostofizadeh bezog sich auf die Durchsetzbarkeit. Dazu gibt es natürlich viele rechtliche Aspekte, die zu bedenken sind. Das Ministerium selbst hat 2019 ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, um die Umsetzbarkeit zu überprüfen. Eine Facette daraus: In dieser Stellungnahme der Rechtsanwälte Seufert wurde sehr gezielt auf die Thematik der Mindestmengen auf Landesebene Bezug genommen, und es wurden in dieser Stellungnahme auch sehr enge Grenzen dargestellt, was das Land denn hinsichtlich von Mindestmengen machen kann und was es auch nicht machen kann. Insbesondere da, wo der GBA Mindestmengen festgesetzt hat, – so diese Stellungnahme in der Beurteilung weiter – kann das Land jetzt nicht abweichende höhere Mindestmengen festsetzen. Würde gegen diese Restriktion verstoßen, dann hätten wir mit der Durchsetzbarkeit an dieser Stelle wahrscheinlich schon ein Problem.

Zweiter Blickwinkel. Sie kennen sicherlich alle die aktuellen Beurteilungen des Bundeskartellamtes zur Neugliederung von Krankenhausstrukturen, zu Fusionsprozessen usw. Da ist ja im Moment, auch aufgrund von gesetzlicher Intervention, eine Veränderung in der Positionierung erkennbar; aber wir haben in einigen Städten in Nordrhein-Westfalen gesehen, dass Krankenhauszusammenschlüsse, die im Grunde der Idee

dieses Krankenhausplanes gefolgt wären – Stichwort Gütersloh, Soest usw. –, nicht möglich waren, weil das Bundeskartellamt dem widersprochen hat.

Hier ist abzuwarten, ob sich die sich abzeichnende Bewegung, die die Krankenhausversorgung anders beurteilt als sonstige Branchen dieser Welt, so nachhaltig verankern lässt, dass von dort aus keine Begrenzung hinsichtlich der Durchsetzbarkeit zu erwarten ist.

Am Ende ist es natürlich so, dass mit Entscheidungen gegen den Willen eines Trägers hier und da auch Grundrechte berührt werden, zum Beispiel das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit. Ob das nun an den jeweiligen Arbeitgeber gebunden ist oder nicht, sei mal dahingestellt. Man kann aber erwarten, dass dort, wo regionale Planungskonzepte nicht im Konsens abgeschlossen werden und wo es klare Verlierer gibt, diese Verlierer natürlich – das ist ihr gutes Recht – auch die Rechtsmittel, die unser System vorsieht, einsetzen werden. Wir haben ein kasuistisches Recht; da werden wir dazulernen und werden vielleicht das eine oder andere, was man sich gewünscht hätte, aus dieser Sicht einschränken müssen.

Am Ende spricht das aber, glauben wir jedenfalls, alles dafür, dass man versucht, in den regionalen Planungskonzepten, im regionalen Ansatz möglichst viel im Vorfeld einvernehmlich herauszuarbeiten, sodass es – es wird nicht immer ohne gehen – möglichst wenig Verlierer in diesem Prozess gibt und es zu einer neuen Struktur kommt, in der sich am Ende des Tages möglichst viele wiederfinden können, sodass sich die rechtlichen Auseinandersetzungen an dieser Stelle auf ein Minimum reduzieren lassen.

Ihre zweite Frage richtete sich auf die Versorgungsqualität für Covid-19-Patienten in unterschiedlich großen Krankenhäusern. Hierzu ist, glaube ich, auch die jüngste Initiative im Hinblick auf die Förderung von Televisiten genau der richtige Ansatz. Ich glaube, dass gerade in dieser Zeit extrem viel dazugelernt wird. Die Erkenntnisse zu dieser Erkrankung auch in großen Krankenhäusern aus dem März weichen ja deutlich von der Erkenntnislage heute ab. Wir lernen alle miteinander unheimlich schnell unheimlich viel, und das müssen wir auch.

Es kommt jetzt darauf an, eine gute Aufgabenteilung zu finden zwischen den Versorgern in der Fläche und eben diesen Spitzenzentren unter anderem durch Televisiten, also digital unterstützt, sodass das neu entstehende Wissen möglichst schnell in die Peripherie diffundiert und dann gemeinsam abgewogen werden kann: Kann der Patient in der Peripherie gut weiter versorgt werden oder braucht er jetzt die Versorgung zum Beispiel in einer Universitätsklinik?

Sie haben vielleicht gehört, dass bei manchen Patienten die übliche Form der invasiven Beatmung nicht ausreicht und dass bei diesen schlimmen Verläufen die extrakorporale Beatmung notwendig wird. Das halten nur Spitzenzentren vor, da braucht man viel Know-how. Würde sich also jemand das in der Peripherie zumuten, müsste man wirklich die Frage stellen, gehört das da noch hin? Ist das gut vorbereitet? – Kann ja sein. Aber in vielen Fällen kommt man wahrscheinlich in einer solchen Situation bei gemeinsamer telemedizinischer Beurteilung zu dem Ergebnis, dass eine Verlegung angezeigt ist, und so muss es eigentlich auch laufen. – Ich hoffe, das war das, was Sie auch meinten.

Die nächste Frage richtete sich auf Verwerfungen, Herr Yüksel, in der Versorgung. Die kann man sich jetzt auf den verschiedensten Ebenen vorstellen oder man muss sie auf den verschiedensten Ebenen befürchten. Ich gebe mal ein Beispiel: Viele Krankenhäuser in der Grundversorgung – nennen wir es ruhig mal Grundversorgung, obwohl der Begriff eigentlich nicht mehr definiert ist –, die eine Innere Medizin und eine Chirurgie haben, haben in der Chirurgie ihr Leistungsspektrum um die Endoprothetik – in der Regel eher Hüfte, manchmal auch Knie – angereichert. Diese Krankenhäuser machen das, wie ich glaube, in guter Qualität. Wir haben ja qualitative Mindestanforderungen für die Leistungsgruppe „Endoprothetik Hüfte“ hinterlegt, und wenn ein Krankenhaus diese Mindestanforderungen erfüllt, ist ja zunächst einmal zu erwarten, dass das auch weiter der Fall sein darf.

