Landtag
Nordrhein-Westfalen
17. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 17/1298
04.02.2021

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

103. Sitzung (öffentlich)

4. Februar 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:35 Uhr bis 15:35 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Carolin Rosendahl

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

Vor Eintritt in die Tagesordnung **3**

1 Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrein-Westfalen **4**

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

Ausschussprotokoll 17/1241 (Anhörung vom 09.12.2020)

– Auswertung der Anhörung

– Wortbeiträge

Der Ausschuss kommt überein, bereits in der heutigen Sitzung über den Gesetzentwurf abzustimmen.

Der Ausschuss stimmt dem Gesetzentwurf mit den Stimmen der Fraktionen von CDU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Enthaltung der Fraktionen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und AfD zu.

2 Gesetz zur parlamentarischen Absicherung der Rechtsetzung in der COVID-19 Pandemie **16**

Gesetzentwurf
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/12425

– Verfahrensabsprache

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss kommt überein, sich pflichtig an der vom federführenden Ausschuss für den 23. Februar 2021 um 14 Uhr geplanten Anhörung zu beteiligen.

3 Aktuelle Viertelstunde gemäß § 60 GO LT NRW *(beantragt von der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage])* **17**

– Wortbeiträge

* * *

1 Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrein-Westfalen

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

Ausschussprotokoll 17/1241 (Anhörung vom 09.12.2020)

– Auswertung der Anhörung

(Überweisung des Gesetzentwurfs an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend –, an den Ausschuss für Heimat, Kommunales, Bauen und Wohnen sowie an den Ausschuss für Digitalisierung und Innovation am 08.10.2020; Zustimmung durch AHKBW und ADI)

Vorsitzende Heike Gebhard weist darauf hin, dass die Abstimmung im AGS auch noch in der Sitzung am 24. Februar durchgeführt werden könne, da der Gesetzentwurf erst in einer der Plenarsitzungen in der 9. Kalenderwoche abschließend beraten werden solle.

Peter Preuß (CDU) geht auf die aus seiner Sicht sehr interessante Anhörung zum Krankenhausgestaltungsgesetz ein, in deren Rahmen eigentlich alle Sachverständigen bestätigt hätten, dass die Krankenhauslandschaft aufgrund fehlender Ausrichtung an Versorgungsbedarfen und Behandlungsqualität nicht in unveränderter Weise werde fortbestehen können und daher die Krankenhausplanung novelliert werden müsse.

Aus Sicht seiner Fraktion schaffe der vorliegende Gesetzentwurf die Voraussetzungen für die nötigen Änderungen am Krankenhausplan. Bei der Beratung müsse man sich vor Augen halten, dass es noch nicht um die konkrete Krankenhausplanung, sondern lediglich um die rechtliche Grundlage, nämlich statt der Betten nun Leistungsgruppen und Leistungsbereiche als Planungsgrundlage vorzusehen, gehe. Insgesamt bezwecke man eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Nach der Schaffung dieser rechtlichen Grundlage müsse der mit der konkreten Planung befasste Landesausschuss Krankenhausplanung darauf fußend Überlegungen über die Planung anstellen. Dabei werde es nicht um den weiteren Bestand einzelner Kliniken, sondern um die Sicherstellung einer bestmöglichen medizinischen Versorgung durch die Bildung spezieller Fachbereiche, an die sich Patientinnen und Patienten gezielt wenden könnten, gehen.

Zur Auswertung der Anhörung greife er einzelne der im Rahmen dieser thematisierten Aspekte auf.

Die Bedarfsermittlung und -berechnung müssten im Rahmen der konkreten Planung, nicht aber im Zusammenhang mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz beraten werden.

Seines Wissens erfolge derzeit eine exakte Bedarfsermittlung, die anschließend in die Krankenhausplanung einfließen müsse.

Irritiert habe ihn der erhobene Vorwurf „Intransparenz“. Er weise auf die direkte oder indirekte Beteiligung diverser Verbände, auch Betroffenenverbände, am Landesausschuss Krankenhausplanung hin. Zu den Beteiligten zählten etwa die KGNW, die Verbände der Krankenkassen wie etwa der Landesverband privater Krankenversicherungen, die kommunalen Spitzenverbände, aber auch die Kirchen, die Ärztekammern, psychiatrische Einrichtungen, die Psychotherapeutenkammer, die Patientenbeauftragte des Landes, die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Gewerkschaften.

Die im Rahmen der Anhörung aufgeworfene Frage, ob sich wegen der Pandemie Änderungen für die Krankenhausplanung ergäben, schätze er so ein, dass diese nicht zwingend zu solchen führe, da schließlich auch an COVID-19 Erkrankte grundsätzlich einen Anspruch auf die bestmögliche medizinische Versorgung hätten. Natürlich müssten aber die im Rahmen dieser Situationen gewonnen Erfahrungen in die Krankenhausplanung einfließen.

