nischen Voraussetzungen geschildert, um die App – oder verschiedene – auch möglichst flächendeckend einsetzen zu können, diese eXchange-Lösungen, diese Schnittstellen.

Meine Frage ist – wenn Sie die technisch beantworteten können –: Ist denn auch geplant, dass die Apps, die dann zum Einsatz kommen, auf möglichst allen gängigen Smartphones einsetzbar sind?

Prof. Dr. Andreas Pinkwart, Minister für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie: Frau Präsidentin! Herr Abgeordneter Wolf, ich denke schon, dass das eine Grundvoraussetzung ist, auch für die Akzeptanz dieser Lösung, dass möglichst alle Bürger unabhängig davon, welches Smartphone sie haben, die App nutzen können.

Vizepräsidentin Angela Freimuth: Vielen Dank, Herr Minister Professor Dr. Pinkwart. – Weitere Nachfragen liegen nicht vor. Ich danke Ihnen ganz herzlich für die Beantwortung der Mündlichen Anfrage 94 – Neudruck.

Wir haben die vorgesehene Zeit für die Fragestunde überschritten.

Es liegt noch die

Mündliche Anfrage 95

des Abgeordneten Mehrdad Mostofizadeh von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vor zum Thema „Impfstau beenden – wann legt die Landesregierung eine Impfstrategie vor?“ Wie soll damit verfahren werden, lieber Herr Mostofizadeh? Wünschen Sie eine schriftliche Beantwortung, oder soll Ihre Mündliche Anfrage in der nächsten Fragestunde aufgerufen werden?

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Frau Präsidentin, ich bitte um schriftliche Beantwortung!)

– Schriftliche Beantwortung, wunderbar (*siehe Vorlage 17/4766*). – Damit sind wir am Ende der Fragestunde.

Ich rufe auf:

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

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

Beschlussempfehlung
des Ausschusses für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
Drucksache 17/12576

zweite Lesung

Ich eröffne die Aussprache und erteile für die Fraktion der CDU Herrn Abgeordneten Preuß das Wort. Bitte sehr, Herr Kollege.

Peter Preuß (CDU): Frau Präsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass eine Strukturreform der Krankenhauslandschaft notwendig ist und das Land dabei eine Steuerungsfunktion wahrnehmen muss. Wenn wir alles so lassen, wie es ist, dann werden wir erleben – das erleben wir ja jetzt schon –, dass sich die freien gemeinnützigen Träger aus wirtschaftlichen Gründen mehr und mehr aus der Versorgung zurückziehen. Die Folgen möchte ich mir nicht ausmalen: Insolvenzen, rote Zahlen, Überversorgung, ruinöser Wettbewerb. Das gab es auch schon bei dem noch geltenden alten Krankenhausplan von Rot-Grün, dem Krankenhausplan 2015.

Dabei möchte ich daran erinnern, dass wir heute nicht über die Krankenhausplanung an sich sprechen, sondern über das Krankenhausgestaltungsgesetz, das lediglich vorsieht, dass Planungsmaßstab nicht mehr die Bettenzahl ist, sondern der Versorgungsbedarf. Man kann hinzufügen: Was denn auch sonst? Denn die Bettenzahl als bisheriger Planungsmaßstab ist schon seit Jahren – spätestens seit der Einführung der DRGs – Unsinn. Das ist in der Fachwelt – und sicherlich auch hier in der Politik – völlig unbestritten. Sie können diesem Gesetzentwurf also beruhigt zustimmen.

Die Krankenhausplanung läuft unter der Beteiligung aller wesentlichen Akteure transparent und im Zeitplan. Die zu erbringenden medizinischen Leistungen sind definiert.

Zurzeit geht es um die Analyse, welche Auswirkungen es auf die Krankenhäuser hat, wenn die einzelnen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen der Maßstab für die Versorgung in den Regionen sind. Mit anderen Worten: Können einzelne Häuser die notwendigen medizinischen Versorgungsleistungen erbringen? Wenn nicht, was bedeutet das für die Versorgung? Wo muss gegebenenfalls nachgesteuert werden?

Grundlage des heute zu beschließenden Gesetzes ist das Krankenhausgutachten. Es liefert eine genaue Analyse der Versorgungssituation in NRW. Es stellt fest, wo eine Überversorgung und wo eine Unterversorgung herrscht, und es gibt Handlungsempfehlungen, die sich nun in den im Gesetz festgelegten Leistungsgruppen bzw. Leistungsbereichen widerspiegeln.

Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen ist es doch klar, dass die Politik handeln muss, nachdem sich der Krankenhausplan 2015 schlicht als unwirksam erwiesen hat.

Die NRW-Koalition hat gehandelt – sie hat ihre Ziele schon im Koalitionsvertrag festgelegt – und legt nunmehr in zweiter Lesung einen Gesetzentwurf vor, der Grundlage der Krankenhausplanung sein soll.

Das Ziel unserer Gesundheitspolitik ist die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Nordrhein-Westfalen. Das heißt, wir wollen die bestmögliche medizinische Versorgung, und wir wollen insbesondere für nicht planbare, akute Fälle ein Krankenhaus in erreichbarer Nähe.

Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bieten grundsätzlich eine medizinische Versorgung von hoher Qualität. Allerdings orientiert sich die bestehende Krankenhauslandschaft zu wenig am tatsächlichen Versorgungsbedarf und an der Behandlungsqualität. Ursache dafür ist schlicht und ergreifend die bisherige Planungsmethodik, die sich an der Anzahl der Betten und an einer wenig detaillierten Rahmenplanung orientiert und dadurch eine gezielte Steuerung von Krankenhauskapazitäten verhindert.

(Zuruf von Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE])

Zum Teil gibt es deutliche Anzeichen von Überversorgungen, die sich in den meisten Leistungsgruppen und insbesondere in den Ballungszentren zeigen. Weder Strukturen der Überversorgung noch Strukturen der Unterversorgung sind gut. Strukturen, die nicht genutzt werden, sind sinnlos. Stattdessen ist es aus unserer Sicht wichtig, Strukturen hin zu einer leistungsbezogenen Planungsgrundlage für die Krankenhausversorgung zu schaffen.

Ich möchte Ihnen drei Beispiele aus dem Krankenhaushausgutachten vortragen. Da geht es zum einen um den Fachbereich „Prothesen für Kniegelenke“. Etwa 53 % der Eingriffe wurden in Krankenhäusern durchgeführt, die weniger als 100 dieser Fälle im Jahr behandeln. Das sind im Durchschnitt etwas weniger als zwei Eingriffe pro Woche.

Ein anderes Beispiel: 2017 gab es 2.700 Operationen an der Bauchspeicheldrüse. Das sind hochspezialisierte und schwerwiegende Eingriffe, die an 165 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurden. Aufgrund der Vielzahl der Standorte erreichten 66 Krankenhäuser nicht die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeschriebene Mindestmenge von zehn Operationen.