Man könnte aber – je nachdem, wie der Bedarfsbegriff zukünftig interpretiert wird – auch sagen: Na ja, die Häufigkeit ist zwar ganz ordentlich, aber sie liegt unter dem statistischen Durchschnitt, also stellen wir die Leistungserbringung infrage, obwohl qualitative Mindestanforderungen erfüllt sind. Wenn ein Krankenhaus dann diese Leistungsgruppe verliert, dann kann es nicht in gleicher Weise Kosten abbauen. Natürlich für die Endoprothesen, für die Sachmittel usw., aber schon bei den Personalkosten wird es schwierig, denn häufig braucht es diese Leute schon aus Gründen der Mindestbesetzung, um einen geregelten Dienst zu gewährleisten, und kann sie schlichtweg nicht abbauen.

Noch extremer wird es bei dem Teil der Infrastrukturfinanzierung, die in diesen Fallpauschalen eingeschlossen ist. Diese Infrastrukturkosten können gar nicht abgebaut werden. Das heißt, wenn diese Erlöse durch die Leistungsgruppe Endoprothetik wegfallen, dann müssen die übrigbleibenden Leistungsbereiche, nämlich die Allgemeine Innere und Chirurgie, das mit auffangen, was da an Infrastrukturfinanzierung verloren gegangen ist.

Das wären wirtschaftliche Verwerfungen, bei denen man vielleicht am Ende feststellt: Dieses Krankenhaus hätte durchaus weiter existieren können, aber was übrig geblieben ist, ist so wenig, dass es im derzeitigen Finanzierungssystem nicht mehr ausreicht, und dann hilft nur die Bundesebene.

Damit nehme eine weitere Frage vorweg. Das können wir auf der Landesebene, glaube ich, nicht befriedigend lösen. Deswegen muss man sich sehr genau die Frage stellen, wie stark man jetzt in die Selektion hineingehen will. In meinem Beispielfall wäre es ja auch denkbar, dass man beide, bei denen die qualitativen Mindestanforderungen erfüllt sind, die für die Endoprothetik Hüfte infrage kommen, weitermachen lässt, wenn sie eine angemessene Fallzahl haben, die über die reine Gelegenheitserbringung hinausgeht. Aber da werden wir sehen, wie man mit diesem Instrument umgeht. Dann stellt sich die Frage: Kommen diese wirtschaftlichen Verwerfungen, ja oder nein?

Möchten Sie noch ein Beispiel? Ich hätte noch eins im Angebot.

Serdar Yüksel (SPD): Gern.

Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): Wir haben in den Arbeitsgruppen – ich glaube, das darf man bei aller Diskretion sagen – zum Beispiel über die Colon-, also die Darm- und Rektumchirurgie diskutiert. Eine Variante der speziellen Leistungsgruppe, die dann nur noch die erbringen dürfen, die sie haben, war jetzt zu sagen: Die Rektumchirurgie wird speziell zugeordnet und ist nicht mehr mit der Allgemeinen Chirurgie abgedeckt. Die Darmchirurgie ist durchaus auch in der Allgemeinen Chirurgie zu erbringen, weil es nicht so auf die Feinheiten ankommt wie unten im tiefen Becken.

Dann ging die Diskussion unter anderem darüber los: Wo zieht man denn jetzt die Grenze? Geht man wirklich ins ganz tiefe Becken und sagt, das ist so kompliziert, dass wir das in spezielle Hände legen müssen? – Kann man nachvollziehen, wie ich persönlich finde. Oder gehen wir sogar übers Rektum hinaus noch ein Stück weit höher in den Darm und legen all das in den Bereich einer speziellen Leistungsgruppe mit der Konsequenz, dass das dann in der Allgemeinchirurgie auf dem Lande nicht mehr gemacht werden darf.

Dieses Beispiel macht deutlich, wie kompliziert das ist und wie tief man auch aus medizinischer Sicht – ich hoffe, ich habe da nichts Falsches erzählt – die Sache betrachten muss und welche wirtschaftlichen Implikationen und Verwerfungen dahinter liegen.

Deswegen braucht die Arbeit an diesen Leistungsgruppen auch Zeit. Es wäre, glaube ich, falsch, jetzt zu sagen, weil irgendein Terminplan dahintersteht, muss das jetzt irgendwie fertig gemacht werden, wenn nicht die notwendige intellektuelle Klärung herbeigeführt worden ist. Denn da hängen immer solche relevanten Versorgungs- und Verteilungsprobleme dahinter, die man vielleicht im ersten Moment gar nicht unbedingt sieht.

Insbesondere die Endokrinologie – darunter fällt ja auch der Diabetes Mellitus – ist als Leistungsgruppe im Moment noch in einer heftigen Diskussion mit genau auch der Fragestellung, die Sie angesprochen haben. Da habe ich aber, ehrlich gesagt, den letzten Tagesstand im Moment nicht so auf dem Schirm.

Gregor Bornes (PatientInnen Netzwerk NRW): Ich bin eben schon zum Teil auf diesen Prozess eingegangen, der jetzt gerade läuft innerhalb der AG Krankenhausplanung. Ich kann das noch insofern präzisieren: Die Patientenvertretung sitzt da im Prinzip am Katzentisch; das muss man ganz klar sagen. Wir haben dort keinen eigenen Sitz – der ist auch in dem jetzigen Gesetzentwurf zur Krankenhausgestaltung nicht vorgesehen –, sondern wir sind quasi über das Ticket der Beauftragten der Landesregierung für die Patientinnen und Patienten in dieses Gremium gekommen.

Insofern kann man zwar einerseits sagen, dass hier zumindest ein Stück weit mehr Transparenz geschaffen worden ist, was die internen Diskussionsprozesse angeht. Andererseits kann man aber auch deutlich sagen, dass das, was da gerade debattiert wird, zum einen hochkomplex und zum anderen so stark im Fluss ist, dass im Moment nicht deutlich wird, wohin die Reise geht. Wir hören ja auch von den Vorrednern ziemlich klar, dass das insgesamt in der Landschaft noch nicht so ganz deutlich wird.