Für die Versorgung im ländlichen Raum werde derzeit laut mit einer Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses innerhalb von 15 bis 20 Minuten gerechnet, der Minister habe für den Plan eine Erreichbarkeit innerhalb von 20 Minuten in Aussicht gestellt, womit man deutlich unter der 30-Minuten-Vorgabe des G-BA liege; die Vorgabe für die Geburtshilfe laute im Übrigen „40 Minuten“.

Hinsichtlich der Patientenrechte verweise er noch einmal auf die Beteiligung der Patientenbeauftragten des Landes am Landesausschuss Krankenhausplanung.

Das Planungsverfahren liege wohl im Zeitplan, was auch der Fall bleiben solle. Seine Fraktion rechne damit, dass dieses baldmöglich abgeschlossen werden könne.

Dass die Auswertung der Anhörung im Rahmen einer Sondersitzung vorgenommen werde und so ausreichend Zeit dafür zur Verfügung stehe, begrüßt **Serdar Yüksel (SPD).**

Wie alle sich im Gesundheitsbereich damit Befassenden wüssten, gelte für die Krankenhausplanung stets „Nach der Reform ist vor der Reform.“. In jeder Legislaturperiode kämen neue strukturverändernde Aspekte auf.

Seine Fraktion bestreite nicht, dass es sowohl Unterversorgung als auch Überversorgung gebe und dass die Planungsmethodik an der Qualität und am Patientenwohl orientiert verändert werden müsse, mahne aber schon seit Beginn des Prozesses eine öffentliche Debatte darüber an. An den Gesprächen im Ministerium Beteiligte meldeten zurück, es sei Stillschweigen vereinbart worden. Die Öffentlichkeit und das Parlament würden nicht ausreichend eingebunden und wüssten nicht um den Verlauf der Debatten im Ministerium und um die im Rahmen dieser vorgetragenen Pro- und Kontra-Argumente. Die Experten hätten allerdings angedeutet, dass diese Debatten nicht zu einer allgemeinen Zufriedenheit geführt hätten.

Der Minister strebe eine schnelle Umsetzung an, wodurch sich jedoch keine Auswertung der Auswirkungen der Coronapandemie auf das Versorgungssystem im Gesetz-

entwurf finde. Seine Fraktion mache diesbezüglich schon seit längerer Zeit darauf aufmerksam, dass insbesondere die in Nordrhein-Westfalen vorhandenen Kapazitätsüberhänge dazu beitrügen, so gut durch die Krise zu kommen. Die Bilder aus Portugal und anderen Ländern sollten Mahnung sein, welche Folgen ein Zerschlagen der Krankenhauslandschaft mit sich bringen könne.

Mit Blick auf Herrn Preuß' Ausführungen zur Bedarfsfeststellung, also der Entscheidung über die Kosten insbesondere auch der Rehakliniken, fordere seine Fraktion eine Nachbesserung des Gesetzentwurfs, weil sich diese darin wiederfinden müsse.

Herr Dr. Gehle habe im Rahmen der Anhörung vor einer falschen Verschränkung von Leistungsgruppen gewarnt und als Beispiele die Lungenfachkliniken, die geriatrischen Kliniken sowie die neurochirurgischen und neurologischen Rehaeinrichtungen genannt. Letztere fänden insbesondere mit Blick auf Folgeschäden einer Coronaerkrankung nicht ausreichend Berücksichtigung, seien für eine diesbezüglich vernünftige gesundheitliche Versorgung aber unabdingbar wichtig. Daher liege der Gesetzentwurf aus Sicht seiner Fraktion wahrscheinlich zu früh vor, weil die Qualität, die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit betreffende Aspekte noch keinen Eingang in die Diskussion hätten finden können, eventuell aber gesetzlich geregelt werden müssten.

Zur Untermalung dieser Einschätzungen führe er verschiedene Positionen aus der Anhörung an und verweise zunächst auf Herrn Kessmanns Aussage, der aus Sicht des Caritasverbands für die Diözese Münster e. V. Wettbewerb, aber nicht zulasten der Versorgung der Patientinnen und Patienten fordere. Eine sich verändernde Versorgungslandschaft bedürfe aus dessen Sicht einer kontinuierlichen Beobachtung, Bewertung und gegebenenfalls eines Eingriffs der Planungsbehörde.

Der in die Gespräche im Ministerium eingebundene Herr Brink von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen habe Folgendes geäußert:

> „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."

Zu Beginn der Diskussion über die Krankenhausplanung habe der Minister gesagt, die Kunst werde sein, keine sozialistische Planwirtschaft, aber auch keinen Marktkannibalismus zu betreiben. Vor allem Letzteres halte er entscheidend für die zukünftige Krankenhauslandschaft, da die Einführung der DRG zulasten der Versorgungsqualität zu Kostendruck und Fehlanreizen geführt habe. Aus Sicht seiner Fraktion gelte nach wie vor, dass Gesundheit keine Ware sei und daher bei der Planung nicht nach rein betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten gehandelt werden dürfe. Zur Untermalung dessen führe er ein Zitat von Johannes Rau an:

> „Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter, und Patienten sind keine Kunden."