Das dritte Beispiel bezieht sich auf Herzinfarkte. In einigen Regionen des Landes werden Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern behandelt, die keinen Herzkathetermessplatz haben – und das, obwohl benachbarte Krankenhausstandorte besser ausgestattet sind und im Durchschnitt bis zu zehnmal mehr Herzinfarkte behandeln.

Die Reihe der Beispiele ließe sich noch fortführen. Sie alle zeigen, dass Strukturveränderungen hin zu mehr Qualität und Effizienz erforderlich sind. Krankenhäuser, die bestimmte Operationen sehr häufig

durchführen, haben natürlich wesentlich mehr Routine bei den jeweiligen Eingriffen, und davon profitieren auch die Patientinnen und Patienten.

Der bisherige Krankenhausplan wird diesen Erfordernissen nicht gerecht und bedarf dringend einer Novellierung. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes schaffen wir die rechtlichen Voraussetzungen für eine komplett neue Planung der Krankenhausstrukturen in Nordrhein-Westfalen. Das Ziel ist – ich sage es noch einmal – eine Verbesserung der stationären medizinischen Versorgungsqualität.

Auch die Sachverständigen haben uns in der Anhörung im Dezember bestätigt, dass die bestehende Krankenhauslandschaft dringend einer Neuausrichtung bedarf. Hierbei geht es aber nicht um die Schließung von Krankenhäusern. Für den Krankenhausausschuss, der letztlich die neue Krankenhausplanung entwickelt – das ist ja gesetzlich geregelt –, wird es nicht in erster Linie um die Frage gehen, welche Krankenhausstandorte erhalten bleiben sollen. Vielmehr wird er sich damit befassen müssen, wie durch die Schaffung von Fachbereichen innerhalb der vorhandenen Krankenhausstrukturen eine bestmögliche medizinische Versorgung gewährleistet werden kann. Und natürlich gelten weiterhin die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Medizinische Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sind der Maßstab. Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen und orientieren sich insbesondere an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Mit den Leistungsgruppen werden konkrete medizinische Leistungen abgebildet.

Nicht jedes Krankenhaus muss jede medizinische Leistung anbieten, sondern die Krankenhäuser einer Region sollen die Leistungen anbieten, die für die Versorgung der Menschen notwendig sind. Es geht darum, Über- bzw. Unterversorgung zu reduzieren und eine höhere Fachlichkeit der Krankenhäuser und so auch eine höhere Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu schaffen. Zudem sollen unnötige Doppelstrukturen hinsichtlich des medizinischen Fachpersonals und der technischen Ausstattung vermieden werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf regelt darüber hinaus einen weiteren wichtigen Sachverhalt, nämlich den Schutz von Patientenunterlagen im Falle einer Insolvenz. Es geht darum, zu verhindern, dass Patientenakten womöglich verloren gehen und dass Unbefugte Zugang zu diesen verschaffen können. Die Krankenhausträger sollen daher verpflichtet werden, Schutzmaßnahmen zu treffen und diese im Falle einer drohenden Insolvenz gegenüber der Aufsichtsbehörde nachzuweisen.

Wir sind davon überzeugt, dass das neue Gesetz zu einer deutlichen qualitativen Verbesserung der Kran-

kenhausplanung führen wird. Ich kann nur darum werben, dem vorliegenden Gesetzentwurf zuzustimmen. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von der CDU und der FDP)

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Herr Preuß. – Nun spricht Frau Gebhard für die SPD-Fraktion. Sie haben gleich das Wort.

Zunächst aber ein Dankeschön an die Kolleginnen und Kollegen, die immer das Redepult reinigen, für diesen Service. Sie machen das toll, das muss man wirklich sagen.

(Beifall von der CDU, der SPD, der FDP und den GRÜNEN)

Faktisch machen Sie das schon seit einem Jahr. Das muss man sich mal vorstellen. – Bitte schön, Frau Gebhard. Sie haben das Wort.

Heike Gebhard (SPD): Herr Präsident! Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen! Dem Dank schließe ich mich ausdrücklich an. – Nach dem Willen der Fraktionen von CDU und FDP sollen mit der Verabschiedung des Krankenhausgestaltungsgesetzes die Grundsätze der Krankenhausplanung neu justiert werden. Dabei hat die fünfmonatige Beratung bei den beiden Fraktionen offenbar zu null Erkenntnisgewinn beigetragen, denn sie haben keine einzige Anregung aufgenommen.

Bei der Einbringung des Gesetzentwurfes im Oktober letzten Jahres habe ich bereits festgestellt, dass es richtig ist, dass nach zwölf Jahren Laumann'scher Krankenhausplanung – oder Nichtplanung, wie er heute selbst sagt – eine vernünftige, die Versorgung sicherstellende Krankenhausplanung erforderlich ist.

Ich halte es prinzipiell auch für möglich, zu einer Verständigung zu kommen, gibt es doch inzwischen einen breiten Konsens – da stimme ich dem Kollegen Preuß ausdrücklich zu –, dass man weder Standorte noch fachliche Ausrichtung eines Krankenhauses dem Markt überlassen darf. Das war 2007 noch ganz anders.

Heute sind die Konsequenzen, die sich aus Nichtplanung und Erlösberechnung auf der Grundlage von DRGs ergeben, deutlich sichtbar. Im Kampf um die besten Erlöse bleiben nicht so lukrative Fachgebiete auf der Strecke. Das betrifft zum Beispiel die Kinderheilkunde, die Geburtshilfe, die Diabetologie, die Neurologie, insbesondere die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, die Pneumologie, und man könnte noch weitere nennen.

Das heißt, wenn CDU und FDP mit der Vorlage dieses Gesetzentwurfes zum Ausdruck bringen wollen, dass sie ihren Fehler von 2007 einsehen und jetzt korrigieren, dann ist das erst einmal gut.

Schlecht ist aber, wenn der Prozess darüber, welche Parameter wie zugrunde gelegt werden, hinter verschlossenen Türen stattfindet. Und da, Herr Kollege Preuß, muss ich, anders als Sie das gerade dargestellt haben, sehr deutlich machen: Das Verfahren ist alles andere als transparent. Die Anhörung hat dies doch deutlich gemacht: Der Prozess ist intransparent und der Abschluss des Gesetzes voreilig.