Stichwort Transparenz. Unseres Erachtens ist der gesamte Prozess der Krankenhausplanung und eben auch der darauffolgenden Verhandlungen auf der kommunalen Ebene aus der Sicht derjenigen, die versorgt werden sollen, also der Bürgerinnen und Bürger, der Patientinnen und Patienten, komplett intransparent. Ich bin selbst in Köln in der kommunalen Gesundheitskonferenz. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen werden ja als untere Gesundheitsbehörden regelmäßig zu Stellungnahmen aufgefordert. Ich kann Ihnen aber sagen, die Fragen, zu denen man Stellungnahmen abgeben soll, sind so gestellt, dass man überhaupt keine Information darüber erhält, wie gerade der Diskussionsprozess ist. Dazu kommt noch, dass man überhaupt keine Antwort erhält, ob die Stellungnahmen, die man da abgibt, in irgendeiner Form berücksichtigt wurden oder nicht, und wenn nicht, warum nicht.

Insofern ist auch der Prozess, der danach folgt, wenn wir einen neuen Krankenhausplan haben, sprich die Umsetzung des Planes, völlig intransparent. Gerade wenn Sie hier in der Runde immer wieder davon sprechen, dass es um Daseinsvorsorge geht, wäre es aus unserer Sicht ganz wichtig, die Bürgerinnen und Bürger vor Ort deutlich mehr mitzunehmen und die Verhandlungen, die dort laufen, auch entsprechend transparent zu machen und deutlich zu machen, dass hier verantwortlich gehandelt wird, sodass Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger nicht durch das stark verunsichert werden, was dann völlig ungeahnterweise auf sie zukommt.

Sie hatten auch das Thema Barrierefreiheit angesprochen. Das ist eine alte Forderung der Patientenbewegung oder der Patientenvertretungen, spielt aber in diesen Planungsprozessen, wie übrigens auch in der ambulanten Versorgungsplanung, eine absolut untergeordnete Rolle. Diese angeblich soften Kriterien werden immer höchst nachrangig behandelt – und das, obwohl der Zugang in eine Versorgungseinrichtung eigentlich so barrierefrei wie nur irgend möglich sein sollte.

Zum Covid-19-Aspekt würde ich gerne noch anfügen: Aus unserer Sicht hat die jetzige Situation an sehr vielen Stellen verdeutlicht, was es schon länger an Problemen gibt. Ich will einen Aspekt herausgreifen. Wir haben ja schon gehört, dass die Kapazitäten bisher nicht an ihre Grenzen geraten sind, auch entsprechend ausgebaut worden sind und dass das vom Grundsatz her, solange sich die Lage nicht deutlich verschlimmert, eigentlich im Griff ist.

Ein ganz wesentliches Thema in dem gesamten Bereich ist aber das Thema Hygienemanagement. Das ist etwas, womit Krankenhäuser oder Patientinnen und Patienten immer wieder konfrontiert sind, nämlich dass das Hygienemanagement nicht wirklich gut funktioniert. Das ist etwas, worauf meines Erachtens noch einmal ein besonderes Augenmerk gelegt werden müsste, Stichwort: Wer ist eigentlich zuständig für ein Hygienemanagement? Wie geht das Krankenhaus mit Patientinnen und Patienten in der Aufnahme um? Inwiefern werden sie dort vernünftig isoliert und dann zum Schutz von Belegschaft und anderen Patientinnen und Patienten entsprechend sorgfältig behandelt? Aus unserer Sicht wäre das sicherlich ein Punkt, bei dem man noch einmal genauer hinschauen müsste, ob man den im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung als Querschnittsthema quasi über alle Leistungsbereiche hinweg mit berücksichtigen könnte. Darüber ist unserer Wahrnehmung nach bisher noch gar nicht diskutiert worden.

Jan von Hagen (ver.di): Herr Yüksel hatte noch einmal zur Wechselwirkung zu Ausbildungsplätzen und zur Pflegeausbildung an sich gesprochen. Da haben wir zwei Sachen, die gerade jüngst durch die Presse gingen: Wir haben das höchste Angebot von Ausbildungsplätzen in der Pflege, so die jüngste Verlautbarung von Minister Laumann. Wir haben dem in der Öffentlichkeitsarbeit gegenübergestellt, dass wir seit Jahren auch die höchste Quote des Nichterreichens des Examens in der Pflegeausbildung haben. Wir sind mittlerweile bei 25 bis 30 % der Menschen, die die Ausbildung beginnen – in der Altenpflege liegt die Quote noch einen Tick höher als in der Krankenpflege – und den Ausbildungsabschluss nicht erreichen, und das nicht wegen persönlicher Defizite, sondern wegen sehr unterschiedlicher Defizite. Aber es ist nicht nur das Bestehen der Abschlussprüfung; viele brechen schon vorher ab. Insofern scheint die Ausbildung an sich noch nicht so zu funktionieren, dass das Schaffen von Ausbildungsplatzangeboten automatisch zu mehr Fachkräften führt.

Dann ist unser Blick natürlich in einem so komplexen Prozess wie der Krankenhausplanung: Wir haben ja keine eingespielte und komplett implementierte neue Pflegefachkraftausbildung. Das Ganze hat dieses Jahr gestartet. Wir haben gewarnt und sehr früh gesagt, dass die Umsetzung sehr lange dauern wird, bis das Ganze eingespielt sein wird. Dann kam der erschwerende Faktor Covid-19 hinzu. Insofern haben wir momentan ein sehr instabiles Ausbildungssystem und laufen jetzt in eine Situation hinein, in der weitere betriebliche Änderungen und Umstrukturierungen das Ganze noch erschweren werden.

Unsere Sorge betrifft das, was momentan an einigen Standorten auch im Kontext Krankenhausplanung diskutiert wird, nämlich auch in diesem Bereich über Zentralisierungen nachzudenken und deutlich größere Ausbildungseinheiten, Bildungsakademien Pflegeberufe und Ähnliches auf den Weg zu bringen. Die Gestaltung von Ausbildungsqualität – das ist unsere Wahrnehmung im Kontext der Krankenhausträger – fällt, wenn übergeordnete Strukturprozesse stattfinden, im Normalfall einen Schritt dahinter zurück. Das heißt, es kann nicht mehr so sorgfältig gearbeitet werden.