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren werde seine Fraktion daher Acht geben, dass die Patientenorientierung, die Versorgungssicherheit, die Wohnortnähe, der ländliche Raum und eine bedarfsorientierte Krankenhauslandschaft in ganz Nordrhein-Westfalen gewährleistet würden. Die SPD-Fraktion kritisiere den Verlauf des bisherigen Prozesses, die er mit zahlreichen weiteren Zitat zu mangelnder Transparenz und Offenheit aus der Anhörung bekräftigen könne.

Da mit den durch den Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen eine durchaus signifikante Umformung einhergehe, bedürfe es laut einiger Sachverständiger einer Modellierung zur Abschätzung der Folgen für die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen. Einmal zerschlagene Strukturen könnten nicht ohne Weiteres wieder aufgebaut werden.

Serdar Yüksels (SPD) Kritik an der mangelnden Einbindung des Parlaments aufgreifend verweist **Susanne Schneider (FDP)** auf die dazu durchgeführte Plenardebatte, die Anhörung sowie darauf, dass es sich um einen Gesetzentwurf der im Parlament vertretenen Fraktionen von CDU und FDP handele.

Angesichts der Einbeziehung zahlreicher Gruppen mit sehr unterschiedlichen Expertisen in den Landausschuss Krankenhausplanung sowie der öffentlichen Anhörung könne sie darüber hinaus den Vorwurf „Intransparenz“ nicht nachvollziehen.

Da die Qualität und die vorhandenen Bedarfe in der Vergangenheit zu wenig berücksichtigt worden seien, freue sie, dass mit dem Gesetzentwurf nun unter anderem eine gute, wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum bezweckt werde. Als Beispiel führe sie den Vergleich zwischen ländlichen Kreisen, in denen es teils nur ein Krankenhaus gebe, und Bochum-Wattenscheid, wo es im Umkreis von 30 Kilometern wohl etwa 95 Krankenhäuser gebe, an. Sie begrüße daher, dass mit dem Gesetzentwurf eine Betrachtung von Doppelstrukturen angestrebt werde und diese eventuell abgebaut würden. Allen Menschen in Nordrhein-Westfalen müsse eine qualitativ hochwertige Versorgung zur Verfügung stehen. Ein „kalter Umbau“ müsse vermieden und daher genau auf die Bedürfnisse der Menschen geachtet werden.

Zwar halte er die Zahl 95 für etwas hoch, könne sich aber trotzdem vorstellen, dass es in der angesprochenen Region um Bochum-Wattenscheid zu viele Krankenhäuser gebe, knüpft **Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE)** an. Das Kriterium „Entfernung“, die Vorgaben des GB-A dazu sowie die diesbezüglichen Vorgaben im Gesetzentwurf hätten in der Anhörung noch keine zentrale Rolle gespielt, seien für die Glaubwürdigkeit aber von zentraler Bedeutung. In seiner Heimatstadt Essen habe die Contilia GmbH im Übrigen zwei Krankenhausstandorte geschlossen und trotzdem Fördermittel erhalten.

Seine Fraktion bezweifle die Notwendigkeit zur Anpassung von Strukturen nicht, mahne aber an, dass Strukturen geschaffen werden müssten, bevor man eine Angebotskonzentration beginne. Daher erstaune ihn, dass der Minister in Interviews Ballungsräume und den ländlichen Raum in einen Topf geworfen und den Eindruck erweckt habe, er sehe Konsolidierungsprozesse in Ballungsräumen als falsch an.

Aus der Anhörung gehe, wenn man außerdem die Ergebnisse des von der Landesregierung in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Analyse der Krankenhauslandschaft sowie die mit dem Gesetzentwurfe bezweckten Ziele zugrunde lege, mehr als deutlich hervor, dass angesichts der geplanten Leistungsgruppen und anderer geplanter Faktoren Standorte im Ruhrgebiet, aber eher nicht welche im ländlichen Raum unter Druck gerieten. Dies werde jeden Minister und jede Landesregierung im Bundes- und im Landtagswahlkampf vor erhebliche Umsetzungsprobleme stellen; da spreche er aus Erfahrung. Diesem Faktor komme in der Diskussion eine wichtige Rolle zu.