Intransparent ist er, weil die wesentlichen Parameter nicht im Gesetz verankert werden, sondern im Landesausschuss für Krankenhausplanung beim Ministerium ohne jede parlamentarische Beteiligung nicht-öffentlich verhandelt werden. So heißt es in der Stellungnahme der Diözesancaritasverbände Aachen, Essen, Köln, Münster, Paderborn, also der Träger aller katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen – ich zitiere mit Erlaubnis des Präsidenten –:

„Mit Verwunderung haben wir zur Kenntnis genommen, dass im Landesausschuss für Krankenhausplanung intensive und umfangreiche Diskussionen zur Ausgestaltung des Krankenhausrahmenplans laufen ...“

Und ein Stückchen weiter heißt es:

„Beispielsweise sind qualitative Planungstiefe, Kapazitätsplanung und Wirtschaftlichkeit miteinander interdependente Fragestellungen, die derzeit im Landesplanungsausschuss besprochen werden bzw. noch mit offenem Ergebnis besprochen werden müssen. Die Diskussionen sind bei weitem nicht abgeschlossen.“

Trotzdem wird ein Gesetzentwurf eingebracht, der diese Diskussion vorwegnimmt und damit eine Auseinandersetzung unmöglich macht.“

So weit der Caritasverband. Bei ver.di liest sich das so – auch das ein Zitat, Herr Präsident –:

Es ist „ein zentraler Fehler, die Neuausrichtung der Krankenhausplanung – nicht nur aufgrund der aktuellen Herausforderungen durch die Coronapandemie – im Eiltempo abschließen zu wollen ...“

Und weiter heißt es:

„Die in der Vergangenheit übliche breite Verbändeanhörung zum Auftakt von Gesetzgebungsprozessen zur Krankenhausplanung wurde genauso unterlassen wie andere Arten der Einbindung ...“

Hier wird also beklagt, dass nicht die Landesregierung den Gesetzentwurf eingebracht hat, sondern den regierungstragenden Fraktionen die Einbringung überlassen hat, um eine übliche Beteiligungsrunde wegfällen zu lassen.

Und weiter wird beklagt – auch das ist ein Zitat bezogen auf das bestehende Gesetz –, „dass selbst die weiteren Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 15 KHGG NRW ...“, wie zum Beispiel „Gewerkschaften und Arbeitnehmer*innenvertretungen

... bisher nicht einmal informiert wurden, geschweige denn in die ... weichenstellende Vorarbeit auf Ministeriumsebene eingebunden sind ...“

Ich bleibe immer ganz nah an dem, was uns die Sachverständigen gesagt haben.

Bei der KGNW liest sich das wie folgt – das ist ebenfalls ein Zitat –:

„Mit Blick auf die noch laufenden Beratungen zur Neuaufstellung des Krankenhausplans fehlt es aktuell naturgemäß noch an einer Synchronisierung zwischen dem Gesetzentwurf und den geplanten Rahmenvorgaben.“

Das ist eine charmante Formulierung, die aber im Prinzip das Gleiche aussagt, was die anderen auch vorgeworfen haben.

(Zuruf von Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE])

Danach listet die KGNW auf, welche wesentlichen Fragen noch zu klären sind. Diese reichen von Fragen der Wirtschaftlichkeit über Fragen des Einbezugs von Fachkliniken und Belegabteilungen bis hin zur Sicherstellung der ländlichen Versorgung auch bei geringen Fallzahlen sowie der Bedarfsermittlung. In ihrer Stellungnahme geht sie dann auf jeden einzelnen Punkt im Detail ein. Diese Zeit habe ich jetzt nicht.

Ich will deshalb nur auf die Bedarfsermittlung eingehen. Dabei handelt es sich um eine Frage, die, wie ich finde, jede Bürgerin und jeden Bürger interessiert, und zwar insbesondere diejenigen, die im Notfall die Erfahrung machen mussten, dass mehrere Krankenhäuser angefahren wurden, weil für sie kein Platz – oder sollte ich besser sagen, kein Bett? – frei war.

Diese Frage wird auch jede Kommunalpolitikerin und jeden Kommunalpolitiker interessieren, denn sie wollen von uns Parlamentariern wissen, was dieses Gesetz für ihr Krankenhaus vor Ort bedeutet.

Beantworten können wir diese Fragen zumindest auf Basis dieses Gesetzes nicht. Wie sollten wir das auch können, wenn dies selbst für den Ausschuss für Krankenhausplanung beim Ministerium noch eine, wie die KGNW als Beteiligte in dem Ausschuss erklärt hat, zu klärende Frage ist?

Bleiben wir bei der Bedarfsermittlung. Sie zitieren in Ihrem Gesetzentwurf – im Prinzip hat der Kollege Preuß gerade in ähnlicher Weise argumentiert – an zwei Stellen das PD-Gutachten wie folgt:

„In keinem anderen Bundesland würden bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt.“

Ich frage die beiden regierungstragenden Fraktionen: Was wollen Sie uns damit sagen? Oder soll ich besser „suggerieren“ sagen? Gibt es etwa keine medizinischen Gründe für die höhere Krankenhaus-

häufigkeit in NRW? Eine höhere Erkrankungshäufigkeit ziehen Sie offenbar erst gar nicht in Betracht.

Die Ärztekammern zeigen in ihrer Stellungnahme auf, dass Sie damit aus der Epidemiologie bekannte Forschungsergebnisse schlicht und einfach ignorieren. Diese besagen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer höheren Morbidität einhergeht. Das Einkommen in Nordrhein-Westfalen pro Kopf liegt unter dem Bundesdurchschnitt. Könnte hier vielleicht eine der Ursachen liegen?

Der Anteil von Rauchern in Nordrhein-Westfalen liegt über dem Bundesdurchschnitt, und bekanntlich ist das Rauchen ein wesentlicher Risikofaktor für viele Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Wir verzeichnen eine im Schnitt um 30 % höhere Krebshäufigkeit. Dass das eine höhere Krankenhaushäufigkeit nach sich zieht, wollen Sie nicht zur Kenntnis nehmen?

Meine Beispiele lagen allen Mitgliedern des Ausschusses mit der Stellungnahme der Ärztekammern vor. Haben Sie sich damit wirklich einmal ernsthaft befasst? Im Ausschuss haben wir davon jedenfalls nichts gemerkt.

Übrigens weist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen auch darauf hin, dass bei der Ermittlung des zu versorgenden Bedarfs nach aktueller Rechtsprechung immer der tatsächliche Bedarf zugrunde zu legen ist, der sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme, also aus den behandelten Patienten, ergibt. Das heißt, dass Zahlen aus anderen Bundesländern nicht zur Bedarfsermittlung taugen.

Wir erwarten, dass im Krankenhausplan eine transparente und nachvollziehbare Bedarfsprognose zugrunde gelegt wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie haben uns einen Gesetzentwurf vorgelegt, der viele Fragen ungeklärt lässt. Vier davon will ich kurz benennen:

Erstens. Schon jetzt haben wir einen Ärztemangel. Wir sind also darauf angewiesen, den ärztlichen Nachwuchs gut zu qualifizieren.

(Zuruf von Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE])

Wenn es zu den gewünschten mehr Spezialisierungen kommt, sind Weiterbildungsverbände zwischen Standorten der Spezial- und der Regelversorgung gesetzlich abzusichern. Ihr Gesetzentwurf sieht dazu nichts vor.

(Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Das kann er auch nicht!)

Zweitens. Das Gesetz muss kooperative Versorgungskonzepte rechtlich, das heißt auch wettbewerbsrechtlich, absichern und befördern. Das tut es aber nicht.