Die zweite Frage ist aber: Wir schaffen bei größeren Ausbildungsstätten ganz häufig eine Steigerung in der theoretischen Qualität der Ausbildung, weil es mehr Konzeptarbeit gibt, weil es eine höhere Sicherstellung von Umsetzung von Curricula gibt. Die praktische Ausbildung als Herzstück der Pflege, wie wir es immer noch sehen, wird nicht nur in großen Zentren stattfinden, sondern dafür werden wir genauso die Grund- und Regelversorger brauchen. Wir sehen in der jetzigen Personalsituation schon nicht, dass die Anleitung sichergestellt wird. Bei einer Ausbildung, die neu ist, ist das noch einmal schwerer. Und wenn damit Umstrukturierungsprozesse einhergehen, ist unsere Sorge, dass die Anzahl der Abbrecher und der Menschen, die die Ausbildung nicht schaffen, die nicht angemessen begleitet werden, noch einmal höher wird. Das kann insgesamt nicht das Ziel sein. Insofern sehen wir eine Wechselwirkung und schauen darauf eher mit Sorge.

Stefan Schwark (DBfK): Ich bitte um Entschuldigung für die Verspätung. Ich bin aus Hannover angereist, nicht aus Essen, wie eigentlich geplant. – Danke für die Frage von Herrn Mostofizadeh zur aktuellen Wahrnehmung des Krankenhausplanungspro-

zesses in Nordrhein-Westfalen. Das hat für uns zwei Dimensionen, die man aktuell ganz einfach erkennen kann. Wenn man auch in der Vorbereitung auf die Sitzung die Dokumente im Hinblick darauf durchsucht, wie oft dort der Begriff „Pflege“ verwendet wird, stellt man fest, dass das extrem selten der Fall ist. Zum anderen geht es um die qualitative Perspektive, die in diesem Prozess mittransportiert wird.

Wir fordern als beruflich Pflegende eigentlich nichts Unmenschliches. Im Gegenteil, wir fordern, das Vorliegen und den Nachweis dessen zum Kern der Krankenhausplanung zu machen, dass das vorhandene Personal die nötige Versorgung leisten kann, ohne sich oder Patienten zu gefährden.

Beruflich Pflegende sind es, die die Krankenhäuser am Laufen halten. Sie sind es, die 24/7 im Krankenhaus sind; ohne sie funktioniert kein Krankenhaus. Das erleben wir aktuell in der Pandemie und das erleben wir im Alltag. Beruflich Pflegende geben Betten überhaupt erst die Legitimation, als solche gezählt zu werden.

Wir fordern zur Umsetzung eine bedarfsgerechte Personalausstattung, die bemessen werden muss, die anhand klarer Kriterien definiert werden muss, wie diese aussehen soll. Dazu zählen die Qualifikation und die Anzahl des Personals. Dazu zählt auch der vom Patientenvertreter genannte Aspekt, diese Kriterien zu veröffentlichen und tatsächlich Transparenz zu schaffen: Wie steht es um diese Faktoren in den einzelnen Fachabteilungen? Wie sind die Versorgungssicherheiten, die Versorgungsquoten?

Es ist bezeichnend, dass wir im Jahr 2020 – das Internationale Jahr der beruflich Pflegenden – zu einer Anhörung zur Krankenhausplanung in NRW eingeladen sind, es dabei jedoch wenig um die Rolle der beruflich Pflegenden in dem gesamten Prozess geht; ich habe das bereits angesprochen. Das ist auch nicht neu. Wir haben bereits vor vier Jahren eine Stellungnahme an diese Adresse gesandt, am 29. Juli 2016, in der wir dringend dazu gemahnt haben, beruflich Pflegende mit ihrer Expertise an entscheidender Stelle in die Krankenhausplanung einzubeziehen.

Diese Forderung wiederholen wir hier noch einmal, was den § 15 des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen angeht, dass beruflich Pflegende in diesen Prozess mit entscheidender Stimme eingebunden werden müssen. Wir hoffen, dass Nordrhein-Westfalen hier einen mutigeren Weg geht als bisher.

Ich möchte gern auf die zweite Frage eingehen, wie es aktuell um die Ausbildung steht. Auch da haben wir dieses Jahr Extreme erlebt. Zukünftige beruflich Pflegende sind in eine Ausbildung gestartet, die am 1. April nicht mit Theorie begonnen hat. Vielfach wurde uns gemeldet, sie haben den ersten Tag in einer Pandemie in der Praxis auf der Station unter unverantwortbaren Arbeitsbedingungen verbracht. Was das – Herr von Hagen hat es angesprochen – mit der langfristigen Glaubwürdigkeit und dem Effekt unserer Ausbildungszahlen, die wir aktuell vielleicht steigern mögen, in der Realität macht, ist noch gar nicht abzusehen. Aber wir betrachten diesen Prozess auch mit großer Sorge.

Generell ist die Praxisanleitung, die Praxisausbildung seit vielen Jahren sehr defizitär. Wir mögen die Ausbildungszahlen steigern, in der Praxis wird uns jedoch vielfach zurückgemeldet, dass Auszubildende für Tätigkeiten eingesetzt werden, für die sie noch

nicht qualifiziert sind, die sie teilweise auch in hohem Maße überfordern und die sie nicht auf eine lange Berufszukunft vorbereiten.

Das gilt derzeit für die Abbrecherquoten, die auch schon genannt wurden, die sich erhöhen. Das gilt für die Ausbildungsbewerberqualität, die wir mit Sorge betrachten. Wenn das Image des Berufes – und das hängt hier alles zusammen – weiter herabgeschraubt wird, wenn beruflich Pflegende als Notnagel und Verfügungsmasse behandelt werden, dann werden sich nicht diejenigen für den Ausbildungsberuf bewerben, die wir langfristig in diesem Beruf brauchen und die die Versorgungsqualität gewährleisten können, die wir uns eigentlich wünschen.