Anknüpfend an Serdar Yüksels (SPD) Ausführungen zur Folgenabschätzung greife er auf, dass die Ansichten der Sachverständigen diesbezüglich auseinandergingen. Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen führten an, man würde Folgen betrachten, die es noch gar nicht gebe. Wenn man etwa mehr Kompetenz bezwecke, dann müsse diese an manchen Standorten erst auf- und nicht abgebaut werden. Außerdem müsse man für mehr Telemedizin sorgen. Für Letzteres plädiere auch Herr Engeler von den Sana Kliniken, der in der Anhörung auf die Frage von Susanne Schneider (FDP), was fehle, mit „Digitalisierung“ geantwortet habe. Er, Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE), wisse zwar um diesbezügliche Vorhaben der Landesregierung, sehe diese jedoch trotzdem als zentralen Aspekt für die weitere Debatte zur Krankenhausplanung an, der im Gesetzestext noch nicht ausreichend erkennbar sei.

Weiter so wie jetzt zu verfahren sähen Vertreter der Pflege als weder zielführend noch akzeptabel an, weil es zu wenig Personal gebe. Daher müssten mehr Menschen in den entsprechenden Berufen ausgebildet werden, wofür auch ver.di plädiere. Vor allem müssten aber die bereits in diesem Bereich Tätigen in guten Arbeitssituationen zusammenarbeiten können. Ernst genommen werden müssten Hinweise der Gewerkschaften sowie der Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmervertreter auf die höhere Mobilität der Ärzteschaft etwa im Vergleich zu jener von technischen Beschäftigten. Meine der Minister es ernst, komme es im Wesentlichen in Ballungsräumen zu Konsolidierungsprozessen, wodurch sich dieses Problem gegebenenfalls relativierte.

Aus dem Gesetzentwurf und dem bisherigen Verfahren gehe keine Bereitschaft zum Aufbau und zum Vorhalten von über den Krankenhausplan oder die Finanzierungsstrukturen hinausgehenden Strukturen für zusätzliche Kapazitäten in Stresszeiten hervor.

Vor allem wegen fehlender Aussagen zur Digitalisierung und zu Reservekapazitäten, deren Erforderlichkeit die Pandemie zeige, werde seine Fraktion sich bei der Abstimmung über den Gesetzentwurf enthalten. Insgesamt brauche es aus seiner Sicht neben diesen beiden Aspekten auch mehr Transparenz und eine klarere Umsetzungsstrategie.

Die aus dem Redebeitrag des Vertreters der SPD hervorgehende Absicht, eventuell doch zunächst keine Änderung herbeiführen zu wollen, halte er für nicht akzeptabel. Die Grünenfraktion unterstütze unterdessen die grundsätzliche Absicht, eine deutlich stärkere Konzentration zu bezwecken, auf Qualität zu setzen und Leistungsgruppen als Planungsgröße vorzusehen.

Aus der Lektüre der Stellungnahmen sowie aus der Vorbesprechung mit Dr. Martin Vincentz (AfD), den er heute vertrete, gingen zwei Aspekte hervor, die er aufgreifen wolle, leitet **Andreas Keith (AfD)** seinen Redebeitrag ein.

Die Begeisterung der Krankenkassen für diese Reform führe er auf wahrscheinlich vorhandene Kostenvorteile zurück. Alle anderen Sachverständigen hielten hingegen das neue strategische Verfahren für noch nicht ganz durchdacht, weshalb sie vor zu großer Eile warnten. Einigkeit unter allen Beteiligten bestehe wohl darüber, dass der Status quo nicht länger beibehalten werden könne, obgleich er die Einschätzung darüber, ob eine längere und intensivere Ausarbeitungsphase zu einem qualitativ besseren Ergebnis geführt hätte, anheimstelle.

Krankenhäuser kannibalisierten sich selber, da ihre Finanzierung auf Dauer nicht für einen parallelen Bestand ausreiche. Die bestmögliche und idealerweise wohnortnahe medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen müsse primäre Pflicht sein. Ob dies durch den vorliegenden Gesetzentwurf gewährleistet werde, sei, wie auch aus der Anhörung hervorgehe, noch nicht absehbar. Geklärt werden müsse unter anderem noch, ob das DRG-System so überhaupt eine angemessene Finanzierung ermögliche und ob Einrichtungen in ländlichen Regionen existenzfähig blieben.

Angesichts der aktuellen Situation halte er es außerdem für mehr als fragwürdig, von Überkapazitäten und Abbau zu sprechen. Lehre aus der pandemischen Lage sei doch, dass auf Reserven nicht verzichtet werden dürfe.

Seine Fraktion werde den weiteren Prozess kritisch begleiten, vertrete jedoch die Auffassung, dass es sich um einen längst fälligen Schritt zumindest in die richtige Richtung handele. Bei der Abstimmung werde sie sich voraussichtlich enthalten.

Peter Preuß (CDU) dankt Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) für das Aufgreifen des Personalthemas. Dieses, insbesondere das Pflegepersonal, müsse bei der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden, da die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser von ihm abhänge.