Gerade im Hinblick auf die ländlichen Regionen – damit komme ich zum dritten Punkt – für das politische Ziel der ortsnahen Versorgung müssten sektorenübergreifende Kooperationsprojekte durch den Krankenhausplan gestützt werden. Auch hierzu bedarf es einer rechtlichen Absicherung im Gesetz. Eine solche gibt es aber nicht.

Nicht zuletzt sollten wir aus der gegenwärtigen Pandemie – das ist der vierte Punkt – die Erkenntnis ziehen, dass wir unser Gesundheitssystem, unsere Krankenhäuser nicht auf Kante nähen dürfen, sondern ausreichend Reservekapazitäten vorhalten müssen. Auch diese Vorgabe gehört gesetzlich festgeschrieben. Das wird sie aber nicht.

Alles, was ich hier vorgetragen habe, ist an den Ausschuss herangetragen worden. Hat das bei den Antragstellern zu irgendeiner Einsicht geführt? – Wohl kaum, denn sonst würde uns heute ein Änderungsantrag vorliegen.

Zu wissen, dass Sie die Mehrheit vertreten, reicht Ihnen offenbar völlig aus. Das haben die Menschen in Nordrhein-Westfalen aber nicht verdient. So müssen Sie sich, meine Damen und Herren von CDU und FDP, auch nicht wundern, wenn man kritisiert, dass dem MAGS mit dem aktuellen Gesetzentwurf sehr weitreichende Kompetenzen eingeräumt werden, und die KGNW die Frage stellt, ob diese Kompetenzerweiterung über die Rahmenvorgaben als Ermächtigungsgrundlage für dahinterstehende Grundrechtseingriffe ausreicht.

Ich frage daher alle Abgeordneten: Wollen Sie dieses Gesetz wirklich durchwinken, das die meisten zu regelnden Punkte zurzeit völlig unbeantwortet lässt? Wollen Sie dem Minister einen Blankoscheck ausstellen? Für die SPD-Fraktion kann ich die Frage klar beantworten: Nein, das wollen wir nicht. – Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall von Josef Neumann [SPD])

Vizepräsident Oliver Keymis: Vielen Dank, Frau Gebhard. – Jetzt spricht Frau Schneider für die FDP-Fraktion.

Susanne Schneider (FDP): Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Der soeben gehörte Redebeitrag sagt viel über den Zustand der Sozialdemokratie in diesem Hause aus. Wir haben dieses Gesetz debattiert, und es gab dazu eine Anhörung. Ich habe gerade auch noch einmal in die heutige Tagesordnung geschaut, ob ich irgendwo einen Änderungsantrag finde. Ich habe keinen gefunden.

(Zuruf von Stefan Lenzen [FDP])

Von den Kollegen der anderen Fraktionen kamen wenigstens Diskussionsbeiträge und Änderungswünsche. Sie, werte Frau Kollegin, suchen sich

jedoch aus einer Anhörung zwei, drei Halbsätze von ver.di und von der Caritas heraus und zerreden das gute Gesetz, das wir heute zur Qualitätsverbesserung in diesem Land vorlegen.

(Zuruf von Heike Gebhard [SPD])

Ich habe selten eine Anhörung erlebt, in der es so wenig Kritik und eine Einstimmigkeit von Ärztekammern bis hin zu den Krankenkassen gab. Dass sich die beiden einmal einig sind, gibt es wirklich nicht häufig. Das hat für mich deshalb nichts mit seriöser Politik zu tun.

(Beifall von der FDP und der CDU)

Wir brauchen eine Reform der Krankenhausplanung, denn das dient unserem Ziel einer guten Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Nordrhein-Westfalen. Für uns zählt dazu die höchstmögliche Qualität und eine gute Erreichbarkeit in der Fläche. Das war uns immer sehr wichtig, weil wir die im Moment nicht haben. Heute finden wir eine sehr hohe Klinikdichte in Ballungszentren. Im ländlichen Raum finden wir hingegen wenige Krankenhäuser, die sich zudem oft in finanziellen Schwierigkeiten befinden.

Die Krankenhäuser in unserem Land stehen vor großen Herausforderungen. Der demografische Wandel mit seinen zunehmend älteren Patienten verändert die Anforderungen an die Versorgung. Dem Fachkräftemangel bei Ärzteschaft und Pflege können wir nur mithilfe attraktiver Arbeitsbedingungen abhelfen. Darüber hinaus wollen wir alle die Chancen der Digitalisierung und von eHealth stärker nutzen. Zudem hat uns die Coronapandemie gezeigt, wie wichtig eine leistungsfähige, gut ausgestattete und differenzierte Kliniklandschaft ist.

Die NRW-Koalition aus Union und FDP hat die Investitionsförderung massiv ausgebaut, um die Krankenhäuser so besser für die Zukunft aufzustellen. Ich nenne nur das Sonderinvestitionsprogramm in Höhe von 1 Milliarde Euro im letzten Jahr oder die Einführung einer Einzelförderung für gezielte Investitionen.

Wir wollen aber nicht nur über die Förderung von Investitionen, sondern mithilfe der Krankenhausplanung auch Strukturverbesserungen anstoßen. Deshalb hatte die Landesregierung das im September 2019 vorgestellte Gutachten zur Krankenhausplanung in Auftrag gegeben, und deshalb setzen wir die darin empfohlenen grundlegende Reform jetzt um. Mit der durch die Gesetzesänderung vorgesehenen Orientierung der Planung an den sogenannten Leistungsbereichen und Leistungsgruppen sowie mit definierten Qualitätskriterien bringen wir die nötigen Veränderungen auf den Weg und verbessern so spürbar die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Diese Zielsetzung wurde auch in der Anhörung betont. So wurde von den Ärztekammern die Notwendigkeit einer Änderung der Planung mit einer bes-

seren Strukturierung und einer sinnvollen Aufgabenteilung angesprochen. Vonseiten der Krankenkassen wurde angemerkt, dass sich die bisherige Planung zu wenig am Versorgungsbedarf und an der Behandlungsqualität orientiere.

Ziel der Reform ist, die Versorgungsqualität durch eine stärkere Spezialisierung zu fördern. Dagegen kann doch kein normal denkender Mensch etwas haben. Dazu ist es sinnvoll, spezifische Behandlungsangebote und insbesondere komplexe Leistungen an dafür besonders geeigneten Klinikstandorten zu konzentrieren und vermehrt auf die Kooperation zwischen Krankenhäusern zu setzen. Gleichzeitig können so bestehende Doppelstrukturen in den Balnzentren abgebaut werden.

Wir wollen aber keine weitreichende Zentralisierung wie zum Beispiel in Dänemark. Die Grundversorgung gerade auch im ländlichen Raum muss auch in Zukunft gewährleistet sein. Das wird aber durch die Gesetzesänderung nicht infrage gestellt – eher im Gegenteil.

Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, um die Krankenhausplanung neu aufstellen zu können, brauchen wir die vorliegenden Änderungen des Krankenhausgestaltungsgesetzes. Damit schaffen wir die Rechtsgrundlage für das neue Planungsverfahren.

Die generelle Ablehnung vonseiten der SPD kann hier keine Lösung sein. Ein Verzicht auf eine strukturierte Planung und ein Festhalten an der Bettenzahlorientierung würden letztlich zu einem kalten Strukturwandel und zu ungeordneten Schließungen führen.

Wenn die SPD jetzt kritisiert, dass Änderungen ohne Diskussion und Transparenz erfolgen würden, möchte ich in dem Zusammenhang nur klarstellen: Das Gesetzgebungsverfahren wurde mit einer umfassenden, großen Anhörung der Beteiligten begleitet. Wir entscheiden auch nur über die Änderung der gesetzlichen Grundlage, um überhaupt neue Kriterien in der Krankenhausplanung zu ermöglichen. Die tatsächliche Umsetzung erfolgt dann mit der Rahmenplanung auf Landesebene und mit den regionalen Planungskonzepten. Dabei sind im Planungsausschuss alle relevanten Akteure beteiligt.

(Peter Preuß [CDU]: Auch die Caritas!)

Aus unserer Sicht sollten bei der Planung aber auch noch die Aspekte der Digitalisierung und der sektorübergreifenden Versorgung stärker berücksichtigt werden. Mehr Kooperation und die Einbeziehung niedergelassener Ärzte und insbesondere spezialisierter ambulanter Leistungserbringer würden hier weitere Möglichkeiten eröffnen.

Diese Einbeziehung sollte auch im Landesrahmenplan berücksichtigt werden. Ein Weg dazu könnte eine modellhafte Erprobung der Beteiligung ambu-

lanter Leistungserbringer an der stationären Versorgung sein.

Lassen Sie uns jetzt aber vor allem mit der Verabschiedung des Gesetzes einen großen Schritt zur Verbesserung der Behandlungsqualität gehen, für die Menschen in Nordrhein-Westfalen und für ein gesundes NRW. – Ich danke Ihnen.

(Beifall von der FDP und der CDU)

Vizepräsident Oliver Keymis: Danke schön, Frau Schneider. – Jetzt hat Herr Mostofizadeh für die grüne Fraktion das Wort. Bitte schön.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Herr Präsident! Werte Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal zu unserem Abstimmungsverhalten: Wir werden uns bei dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf der Stimme enthalten, weil wir der Meinung sind, dass grundsätzlich Reformbedarf angesagt ist – das haben wir auch schon in der letzten Legislaturperiode so gesehen –, und zwar durchaus auch nach den Buchstaben, die in dem Vorspann und in der Begründung des Gesetzentwurfs enthalten sind.

Denn wir sind der Meinung, dass wir dort eine Konzentration von Leistungen brauchen, wo es sinnvoll ist, nämlich dann, wenn Spezialisierung angesagt ist oder wenn wir gewisse Fachkunde brauchen. Ich will nur zwei Beispiele nennen: Stroke Units oder Geburten. Es liegt ja auf der Hand, dass man sich nicht von Menschen ohne entsprechende Erfahrung operieren lassen will, selbst wenn sie sich mit telematischen oder sonstigen Instrumenten gegenseitig beraten können. Wer die Operation durchzuführen hat, braucht eben auch entsprechende Übung und Expertise. Deswegen ist es richtig, da vorzugehen.

Zudem führt das auch immer zu Missverständnissen. Das, was jetzt passiert, kann durchaus dazu führen, dass es zu Erweiterungen im ländlichen Raum kommt, wenn man es denn ernst meint. Wenn man wirklich sagt, man wolle Grundversorgung mit weiterer Konzentration paaren, dann ist es in der Logik folgendermaßen – ich nehme immer gern meine Heimatregion, also das Ruhrgebiet oder die Stadt Essen, als Beispiel –: Wenn dort zehn oder zwölf Krankenhäuser sind, liegt es auf der Hand, dass möglicherweise dort Kapazitäten abgebaut werden, weil die Erreichbarkeit immer noch deutlich besser oder zumindest die Entfernung geringer ist als in anderen Bereichen.

Ich habe nur den Eindruck, dass das hier im Hohen Hause nicht so gern gesagt wird. Aber es ist die Wahrheit.

Herr Minister, das wird im Zweifel auch dazu führen ... Jetzt sind gerade zwei Krankenhausstandorte in Essen geschlossen worden. Vielleicht kommt noch ein Standort dazu. Ich weiß es nicht.

Das Gleiche gilt auch für andere. Doch ich habe den Eindruck, dass es zumindest in der Kommunalpolitik – deswegen bin ich an dieser Stelle mit den Kolleginnen und Kollegen der SPD durchaus einer Meinung – nicht unbedingt immer transparent gemacht wird. Es geht sogar so weit, dass der Oberbürgermeister von Essen, Herr Kufen, gesagt hat, das sei alles die Contilia schuld; was dort passiere, habe mit der Landesplanung alles gar nichts zu tun. Das ist schlicht falsch.

(Beifall von Sigrid Beer [GRÜNE])

Die Contilia bekommt Geld dafür – oder hat einen Antrag gestellt und eine Bewilligung bekommen –, dass sie Kapazitäten abbaut, dass sie auch konzentriert und dass sie ein schönes neues Krankenhaus – der Standort hätte aus meiner Sicht an einer anderen Stelle sein müssen – baut, um für die Zukunft aufgestellt zu sein.

Deswegen, Herr Kollege Preuß, ist das, was Sie gesagt haben, auch zumindest an einer Stelle falsch. Das reine Rekurrenieren auf die Betten und jetzt das Umstellen auf Leistungsbereiche führen nicht dazu, dass die Planung eins zu eins besser wird. Die Planung wird zwar besser. Das glaube ich schon. Aber die These, dann könne man planen und verordnen, hier komme Krankenhaus A hin und dort Krankenhaus B, ist schlicht falsch. Denn immer noch müssen die Krankenhausträger sich anmelden, abmelden und entsprechende Vereinbarungen in der Region treffen. Das ist auch gut so. Das halten wir für richtig.

Das ist auch ein Punkt, den wir an der Stelle kritisch sehen, Herr Minister. In § 14 Abs. 1 des Gesetzentwurfs heißt es – zumindest lese ich das so –, dass die Wissenschaftsministerin quasi Einspruch erheben kann, wenn Vereinbarungen in der Region getroffen wurden, wenn sie das fachlich für richtig hält. Es wird ja gesagt, dass Einvernehmen mit der Wissenschaftsministerin bestehen muss. Das heißt, dass sie auch bereits getroffene Planungskonzepte durchbrechen kann.

Ich kann Ihnen nur dringend raten, das noch einmal nachzuschärfen und auch in den weiteren Planungen eine andere Festlegung zu treffen. Denn wenn man das macht – was ich für richtig halten würde –, muss es zumindest ein Aushandlungsprozess zwischen den jeweiligen Institutionen sein.