Deshalb kommen wir zurück zu unserer Kernforderung, dass – auch um Auszubildenden eine Perspektive zu geben – das eigentliche Interesse der Ausbildung in den Fokus der Krankenhausplanung gestellt werden muss. Das ist die Sicherheit des Pflegepersonals, die Sicherheit der Patienten, und das mit entscheidender Beteiligung der beruflich Pflegenden.

Michael Mruck (vdek): Ich will die Fragen, die an die GKV gerichtet worden sind, gerne beantworten. Ich habe mir drei Fragen notiert: Durchsetzbarkeit der neuen Planung, die coronabedingten Auswirkungen im Kontext der neuen Planung und das Thema Beschleunigung der regionalen Planungsverfahren oder der Planung insgesamt.

Zur Durchsetzbarkeit der Planung und zu den rechtlichen Fragen, auch den wettbewerbs- und kartellrechtlichen Fragen, ist hier noch einmal ausführlich Stellung genommen worden; darauf will ich jetzt nicht noch einmal eingehen. Wichtig ist aber, glaube ich – das haben wir auch in unserer Stellungnahme aufgenommen –, dass Planung immer dann funktioniert, wenn es vor Ort im Rahmen der regionalen Planungsverfahren eine gemeinsame Vorstellung von Versorgung gibt und es insofern auch eine gemeinsame Absprache darüber gibt, wer was macht.

Gemeinsame Vorstellung von Versorgung bezieht sich im Übrigen nicht nur auf den stationären Bereich; vielmehr ist der ambulante Bereich davon natürlich auch betroffen, über den wir hier und heute gar nicht sprechen, weil es ein völlig anderer Rechtskreis mit komplett anderer Planungslogik ist; das würde uns hier sicherlich auch überfordern.

Aber wichtig sind aus unserer Sicht eine gemeinsame Vorstellung von Versorgung, gemeinsam abgestimmte regionale Planungskonzepte. Dafür gibt es viele gute Beispiele, wo das auch schon funktioniert. Herr Mostofizadeh, Sie hatten das Beispiel Contilia angesprochen. Das ist ein Beispiel, wie ich finde, bei dem es mittlerweile funktioniert. Dort haben sich die Beteiligten sozusagen im Rahmen dieser Bundesstrukturfonds-idee zusammengefunden und gemeinsam mit der Uniklinik jetzt auch ein Konzept entwickelt, wie man dort Versorgung machen kann – auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass dort natürlich erhebliche strukturelle Veränderungen stattfinden. Das ist sicherlich ein Beispiel dafür, dass so etwas gelingen kann. Ob es dann sozusagen auch flächendeckend gelingt, wird man dann sehen.

Dann wird man sich die Ergebnisse der regionalen Planungsverfahren anschauen müssen. In dieser Beziehung kann man sicherlich skeptisch sein. Gerade auch das

Thema Bundestrukturfonds – das haben wir auch in unserer Stellungnahme aufgenommen – macht deutlich, dass der Markt natürlich auch von Egoismen getrieben ist und viele Krankenhausträger in Teilen nur auf sich schauen, auf ihr eigenes Leistungsangebot schauen, versuchen, dort Optimierungen vorzunehmen, die dann aber am Ende des Tages nicht zu einem abgestimmten regionalen Planungskonzept führen. Das ist aus unserer Sicht natürlich wichtig, weil nur das zu einer guten Versorgung führt.

Zur zweiten Frage, der coronabedingten Auswirkungen im Kontext der neuen Planung. Auch dazu ist schon viel gesagt worden. Ich glaube, die neue Planung macht zwei Dinge deutlich, zum einen dass Spezialisierung notwendig ist. Wenn man sich anschaut, wo Patientinnen und Patienten im Rahmen der Coronapandemie versorgt worden sind, stellt man fest, dass auch dort schon Spezialisierung, Leistungskonzentration und auch regionale Absprachen stattgefunden haben. Auch das haben wir natürlich gesehen. Auch regionale Absprachen hat es gegeben, sodass Patientinnen und Patienten dann auch optimal gesteuert worden sind, um dann auch gut versorgt zu werden.

Zur dritten Frage, Beschleunigung der regionalen Planungsverfahren. Das Gesetz sieht derzeit für die regionalen Planungsverfahren einen Zeitraum von sechs Monaten vor, also für das eigentliche regionale Planungsverfahren. Das ist auch nicht neu, das hat es auch schon bislang gegeben. Was aus unserer Sicht fehlt, ist ein konkreter Zeitrahmen für eine abschließende Entscheidung durch das Land. Wir alle wollen – das haben wir auch aus den Stellungnahmen herausgehört – eine gute Versorgung und wir alle wollen hier einen gesteuerten Prozess. Insofern, glaube ich, ist es sinnvoll, dass diese Prozesse nicht auf die lange Bank geschoben werden, sondern innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erfolgen. Daher unser konkreter Vorschlag, auch die regionalen Planungsverfahren nach einem Jahr zu beenden durch Einführung einer weiteren Frist von sechs Monaten für eine abschließende Entscheidung des Landes.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Herr Yüksel, damit ich nicht falsch verstanden werde, wenn von dem Eindruck der kalten Bereinigung der Krankenhauslandschaft die Rede war: Ich glaube, dass sich alle im Landesausschuss Krankenhausplanung von Anfang an darüber klar waren, dass man überlegen muss und versuchen muss, etwas zu verändern, weil es so nicht weitergeht. Ich glaube, darin sind sich alle einig, die da drinsitzen, ob Kassen oder Krankenhausgesellschaft. Das ist das, was ich sagen wollte, weil es jetzt so rüberkam, als hätte ich sozusagen dem Ausschuss schon vorweg den Beschluss mitgeteilt. Nein, das wollte ich keinesfalls.

Ich bin dann von Herrn Mostofizadeh nach der Durchsetzbarkeit gefragt worden. Die Durchsetzbarkeit – das ist jetzt auch schon angeklungen – hängt sicherlich davon ab, dass man regional vernünftig planen kann. Aus der Sicht der Kammern braucht es da auch mit dem Krankenhausgesetz jetzt eine Neuerung. Deswegen haben wir gefordert, einen § 12 Abs. 5 neu einzufügen. Danach soll die kommunale und regionale, aber auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten sowie einer

verbesserten Qualität in der Grundversorgung im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen.