Die Forderung von Serdar Yüksel (SPD) nach einer öffentlichen Debatte könne er nur unterstützen. Wenn die Krankenhausplanung vorliege, müsse eine öffentliche Diskussion mit erheblicher Überzeugungskraft schließlich das Ziel sein. Die Menschen müssten in diesen Prozess eingebunden werden, damit man nicht Gefahr laufe, dass Kommunen bei der Durchsetzung wegen Umsetzungsproblemen an Grenzen stießen. Daher seien, wenn Änderungen an der jetzigen Situation als notwendig erachtet würden, alle dazu aufgerufen, diese Debatte zu befördern.

Zum angesprochenen Aspekt „Kannibalismus“ verweise er darauf, dass man solchen erlebte, wenn man jetzt nicht handelte. Sollte der Markt sich selbst regeln, werde dies wohl nicht im Sinne der freigemeinnützigen Krankenhäuser passieren, die seine Fraktion jedoch unterstütze, da diesen für die Gesamtstruktur und damit für die medizinische Versorgung im Land eine wesentliche Bedeutung zukomme. Die Existenzsicherung müsse bei der Krankenhausplanung daher in den Blick genommen werden.

Im Übrigen beantrage er, bereits heute die Abstimmung über den Gesetzentwurf durchzuführen.

Josef Neumann (SPD) erwidert auf Mehrdad Mostofizadehs (GRÜNE) Äußerung, die SPD-Fraktion bezwecke gegebenenfalls ein Beibehalten der aktuellen Struktur, Serdar Yüksel (SPD) habe zu Beginn seines Redebeitrags die Notwendigkeit von Veränderungen bekundet.

Effizienz und Größe dürften bei der Krankenhausplanung nicht die einzigen Parameter sein. Ein zentraler Aspekt, der mit Effizienz wenig in Verbindung stehe, müsse aber die soziale Infrastruktur in den einzelnen Regionen sein, um Vorgänge wie in Essen, wo es in den nördlichen keine, in den südlichen Regionen aber sehr wohl eine Gesundheitsversorgung gebe, zu verhindern.

Es müsse über die Art der Berücksichtigung von regional sehr unterschiedlichen Standortfaktoren diskutiert werden. Ohne Frage übten Metropolregionen eine Anziehung auf das Gesundheitswesen aus; das gelte deutschlandweit.

Angesichts des Pflegepersonalmangels müsse man sich Gedanken darüber machen, wie man dessen Zahl erhöhe, und nicht die Planung daran anpassen. Ansonsten laufe man Gefahr, einen Sogeffekt zu erzeugen, wie man ihn in anderen Ländern, aus denen hierzulande Personal beschäftigt werde, nachvollziehen könne. Diese stünden in der Pandemie wegen fehlenden Personals sozusagen vor dem Exodus.

Zur Transparenzdebatte ergänze er, dass zwar nun eine öffentliche Debatte über den Gesetzentwurf stattfinde, im Vorfeld jedoch im Landesausschuss Krankenhausplanung über die Zukunft der Kliniklandschaft diskutiert worden sei, ohne dass der Landtag vorab eine Richtung vorgegeben habe.

Da die nicht von den DRG gedeckten Bereiche am meisten gefährdet seien, müsse über mögliche zusätzliche Parameter diskutiert werden. Er erinnere an die von Serdar Yüksel (SPD) erwähnten Bereiche wie die Pneumologie und die Geriatrie und füge die Kinder- und Jugendmedizin hinzu. Um Probleme bei der Umsetzung vor allem in diesen Bereichen zu vermeiden, müsse darüber eine offene Diskussion, in die alle Beteiligten eingebunden würden, geführt werden.

Gesundheitspolitik zeichne sich nicht ausschließlich durch Standortpolitik aus, betont **Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE).** Die von Josef Neumann (SPD) thematisierten sozialen Faktoren müssten in die Betrachtung einbezogen werden, da sich der Zusammenhang zwischen sozialem Status bzw. der finanziellen Ausstattung und der Lebenserwartung und Gesundheit in fast keinem anderen Bundesland so manifestiere wie in Nordrhein-Westfalen. Seines Wissens lägen zwischen der durchschnittlichen Lebenserwartung in Gelsenkirchen und Münster elf Jahre Unterschied. Im Essener Norden, wo er sich recht gut auskenne, fehle es seines Erachtens in erster Linie allerdings an Fürsorge für die Menschen etwa in Form besserer Radwege, einer Frühförderung für Kinder und anderen Aspekten, die mit mehr Geld gelöst werden könnten, und nicht an Krankenhäusern.

Angesichts des angesprochenen Pflegepersonalmangels müssten seiner Ansicht nach sowohl Überlegungen über eine effizientere Verteilung dieses Personals als auch über eine Erhöhung der Ausbildungszahlen von Pflegepersonal sowie von Medizinerinnen und Medizinern angestellt werden. Dies widerspreche sich aus seiner Sicht nicht, sondern ergänze sich vielmehr.