Weil ich die Stadt Essen angesprochen habe, möchte ich an dieser Stelle auch sehr deutlich sagen: Es ist natürlich möglich, dass man sich vor Ort damit beschäftigt, weil man einen konkreten Fall hat. Dem Minister liegt auch die Kleine Anfrage vor. Liebe Kolleginnen und Kollegen der SPD, wir sind in vielen Punkten, was die Einschätzung anbetrifft, durchaus nah beieinander. Aber wenn Sie bei einem Einzelfall, in dem eine ältere Frau ins Krankenhaus eingeliefert worden ist, dort möglicherweise aufgrund falscher ärztlicher Beurteilung – das kann ich aus der Ferne gar nicht sagen – nach Hause geschickt wurde und

einige Tage später verstorben ist, jetzt tatsächlich auf Verordnung sagen, das seien die Toten, die aufgrund der Strukturplanung kämen, dann finde ich das, ehrlich gesagt, ekelhaft und der Sache nicht mehr angemessen.

(Beifall von Sigrid Beer [GRÜNE] – Vereinzelt Beifall von der CDU und der FDP)

Das kommt auch in dieser Kleinen Anfrage Ihrer Kolleg*innen Müller und Altenkamp zum Ausdruck.

Nach vorne gerichtet, liebe Kolleginnen und Kollegen von CDU und FDP: Ja, wir müssen an einigen Stellen mehr tun. Wir müssen bei der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte ein Stück mehr tun, insbesondere aber bei der Pflege. Die reine Konzentration führt ja nur dazu, dass wir den Status quo etwas besser ausbauen. Der Nachholbedarf im Bereich der Pflege ist allerdings substanziell und wird mit einer reinen Konzentration allein nicht zu machen sein.

Natürlich gehört zur Wahrheit dazu: Die Pflegekräfte sind deutlich weniger mobil, als Ärztinnen und Ärzte das möglicherweise sind. Deswegen muss es, wenn es zu Umstellungen und Konzentrationsprozessen kommt, natürlich eine entsprechende Begleitung geben.

Ein weiterer Punkt, den ich ansprechen möchte, ist das Thema „Pandemie und Reservekosten“. Ich habe eben schon angedeutet, dass wir da ganz bei Ihnen von der SPD sind. Ja, wir müssen Reservebereiche vorhalten, und zwar außerhalb des Krankenhausplanes, weil das aus meiner Sicht überhaupt nicht in die Systematik hineinpasst. Hier sind wir in ähnlicher Weise auf Bundesebene auch aktiv geworden. Wir brauchen ein System, wo Vorhaltekosten mitfinanziert werden. Das wird gerade für den ländlichen Raum dann von Bedeutung sein. Wenn man dort ein Krankenhaus hat, muss das auch funktionieren und müssen entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte und auch Investitionen gesichert sein, die im Zweifel auch teurer sind, als wenn man sie in anderen Bereichen vornimmt, weil man den Durchschlag dann vielleicht nicht darstellen kann. Das halte ich für notwendig.

Aber bei einem Punkt, Frau Kollegin Gebhard, bin ich nicht Ihrer Meinung. Sie haben den Ärztemangel beschrieben und gesagt, deswegen müssten wir noch eins drauflegen.

Erstens. Woher sollen mehr Ärzte kommen, wenn wir noch mehr Krankenhäuser haben? Das verstehe ich schon logisch nicht.

(Beifall von Josef Hovenjürgen [CDU])

Das Gleiche gilt für das Pflegepersonal.

(Zuruf von Heike Gebhard [SPD])

Zweitens verstehe ich auch nicht, wie Sie, die Politik machen, wieso in Nordrhein-Westfalen ... Alle Punk-

te, die Sie angeführt haben, was Raucherinnen und Raucher, sozialen Status usw. anbetrifft, sind richtig. Doch da kann ich nur empfehlen: nicht reparieren, sondern prophylaktisch arbeiten und eine gute Gesundheitspolitik machen, also nicht noch mehr Krankenhäuser bauen, sondern vorher arbeiten.

(Beifall von Sigrid Beer [GRÜNE])

Sie haben ja selbst auch das Angebot gemacht: sektorübergreifende Arbeit machen und das viel stärker in den Krankenhausplan mit implizieren.

Das, lieber Herr Minister, wäre ein letzter Punkt. Wahrscheinlich sind wir da gar nicht unterschiedlicher Meinung. Aber vom Abwickeln her ist es so, dass die sektorübergreifenden Fragen mit diesem Gutachten nicht ausreichend beantwortet sind. Daran werden wir weiter arbeiten müssen, um auch weiter voranzukommen.

Alles in allem kann ich Ihnen sagen: Wir werden uns jetzt enthalten.

Eine Prognose wage ich aber noch. Ich glaube, Herr Minister, dass Sie die notwendigen Strukturentscheidungen aufgrund der Bundestagswahl in diesem Jahr und aufgrund der Landtagswahl im nächsten Jahr nicht in dem Maße treffen werden, wie das eigentlich notwendig wäre. Sie werden das nicht durchhalten und den Druck der Kommunalpolitik und Ihrer Wahlkreiskandidaten im Nacken spüren. Das ist schon am Beispiel von Essen deutlich geworden. Dort sind Sie auch ein Stück zurückgerudert. Ich würde Ihnen eigentlich viel Glück wünschen, da noch einen Schritt weiter zu gehen.

(Beifall von Sigrid Beer [GRÜNE])

Ein allerletzter Punkt ist mir wichtig. Besprechen Sie das bitte auch mit den Patientinnen und Patienten. Denn dieser Vorwurf ist durchaus berechtigt. Das mag im Krankenhausausschuss alles diskutiert werden. In der Öffentlichkeit kommt davon aber relativ wenig an. – Herzlichen Dank.

(Beifall von den GRÜNEN)

Vizepräsident Oliver Keymis: Danke schön, Herr Mostofizadeh. – Jetzt hat für die AfD-Fraktion Herr Dr. Vincentz das Wort.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrter Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Zuerst komme ich zum tatsächlichen Kern des Gesetzentwurfes, der relativ schnell umrissen ist und gegen den man recht wenig sagen kann. Die Idee, dass man vom Bett als Planungsgröße wegkommt und sich mehr den Bedarfen zuwenden möchte, ist ja erst einmal mutig und wichtig.

Jeder, der sich in dem Bereich längere Zeit umgetan hat und sich angesehen hat, woran es in der Kran-

kenhausplanung in den letzten Jahren tatsächlich gemangelt hat, weiß, dass es unter dem aktuellen Status quo bei der momentanen Ausfinanzierung ansonsten zu einer Kannibalisierung am Markt kommt. Man könnte auch sagen: Survival of the fittest zuungunsten vieler Patienten oder auch – das wurde gerade schon gesagt – einiger Fachrichtungen im Krankenhaus, die unter dem aktuellen Konzept so finanziert sind, dass sie sich schwertun, noch Schritt zu halten bzw. am Markt zu bestehen.