Ich weise deshalb ausdrücklich darauf hin, weil natürlich die Kooperation schon jetzt im Krankenhausgestaltungsgesetz drinsteht, wir aber der Ansicht sind, dass man das schärfen muss. Denn zu den positiven Beispielen, die hier gerade genannt wurden, könnte ich genauso gut viele negative Beispiele aufführen. Bei dem einen oder anderen hat sicherlich auch das Kartellrecht eine Rolle gespielt; aber oft ist es daran gescheitert, dass man nicht ernsthaft miteinander reden konnte, weil auch die entsprechende Unterstützung dann fehlte, vielleicht auch die entsprechende Moderation auf der regionalen und auf der Landesebene. Das wollen wir sicherlich stärken.

Zweitens wird die Durchsetzbarkeit sicherlich davon abhängen, was in den ländlichen Regionen passiert. Das ist hier mehrfach angeklungen. Ich darf sagen, ich bin in einer sehr ländlichen Region geboren worden und habe noch Kleinstkrankenhäuser miterlebt; in einem davon ich auch geboren worden. Was da fehlt, ist sowohl die stationäre wie auch die ambulante Versorgung. Jetzt ist die Frage, wie bekommen wir Ärztinnen und Ärzte, aber auch qualifiziertes Pflegepersonal oder Vertreter anderer Gesundheitsberufe in die ländlichen Regionen. Da ist oft, ich würde mal sagen, ein kleines Krankenhaus ein Kristallisationsort.

Deswegen meinen wir – das haben wir auch in unserer Stellungnahme gesagt –, dass man darüber nachdenken muss, inwieweit man solche Krankenhäuser umstrukturiert, und zwar in beiden Richtungen öffnet. Die eine Richtung ist, dass man Krankenhäuser für die ambulante Versorgung mehr zulassen muss dort, wo es Fachärzte im niedergelassenen Bereich nicht gibt.

Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob man nicht in manchen Regionen wieder zum Belegarztkonzept zurückkehrt, damit auch die Ärzte, die sich dort niederlassen, die Sicherheit haben, dass sie in der Qualität die Versorgung durchführen können, mit der Sicherheit einer stationären Versorgung im Hintergrund, in der sie sich das wünschen. Es ist ja das Ziel einer jeden jungen Kollegin und eines jeden jungen Kollegen – wenn ich jetzt nur von den Ärzten spreche –, dass man, wenn man eventuell auch im ambulanten Bereich Maßnahmen durchführt, eine Absicherung bekommt, dass man sich gegebenenfalls entsprechende Gerätschaften teilen kann usw. Ich glaube, da ist ein Umdenken nötig, und das wird für eine höhere Durchsetzbarkeit sorgen.

Die Pandemie hat uns gezeigt – das ist ja auch gerade gesagt worden –, es geht nicht nur um Covid-19, es geht um Infektionsschutz, es geht um Hygiene. Ich habe es in einem anderen Rahmen schon einmal gesagt: Jeder, der von uns durch Krankenhäuser geht, die Wagen mit den überhängenden grünen Kitteln vor Zimmern stehen sieht und oft einen Hinweis an der Tür findet: „Bitte nur nach Rücksprache mit den Schwestern betreten“, und dann sieht, wie verkittelte Angehörige teilweise verwirrt durch die Gegend laufen, weiß doch eigentlich schon seit Jahren, dass da etwas passieren muss. Das muss vorgehalten werden und diese Vorhaltung muss finanziert werden. Das heißt, wir werden in jedem Krankenhaus – und zwar in jedem, das sage ich jetzt ausdrücklich – nicht nur hochspezialisierte Infektionsmedizin betreiben müssen, sondern unter diesen Umständen muss den Krankenhäusern die Vorhaltung von Betten,

aber auch von Personal und von Gerätschaften finanziert werden, und zwar völlig unabhängig davon, wie viele Patienten da hinkommen oder nicht.

Zu guter Letzt zu der Frage, die man dann hinterher im Krankenhausplan und in der konkreten Ausgestaltung – Herr Brink hat es ja auch gesagt – beachten muss: Es darf natürlich keine falsche Verschränkung von Leistungsgruppen geben. Am Ende darf es nicht sein, dass ich, wenn ich eine Palliativmedizin betreibe, gleichzeitig eine hochinvasive Intensivmedizin betreiben muss. Ich glaube, das ist jedem einleuchtend. Solche nicht sinnhaften Verschränkungen wären denkbar. In unserer Stellungnahme haben wir zum Ausdruck gebracht, dass man darauf achten muss, dass solche Verschränkungen nicht entstehen.

Das letzte Problem betrifft die Frage bestimmter Fachrichtungen, der Fachkliniken, wenn ich an die großen Lungenfachkliniken in Nordrhein-Westfalen denke, aber auch die Frage, wo Geriatrien angedockt sind. Das ist im westfälisch-lippischen und im nordrheinischen Bereich sehr unterschiedlich. Muss eine Geriatrie immer auch im Hintergrund eine entsprechende Versorgung haben? Man wird darauf achten müssen, dass das vernünftig funktioniert. Aber ich sage es ausdrücklich: Das wäre mit dem System so auch möglich.

Zu guter Letzt, weil ich danach gefragt worden bin, zu den neurochirurgischen und neurologischen Rehaeinrichtungen. Es ist wirklich so, dass es diesbezüglich zwischen Nordrhein und Westfalen-Lippe eine deutliche Differenz gibt. Wir würden es sehr begrüßen, wenn in dieser Hinsicht in dem Bereich Westfalen-Lippe mehr passieren würde. Wir haben gerade noch mal geschaut, es gibt nur im Clemenshospital in Münster eine kleine neurochirurgisch-neurologische Reha. Hier mehr zu tun wäre natürlich möglich, weil es die Leistungsgruppe ja gibt. Alles Weitere muss aus unserer Sicht der Krankenhausplan dazu ausformulieren und liefern.

Dr. Anja Mitrenga-Theusinger (Ärzttekammer Nordrhein): Ich würde noch ergänzen wollen; wir sind nach der Kinder- und Jugendmedizin gefragt worden.