Des Weiteren verweise er noch einmal auf die zahlreichen guten Anregungen aus der Anhörung etwa zur Digitalisierung und zur Ausgestaltung der Leistungsgruppen. Die Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie von den Landschaftsverbänden hätten diesbezüglich auf weitere Regelungsbedarfe hingewiesen.

Der Prozess könne insgesamt also in keiner Weise als abgeschlossen betrachtet werden.

Wegen der Aussage der antragstellenden Fraktionen, das Gesetz müsse die Parameter für die Bedarfsfeststellung nicht enthalten, erkundigt sich **Vorsitzende Heike Gebhard**, ob das Ministerium die Ansicht teile, dass eine Krankenhausplanung rechtssicher erfolgen könne, ohne diese in der Gesetzesgrundlage festzuhalten. Angesichts der Interessenlagen müssten diesbezügliche Klagen, die möglicherweise zu Gunsten der Klagenden ausgingen, unbedingt vermieden werden.

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS) führt aus, warum der Koalitionsvertrag der regierungstragenden Fraktionen explizit das Ziel, eine aktive Krankenhausplanung zu betreiben, enthalte. Er persönlich kenne das Krankenhaussystem in Nordrhein-Westfalen seit 2000 ziemlich gut und seit 1990 zumindest ein wenig. Aus seiner Sicht habe es in dieser Zeit, in die er explizit auch seine erste Amtsperiode als Gesundheitsminister einbeziehe, in Nordrhein-Westfalen keine Krankenhausplanung geben. Zwar habe es einen Krankenhausplan gegeben, die Krankenhäuser hätten sich aber unabhängig davon entwickelt, was in den letzten Jahren teilweise zu einem Kannibalismus bis hin zu einem ruinösen Wettbewerb unter den Krankenhäusern geführt habe, und zwar nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Gebieten. Daher müsse nun eine verbindliche Krankenhausplanung erfolgen, wobei man nicht jeden Wettbewerb und jede Wahlfreiheit ausschließen dürfe, aber ruinösen Wettbewerb verhindern müsse.

Biete ein Krankenhaus für eine bestimmte medizinische Leistung in einer Region die entsprechende Struktur- und Personalqualität, müsse ihm ein gewisser Schutz gewährt werden, diese Leistungen anbieten zu können, ohne dass ein anderes Krankenhaus beginne, Ähnliches anzubieten. Dies stehe im Zusammenhang mit dem Aspekt „Ressourcen“. Er wisse um eine westfälische Metropole, in der in den letzten Jahren ein Kathetermessplatz nach dem anderen geschaffen worden sei, und zwar nicht zur Sicherstellung der Versorgung der Menschen in der Region, sondern weil jeder neue Kathetermessplatz Ressourcen binde.

Betrachte man die Entwicklung über einen längeren Zeitraum, stellten sich die freigemeinnützigen Krankenhäuser als große Verlierer dieses Prozesses heraus, was nicht seinem Interesse entspreche. Er wolle vielmehr dazu beitragen, dass Nordrhein-Westfalen eine starke kommunale und gemeinnützige Krankenhausstruktur behalte. Was

ohne Eingreifen geschehe, könne am Beispiel der Krankenhauslandschaft in Oberhausen nachvollzogen werden.

Beim jetzigen Gesetzgebungsverfahren gehe es lediglich darum, nicht mehr die Betten als Planungsgrundlage vorzusehen. Diese stellten aktuell die Grundlage dar, der Krankenhausplan enthalte daher auch Angaben darüber, die allerdings in überhaupt keinem Zusammenhang dazu stünden, wie viele Intensivbetten es in Nordrhein-Westfalen gebe. Zu Beginn der Pandemie habe ihm daher niemand Auskunft über die Anzahl der Intensivbetten am Land erteilen können.

In der Vergangenheit habe er sich wirklich sehr oft die Frage gestellt, warum im Rahmen von Krankenhausplanungsverfahren relativ intelligente und hervorragend bezahlte Menschen über Betten stritten, die überhaupt nicht aufgestellt seien. Daher liege die Idee, angesichts der immer kürzeren Liegezeiten und dem aktuellen Finanzierungssystem der Krankenhäuser die Betten nicht mehr als Grundlage heranzuziehen, doch auf der Hand.

Im Rahmen eines vom Ministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens sei für 2019 ermittelt worden, welche medizinischen Leistungen die einzelnen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen erbracht hätten – worüber zuvor niemandem im Land Erkenntnisse vorgelegen hätten. Aus diesem Gutachten gehe hervor, dass es in Nordrhein-Westfalen sehr gut versorgte, aber auch unterversorgte Regionen sowie Bereiche wie die Geriatrie und Schlaganfallbehandlungen gebe, die aufgrund der Bevölkerungsentwicklung wachsen müssten. Dieses Gutachten und seine Ergebnisse seien im Übrigen nicht geheim gehalten worden, sondern auf einer Veranstaltung mehreren Hundert Leuten vorgestellt und am selben Tag dem Landtag zugeleitet worden. Der Ausschuss habe sich diesem Thema seitdem diverse Male gewidmet. Die Hinweise auf Intransparenz könne er daher nicht nachvollziehen.