Das ist schade; denn die Menschen sind auf Kinderheilkunde, Kinderintensivstationen und auf Geburtsstationen angewiesen. Diese sind auf dem aktuellen Markt schlecht abgebildet. Deswegen sollte es da dringend eine Reform geben. Ich denke, das ist absolut unstrittig.

Spannend wird es natürlich an der Stelle, an der es darum geht, wie man diesen tiefgreifenden Eingriff tatsächlich gestalten möchte. Dazu wird in der Tat relativ wenig gesagt. Das ist auch in der Anhörung herübergekommen. Es war relativ unstrittig, dass man etwas tun muss. Aus allen Stellungnahmen war herauszulesen, dass man da einer Meinung ist und das so sieht. Aber die Frage ist, wie man ein System, das zwar seine Schwächen hat, aber über Jahrzehnte gut funktioniert hat, jetzt so umstellen möchte.

Man sieht ja an anderen Stellen – beispielsweise, wenn wir über das DRG-System sprechen –, wie kompliziert und schwierig es sein kann, Fallgruppen zu definieren und deren vernünftige Ausfinanzierung zu finden, und wie schwierig es sein kann, Fachgruppen so zu finden und zu bündeln, dass es am Ende in der Krankenhauslandschaft wieder funktioniert bzw. besser funktioniert als heute.

Es ist ja ein bestimmter Weg gesucht worden, wie man dieses Gesetz hier einbringt. Es ist nicht über die Regierung gekommen, sondern über die regierungstragenden Fraktionen. Wenn man sieht, wie diese beiden Fraktionen sich in der Gesundheitspolitik rund um Corona in den letzten Wochen und Monaten geschlagen haben, sind da natürlich auch Zweifel angebracht: eine FDP, bei der auf dem Bezügezettel noch „Regierung“ steht, bei deren Reden hier aber jedes Mal „Opposition“ zu hören ist, und eine bürgerliche CDU, deren Fraktionsvorsitzender die „taz“ zitiert – eine Zeitung, die sonst dafür bekannt ist, dass sie Polizisten mit Müll vergleicht; das ist schon spannend.

Dann wurde ein Zitat genommen, und man hat versucht, uns in dem Zusammenhang mal wieder inhaltlich zu stellen. Das stammt ja nicht von mir. Ich habe eben einen der meistzitierten Wissenschaftler auf diesem Planeten zitiert. Man hat dann einen Auszug aus der „taz“ genommen und ihn in dieser Art und Weise zitiert. Dem würde ich dann gerne noch einmal nachgehen.

Man hat gesagt, Professor Ioannidis habe in einem Interview – das übrigens nicht wörtlich zitiert ist, sondern nur schriftlich interpretiert – gesagt, er würde heute die Grippe und das Coronavirus nicht mehr miteinander vergleichen, weil die Fälle völlig anders gelagert seien. – So weit, so zitiert von der CDU.

Im Text geht es allerdings weiter: Bei der Grippe sterben vornehmlich junge Menschen, beim Coronavirus insbesondere Alte und Risikogruppen. – Was macht die CDU daraus? Sie schließt die Schulen und lässt die Altenheime – anders, als wir es längst und immer wieder gefordert haben – unkontrolliert, sodass es insbesondere in den Altenheimen bundesweit zu unglaublich vielen Sterbefällen gekommen ist.

Wenn man tatsächlich versucht, uns inhaltlich zu stellen, sollte man bitte auch korrekt zitieren und vielleicht auch aus diesen Zitaten die richtige Schlussfolgerung ziehen. Denn das, was Herr Ioannidis sagt, ist durchaus absolut richtig: Die Schulen haben damit wenig zu tun. Bei der Grippe ist es eine andere Geschichte.

(Josef Hovenjürgen [CDU]: Das ist aber relativ faktenfrei, was Sie da sagen!)

Beim Coronavirus kann man dann natürlich andere Schlüsse daraus ziehen.

Es bleibt festzustellen: Diese Fraktionen wollen das jetzt hier durchsetzen. Da können dann Zweifel aufkommen, ob das tatsächlich in der Art und Weise umgesetzt wird, dass es am Ende Früchte trägt.

Nichtsdestotrotz ist es ein mutiges Vorhaben, das – auch das ist gerade schon ausgeführt worden – sicherlich an der einen oder anderen Stelle dazu führen wird, dass einige Kommunen und Kreise nicht mit dem einverstanden sind, was da passiert.

Das sind aber diese unbequemen Entscheidungen, die getroffen werden müssen. Ich bin froh, dass ich das nicht machen muss. Deswegen kann man das nur unterstützen. Wir werden das Gesetzesvorhaben an sich, so wie es besteht, dementsprechend unterstützen und werden dem zustimmen.

Die Ausformulierung – wie gerade an den Beispielen gezeigt – werden wir weiter kritisch begleiten. Denn dort gibt es tatsächlich noch viele Fallstricke. Einige hat Frau Gebhard schon genannt. Andere wären zum Beispiel – um das ganz kurz zu ergänzen; ich möchte dazu gar nicht länger sprechen, als es notwendig ist –: Wie geht man zum Beispiel mit den verschiedenen Bereichen um, die grenznah sind? Wie geht man mit Zentren um, die sich nicht in unserem Bundesland befinden? Es wird jetzt erstmalig für unser Bundesland und nicht auf der Bundesebene so geregelt, weil dies die Zuständigkeit so nicht hergibt. Aber wie geht man dann mit Hessen um? Wie geht man mit Rheinland-Pfalz um? Wie geht man gegebenenfalls auch damit um, wenn Kliniken in dem dort

bestehenden System eben nicht mehr so ausfinanziert sind? Wie reagiert man dann darauf?

Es gibt wirklich eine ganze Menge Fallstricke. Wir sind sehr gespannt, wie sich das tatsächlich in der Realität umsetzt. – Vielen Dank.

(Beifall von der AfD)

Vizepräsident Oliver Keymis: Danke schön, Herr Dr. Vincentz. – Jetzt hat der Minister, Herr Laumann, das Wort.

Karl-Josef Laumann^{*)}, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich komme noch einmal darauf zurück, worum es heute eigentlich bei dieser Gesetzesänderung geht.

Es geht erstens darum, dass der Landtag, wenn er das Gesetz verabschiedet, der Landesregierung eine gesetzliche Grundlage gibt, mit Leistungsbereichen und Leistungsgruppen anstatt mit Betten zu planen.

Dass sich das Bett als Planungsgrundlage nicht mehr eignet, ist eigentlich unstrittig. Ich hatte mein Schlüsselerlebnis ja zu Beginn der Pandemie und habe gesehen, dass der Krankenhausplan bzw. die ausgewiesenen Betten und die vorhandene, reale Versorgungsstruktur nicht sehr viel miteinander zu tun hatten.