Hierzu muss man sagen, dass in der jetzigen Planung vorgesehen ist, es differenzierter anzugehen, also differenzierter zu planen. Das kann vielleicht – ich muss das einschränkend sagen – zu einer Verbesserung führen. Aber die Kinder- und Jugendmedizin ist natürlich auch – damit knüpfe ich an das an, was Herr Dr. Gehle gesagt hat – das klassische Beispiel dafür, dass es um die Finanzierung der Vorhaltung von Strukturen geht, die der Daseinsfürsorge dienen. Die Kinder- und Jugendmedizin hat immense Finanzierungsprobleme aufgrund des DRG-Systems, und da wird das Gesetz auf Landesebene keine Heilung bringen, wenn diese Probleme nicht angegangen werden.

Ein Vorschlag oder eine Idee wäre, dass auf der Landesebene die Einzelförderung in der Kinder- und Jugendmedizin in den Blick genommen werden könnte und dort platziert werden könnte. Aber das alles ist nicht über dieses Gesetz regelbar.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich schaue noch einmal in die Runde. Gibt es doch noch Nachfragen? Eine halbe Stunde lang steht uns dieser Saal noch zur Verfügung, dann machen wir das ganz schnell. – Kollegen Neumann und Kollege Yüksel, bitte.

Josef Neumann (SPD): Die Frage zu der Pufferfinanzierung, die der Kollege Yüksel vorhin gestellt hat, ist noch nicht beantwortet worden.

Vorsitzende Heike Gebhard: Die richtete sich an wen?

Serdar Yüksel (SPD): An die AOK.

Vorsitzende Heike Gebhard: Hatten Sie die Frage mitbekommen?

Thomas Fritz (AOK NordWest): Ja, die haben wir mitbekommen. Das ist jetzt kein reines Planungsthema. Zu den Planungsthemen Covid-19, Flexibilisierung von Infektionsmedizin ist schon viel gesagt worden. Ich glaube auch, dass die Diskussionen im Landesausschuss bisher gezeigt haben, dass wir mit Planungsthemen in allen Leistungsbereichen viel flexibler umgehen wollen, als das bislang der Fall ist.

Die Frage nach der Pufferfinanzierung ist eine Frage, die sich zumeist an den Bund oder an das Land richtet. Hier geht es um eine besondere Versorgungssituation in einer besonderen gesundheitlichen Lage. Das ist grundsätzlich nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir sind für die Leistungsübernahme nach dem gesetzlichen Krankenkatalog zuständig.

Das hört sich jetzt vielleicht etwas bürokratisch an, aber es gibt ja auch andere Gesetze, Infektionsschutzgesetze und Ähnliches. Und dafür ist dann ein anderer zuständig. Das mag das Land sein, das kann der Bund sein. Ich glaube, dass man, wenn wir das jetzt alles hoffentlich bald überstanden haben, darüber nachdenken muss, wie diese Covid-19-Pandemie, die wir dann überstanden haben, und andere Pandemien, Epidemien und sonstige Situationen, die auf uns zukommen, finanziert werden sollen. Dafür muss man einen Finanzierungstopf vorhalten, und das ist Länder- und Bundesaufgabe.

Josef Neumann (SPD): Ich muss noch einmal auf das zurückkommen, was Herr Engler und Herr Dr. Loeser ausgeführt haben. Da sind ja auch, sage ich mal, einige Zahlen genannt worden. In dem neuen Gesetz gibt es diesen § 15, bei dem es um die Frage der mittelbaren Beteiligung geht. Es geht auch um die Auswirkungen eines Trägerwechsels. Wenn ich mir das so vorstelle, dann kommt doch wesentlich mehr auf alle Beteiligten zu, als man das vielleicht so wahrnimmt. Insofern hätte ich hier noch eine Rückfrage an die Gewerkschaft ver.di.

Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass man in Bezug auf die Einbindung der mittelbar Beteiligten mehrmals jährlich Sitzungen durchführen und bei einem Trägerwechsel Intentionsübermittlungen vornehmen sollte. Da würde ich gerne noch einmal nachhaken und Sie bitten, das zu erläutern. Denn angesichts dessen, was Herr Engler und Herr Dr. Loeser gesagt haben, müssen wir uns, glaube ich, darüber im Klaren sein, dass es doch mehr Veränderungen geben wird, als vielleicht der eine oder andere glaubt.

Jan von Hagen (ver.di): Ich fange einmal an mit der Nachfrage zu der Einbindung der mittelbar Beteiligten. Wir haben in der Stellungnahme den Vorschlag gemacht, viermal jährlich eine Sitzung des Krankenausschusses zu machen inklusive der weiteren Beteiligten, wo wir gar nicht sagen würden, dass das unbedingt abschließend ist.

Natürlich gab es dazu eine Überlegung unsererseits. Ich mache es an unserer Rolle als Gewerkschaft deutlich: Wir haben nicht vor, mit mehreren Menschen durchgehend Planungsprozesse in Krankenhäusern zu gestalten; das ist nicht unsere Funktion. Der Blick auf die letzten Jahre, die Möglichkeiten, wo wir Stellung nehmen können, liegen seit acht Jahren bei mir. Das heißt, ich weiß, an welchen Stellen Anhörungen möglich waren und wo nicht. Zu zentralen Fragen der Krankenhausplanung war das in den letzten acht Jahren kein einziges Mal der Fall, weder in Form einer Information der mittelbar Beteiligten noch in Form eines Diskussionsangebotes.

Diese mittelbar Beteiligten sind auf dem Papier vorhanden und es gibt die Beteiligung über ein Stellungnahmeverfahren. Damit bin ich beim PatientInnen Netzwerk. Wir geben relativ regelmäßig, wenn es um konkrete Krankenhäuser geht, den Betriebsräten, Personalräten oder kirchlichen Mitarbeitervertretungen die Möglichkeit, eine Stellungnahme aus ihrer Sicht dazu abzugeben und mit einer Betriebsexpertise reinzugehen. Dabei ist auch das Gefühl, ob wir diese Stellungnahmen senden oder nicht, das hat nichts mit der realen Diskussion zu tun.