Erst nach Schaffung der Rechtsgrundlage, also der Verabschiedung des Gesetzentwurfs, könne der Landesausschuss Krankenhausplanung einen Krankenhausplan entwerfen, der auf Leistungsgruppen und Leistungsbereichen fuße. Diese gesetzliche Grundlage werde benötigt, um nicht wieder Jahre zu verlieren. Das weitere Verfahren in Nordrhein-Westfalen sehe dann vor, dass dieser die Grundsätze einer Krankenhausplanung umschreibende Plan dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales zugeleitet werde und anschließend in den 16 regionalen Planungsbezirken auf dieser Grundlage Planungsverfahren eingeleitet würden. Diese Planungsverfahren würden sich zu Beginn mit bestimmten Bereichen befassen und sich über einen längeren Zeitraum ziehen, da nicht alle Krankenhausbereiche gleichzeitig geplant werden könnten. An den Planungsverfahren in den Planungsbezirken seien viele Akteure, etwa Krankenkassen, Krankenhäuser, Bezirksregierungen, das Land und natürlich die Kommunen beteiligt. Er hoffe, dass die daraus entstehende regionale Krankenhausplanung verbindlicher werde als jene in den letzten 30 Jahren. Im Übrigen sei ein Krankenhausplan immer dynamisch und werde nie fertig, weil Krankenhäuser immer wieder Planungsverfahren anstrengten.

Neue Herausforderungen im Gesundheitssystem wie die sehr starke Individualisierung der Medizin beispielsweise bei Krebsbehandlungen bedeuteten, dass man etwa in der Onkologie die Strukturen etwas verändern müsse, um eine hohe Qualität zu gewähr-

leisten. Die Digitalisierung sei dabei natürlich von Bedeutung; sie mache medizinisches Wissen von Orten unabhängiger. Die Landesregierung investiere daher etwa 100 Millionen Euro in die Digitalisierung der Krankenhäuser.

Die letzten Monate seien trotz Pandemie genutzt worden, um mit allen Fachleuten aus dem Landesausschuss Krankenhausplanung über die Ausgestaltung und Abgrenzung von Leistungsgruppen und Leistungsbereichen zu diskutieren, wobei unter anderem auch die Einbindung der ärztlichen Weiterbildung berücksichtigt worden sei. Mittlerweile gebe es allgemein mehr, worin man übereinstimme, als noch zu Klärendes.

MDgt Helmut Watzlawik (MAGS) unterstreicht, der Gesetzentwurf beinhalte im Prinzip die Systementscheidung, ob nach Betten oder nach Leistungsgruppen und Leistungsbereichen geplant werde. Vieles in der Anhörung Gesagte beziehe sich auf Aspekte, die der anschließende Krankenhausplan enthalten werde. Dazu gehörten etwa die genauen Leistungsgruppen und Leistungsbereiche, wobei man derzeit von etwa 30 Leistungsbereichen und rund 70 Leistungsgruppen ausgehe. Je nachdem, was als medizinisch sinnvoll erachtet werde, könne sich dies in den nächsten Wochen noch ändern. Insgesamt bezweckte man durch diese Leistungsgruppensystematik mehr Transparenz, mehr Verbindlichkeit und mehr Steuerung.

Herr Brink von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen habe im Rahmen der Anhörung die Darm- und Rektumchirurgie als Beispiele angeführt, um zu verdeutlichen, welche zahlreichen Aspekte bei der Festlegung der Leistungsgruppen und Leistungsbereiche bedacht werden müssten. Um dies weiter zu verdeutlichen, führe er den Leistungsbereich Kardiologie an. Derzeit plane man, nicht die innere Medizin als allgemeinen Leistungsbereich festzulegen, sondern speziell die Kardiologie, der dann wiederum die interventionelle Kardiologie sowie fünf oder sechs weitere Leistungsgruppen enthalten könnte. Den Leistungsgruppen würden dann verschiedene Qualitätsmerkmale und Voraussetzungen zugeordnet, da man mit der neuen Krankenhausplanung mehr Qualität und mehr fachliche Voraussetzungen bezwecke. Deswegen werde auch vorgeschrieben, welche verwandten Leistungsgruppen ein Krankenhaus vorhalten müsse. Bei der interventionellen Kardiologie wären dies etwa die Intensivmedizin und die allgemeine innere Medizin. Des Weiteren würden vorzuhaltende Geräte festgelegt – etwa ein Katheterlabor, ein Röntgengerät, ein CT und die Art der EKG-Geräte. Neben der Sachausstattung würden sich im Krankenhausplan Angaben über die Personalausstattung finden. Dabei gehe es um die Qualifikationen der Ärzte, die Art der Fachärzte und darum, wie viele Fachärzte 24 Stunden lang verfügbar sein müssten. Deklaratorisch werde außerdem auf die Vorgaben des G-BA für den jeweiligen Bereich hingewiesen.

Die einzelnen Aspekte dieses sehr komplexen Systems müssten außerdem so ineinandergreifen, dass die Krankenhäuser, wie auch von den Experten in der Anhörung gefordert, wirtschaftlich arbeiten könnten. Dies brauche Zeit, man bereite dies im Landesausschuss Krankenhausplanung daher mit den Experten, den Ärztekammern, Gutachtern und der Krankenhausgesellschaft sehr ausführlich vor. Wie von Herrn Brink und Herrn Blum in der Anhörung thematisiert, müsse diese große Reform sehr gut überlegt und gut vorbereitet werden.

Das derzeit geltende Gesetz enthalte keine Angabe über die Zahl der vorzuhaltenden Betten, aber mehrfach Hinweise auf eine Bedarfsgerechtigkeit. Angaben zur Berechnung dieser fänden sich nicht im Gesetz, sondern im Krankenhausplan, worin die Hill-Burton-Formel Verwendung finde. Damit würden etwa Einwohnerzahlen, Krankenhaushäufigkeiten, Bettennutzungsgrad und Liegedauern einbezogen. Diese von der Rechtsprechung anerkannte Formel werde seit Jahrzehnten verwendet. In den zukünftigen Plan werde man daher ebenfalls aufnehmen, wie der Bedarf an Leistungsgruppen, der Fallzahlen zu berechnen sei. Man strebe keine Kontingentierungen von Leistungen an, sondern wolle Versorgungsaufträge an Krankenhäuser verteilen, also festlegen, wie viele Krankenhäuser eine bestimmte Leistung erbringen dürften. Dafür werde eine Bedarfsgröße benötigt. Dieses Vorgehen sei in der Anhörung ausführlich dargestellt worden.

Auf die Aussage des Ministers rekurrierend, mit dem Gesetzentwurf werde lediglich die Grundlage für die Planung geschaffen, merkt **Serdar Yüksel (SPD)** an, es handele sich durchaus um einen Paradigmenwechsel, um eine Systemumkehr mit weitreichenden Folgen, zu der die Landesregierung damit sozusagen ermächtigt werde. Die darauf folgenden Veränderungen in den Versorgungsbereichen könnten dann nicht mehr rückgängig gemacht werden; die Grundlage könne dann nicht mehr korrigiert werden. Er wolle dies nicht als Kritik verstanden wissen und gestehe jedem zu, sich bei einer Strukturveränderung Sorgen um eine leistungs-, bedarfs- und an einer guten Versorgung orientierte Grundlage zu machen.

Da 90 % der an COVID-19 Erkrankten in wohnortnahen peripheren und nur 10 % in spezialisierten Krankenhäusern behandelt worden seien und der Minister einmal bekundet habe, einen Zettel mit Themen für die Zeit nach der Pandemie fortzuschreiben, erkundige er sich, was bislang auf diesem Zettel stehe und wie eine gewisse verlässliche Pufferfinanzierung zur Gewährleistung gut aufgestellter, spezialisierter zentral sowie in der Peripherie gelegener Kliniken auch für solche Gesundheitskatastrophen gewährleistet werden solle.

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS) bringt zunächst seinen Ärger darüber zum Ausdruck, dass oft der Eindruck erweckt werde, das Ministerium arbeite derzeit mit der Studie der Bertelsmann Stiftung zur Krankenhausversorgung. Das Ministerium habe ein eigenes Gutachten – mit im Übrigen anderen Ergebnissen auch hinsichtlich der Handlungsempfehlung – in Auftrag gegeben.

Die Pandemie zeige anders, als es vielleicht die Krankenkassen lange Zeit propagiert hätten, dass ein Gesundheitssystem nicht auf Kante genäht werden dürfe, um auch mit heftigen Schwankungen fertig werden zu können.

Falls man in der Vergangenheit überhaupt von einer Krankenhausplanung habe sprechen können, so seien dabei etwa 20 % der Betten als Puffer vorgesehen worden. So müsse nun auch bei der Berücksichtigung von Fallzahlen vorgegangen werden. Man werde bei den regionalen Planungsverfahren – die unter Beteiligung der Kommunen erfolgten – also mit Zuschlägen arbeiten müssen, um Sicherheit zu schaffen. Auch

wenn es gegebenenfalls die Krankenkassen ärgere, sei der Blick aller Beteiligten auf das Vorhalten eines Puffers geschärft.

Der Ausschuss kommt überein, bereits in der heutigen Sitzung über den Gesetzentwurf abzustimmen.

Der Ausschuss stimmt dem Gesetzentwurf mit den Stimmen der Fraktionen von CDU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Enthaltung der Fraktionen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und AfD zu.