Insofern ist unser Vorschlag zu sagen, mindestens viermal im Jahr – das ist der konkrete Vorschlag – muss es eine Möglichkeit geben, darüber zu diskutieren, und zwar sowohl über Einzelfälle – zu Contilia sage ich gleich noch etwas – als auch über generelle Entwicklungen. Gerade bei einer kompletten Veränderung des Systems über die nächsten Jahre gibt es sicherlich mehr Beratungsbedarf.

Wir wollen also nicht in das Dauerverfahren rein, aber ich glaube, es würde Sinn machen, die mittelbar Beteiligten strukturiert regelmäßig einzubinden und Transparenz herzustellen, aber auch die Perspektiven einfließen zu lassen.

Der zweite Teil an dem Beispiel, was passiert da. Mir fiel es gerade schon schwer mitzuschreiben, als die Vorgänge um Contilia als Beispiel dafür, dass es gut gelaufen sei, im Raum stehen geblieben sind. Wenn man darüber mit den Beschäftigten und der Bevölkerung in Essen diskutiert, ist das nicht der Blick auf das Thema, was in Essen passiert. Die Presseberichterstattung zu dem Kauf der Katholischen Kliniken Essen-Nord durch Contilia und zu dem, was seitdem an unterschiedlichen Versorgungsplänen zwischen Stadt, Land und Contilia diskutiert wurde, beschreibt keine rühmliche Geschichte.

Wenn so etwas eine übergeordnete Bedeutung bekommt, wenn wir über die Versorgung von 200.000, 250.000 Menschen im Nordteil einer Ruhrgebietsstadt reden, dann braucht man ein Forum, in dem man darüber diskutieren kann. Denn wir haben an der Stelle nicht – schön dass es jetzt über den Strukturfonds klappt – eine Einigung erlebt, sondern eine zum Teil völlig überforderte Kommunalpolitik und auch eine Landespolitik, die gesagt hat, ob das, was da gerade in der Umsetzung des Versorgungsauftrages passiert, richtig ist, da sind wir uns selbst nicht sicher.

Wenn es jetzt zu einem Entscheid zu einer zukünftigen Versorgungsstruktur kommt, dann hat man es auf jeden Fall geschafft, einen Großteil der Nordbevölkerung abzuschrecken und die Beschäftigten zu desillusionieren, da sie gemerkt haben, dass sie in dem ganzen Verfahren relativ unwichtig sind.

Die konkrete Frage von Herrn Neumann betraf auch die Vermittlung der Intentionen bei einem Trägerwechsel. Wir haben das etwas abstrakt formuliert. Es geht um die Intentionen des neuen Trägers bei einem Trägerwechsel. Uns ist kein anderer Begriff eingefallen. Ich möchte es am Beispiel Contilia erläutern. Im Jahr 2018 ist Contilia eingestiegen und hat der Stadt und der Bevölkerung gegenüber erklärt, was der Plan für Essen ist. Das war sechs Monate später nicht mehr das Papier wert, auf dem es geschrieben stand. Es ist immer wieder diskutiert worden. Da ist die Frage, bekommen wir mehr Sicherheit in einen solchen Prozess hinein, wenn so etwas im Kontext von Trägerwechseln dargestellt wird. Deshalb ist unsere Bitte an dieser Stelle, Trägerwechsel jeglicher Art sehr frühzeitig in der Planung aufzunehmen, so wie es der Gesetzentwurf jetzt auch vorsieht.

Vorsitzende Heike Gebhard: Jetzt sehe ich keine weiteren Fragen mehr. Ich darf mich ganz herzlich bei allen Beteiligten bedanken, insbesondere natürlich bei unseren Damen und Herren Sachverständigen, dass sie so geduldig unsere Fragen beantwortet haben.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzender

Anlage

11.01.2021/12.01.2021

28

Anhörung von Sachverständigen

Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes
Nordrhein-Westfalen**

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP

Drucksache 17/11162

am Mittwoch, dem 9. Dezember 2020

09.30 bis 12.30 Uhr, Plenarsaal

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Heinz-Josef Kessmann Diözesancaritasdirektor Caritasverband für die Diözese Münster e.V., Münster	Heinz-Josef Kessmann Klaus Schoch	17/3348
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Präsident Jochen Brink, Düsseldorf	Jochen Brink Matthias Blum	17/3367
PatientInnen Netzwerk NRW Julia Gakstatter, Emsdetten	Gregor Bornes	17/3366
Sana Kliniken AG, Ismaning	Christian Engler	---
Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD) Geschäftsführer Jürgen Braun, Düsseldorf	Jürgen Braun	17/3368
ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	Jan von Hagen	17/3377
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e. V. Regionalvertretung West Stefan Schwark, Essen	Stefan Schwark	17/3369

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Nordrhein-Westfalen	Michael Mruck (vdek) Thomas Fritz (AOK NordWest) Dr. Simon Loeser (AOK Rheinland/Hamburg)	17/3347
AOK NordWest		
AOK Rheinland/Hamburg		
BKK Landesverband Nordwest		
Knappschaft Bahn-See		
Landesverband der Innungskrankenkassen (IKK)		
Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG)		
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) Direktor Matthias Loeb, Münster	Professor Dr. Meinolf Noeker (LWL)	17/3365
Landschaftsverband Rheinland (LVR) Direktorin Ulrike Lubek, Köln		
Ärztammer Westfalen-Lippe Präsident Dr. Johannes Albert Gehle, Münster	Dr. Johannes Albert Gehle Dr. Markus Wenning	17/3374
Ärztammer Nordrhein Präsident Rudolf Henke, Düsseldorf	Dr. Anja Mitrenga-Theusinger Ulrich Langenberg	

Weitere Stellungnahmen	
Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW, Köln	17/3376

Absagen von eingeladenen Sachverständigen / Institutionen	
Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln	---
Landkreistag Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	---
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	---

Absagen von eingeladenen Sachverständigen / Institutionen	
Professor Dr. Boris Augurzky RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen	---
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln	---
Zentrum für Versorgungsforschung Köln PMV Forschungsgruppe Medizinische Fakultät und Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln	---