Es geht also nur um diesen Bereich, das Bett als gesetzliche Grundlage für die Krankenhausplanung durch die Leistungsbereiche und die Leistungsgruppen zu ersetzen.

Wir schaffen eine Rechtsgrundlage für eine Planung, die sich damit nicht mehr an Betten orientiert. Die Leistungsgruppen können mit Fallzahlen und mit Qualitätsvorgaben verknüpft werden. Alle weiteren Details werden in der Krankenhausplanung festgelegt.

Wie eine Krankenhausplanung dann zustande kommt, wird genauso ablaufen wie bisher nach der bisherigen Gesetzesgrundlage. Daran wird sich überhaupt nichts ändern, gar nichts. Wir besorgen uns keine neuen Rechte. Es bleibt bei der Erstellung eines Krankenhausrahmenplans bei genau dem gleichen Verfahren, das seit eh und je in Nordrhein-Westfalen gilt.

Ich will jetzt noch etwas zu der Transparenz sagen, die es im Krankenhausplanungsausschuss gibt. Es sind viele Sitzungen gewesen. Aber wenn hier vonseiten der SPD gesagt wird, Caritas und KGNW hätten sich nicht vertreten gefühlt, kann ich nur sagen: Das sind doch die Hauptplayer dort. Die katholische Kirche hat einen Sitz im Krankenhausplanungsausschuss – Punkt. Wenn die sich untereinander nicht

absprechen, kann ich es auch nicht ändern. Aber die katholische Kirche ist richtiges Mitglied des Krankenhausplanungsausschusses. Die waren auch in allen Sitzungen dabei. Ich habe mich noch einmal erkundigt.

Die Krankenhausgesellschaft ist im Krankenhausplanungsausschuss logischerweise einer der ganz großen Player. Daher ist das schon sehr transparent. Sie wissen ja auch alle, wer von Gesetzes wegen in diesem Krankenhausplanungsausschuss letzten Endes vertreten ist.

Wir wissen hier ja alle – das eint uns –, dass eine gute, leistungsfähige und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung eine wesentliche öffentliche Aufgabe ist. Sie muss auch eine öffentliche Aufgabe bleiben. Ich habe mich immer dagegen gewehrt, den Krankenkassen die Krankenhausplanung zu übertragen. Die Krankenhausplanung gehört in die Länder.

Dass wir nicht so weitermachen können, wie es jetzt ist, muss aber auch jedem klar sein. Kollege Mostofizadeh hat über die Situation in Essen gesprochen. Wenn sich der Träger in Essen aus dem ersten Krankenhausstrukturfonds, der in Nordrhein-Westfalen noch unter Rot-Grün vergeben wurde, viele, viele Millionen sichert – es war in diesem Krankenhausstrukturfonds der größte Krankenhausmodernisierungsprozess in ganz Deutschland – und am Ende das Krankenhaus verkauft wird, aber viele Jahre später noch gar nichts passiert ist, dann zeigt das doch, dass etwas nicht in Ordnung ist.

Wenn die katholischen Krankenhäuser in Oberhausen pleitegehen und von einem privaten, finanzkräftigen Krankenhausträger übernommen werden, wenn die Malteser in Nordrhein-Westfalen ihre sämtlichen Krankenhäuser verkaufen und sie alle von Privaten übernommen werden, und wenn die Krankenhausgesellschaft sagt, dass vielleicht ein Drittel ihrer Krankenhäuser finanziell in schwierigen Situationen ist, dann muss man doch einfach einmal sehen, dass etwas nicht in Ordnung ist.

Die heutige Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen ist wie folgt: Wenn man Chirurgie und Innere hat, hat man in Wahrheit die Lizenz, zwei Drittel aller denkbaren Leistungen abzurechnen. Man kann zwei Drittel aller denkbaren Leistungen abdecken, nur weil die beiden Wörter „Chirurgie“ und „Innere“ im Krankenhausplan stehen.

Das hat natürlich schon zu einem ruinösen Wettbewerb geführt – im Übrigen nicht nur um Patienten, sondern auch um Personal. Das gilt auch beim Personaleinsatz. Obwohl Krankenhäuser eigentlich gar kein Personal übrig haben, gibt es an der einen Stelle zu viel und an der anderen Stelle dann wieder zu wenig.

Deswegen halte ich es schon für wichtig, dass wir versuchen, die Krankenhausplanung so zu machen, dass sie auf der einen Seite nicht alles streng vorgibt, damit auch Patientenorientierung und -wahlrecht gesichert bleiben, auch in den Regionen, und dass auf der anderen Seite ein ruinöser Wettbewerb verhindert wird.

Deswegen ist es mir wichtig, dass wir diese Krankenhausplanung noch vor der Landtagswahl wesentlich vorantreiben. Ja, ich muss zugeben, dass die Pandemie uns da auch zeitlich ein bisschen in Verzug gebracht hat.

Aber eines ist doch ganz wichtig: Wenn der Krankenhausrahmenplan da ist, wird er natürlich dem Parlament und dem Ausschuss zugeleitet. Wir werden offen darüber debattieren. Aber richtig spannend wird es dann, wenn die Krankenhausplanungsverfahren in den 16 Planungsbezirken aufgerufen werden und geschaut wird, wie man in diesen 16 Planungsbezirken zukünftig Strukturen gestaltet.

Mir geht es dabei vor allen Dingen – wie Ihnen sicherlich allen – darum, dass wir auf der einen Seite eine sehr gute, qualitativ hochwertige Krankenhausstruktur bekommen – das hat auch etwas mit Fallzahlen und Strukturqualitäten zu tun – und dass wir auf der anderen Seite – das will ich ausdrücklich sagen – auch die Voraussetzungen dafür schaffen, dass wir in Nordrhein-Westfalen einen vernünftigen Mix an Trägern aus gemeinnützigen, kirchlichen Krankenhäusern, kommunalen Krankenhäusern und privaten Krankenhäusern behalten. Ich glaube, die Pandemie hat sehr deutlich gemacht, dass sich dieser Krankenhausmix nicht nur in Nordrhein-Westfalen, sondern auch über unser Land hinaus bewährt hat. Diese Trägervielfalt, die wir haben und die wir ja auch alle kennen, halte ich für eine positive Geschichte in der nordrhein-westfälischen Krankenhausentwicklung.

Ich bin fest davon überzeugt: Wenn wir nichts machen, wird der Verlierer in diesem Mix der Bereich der freigemeinnützigen Krankenhäuser sein. Das sieht man doch in der Entwicklung der letzten Jahre sehr genau. Deswegen will ich auch, dass wir diesen Pflock jetzt so einschlagen. Ich würde mich freuen, wenn wir dafür sehr viel Unterstützung erhielten.

Ja, Krankenhausveränderungen sind immer schwierige Diskussionen. Jeder, der länger in der Politik ist, weiß das. Aber es kommt eben auch darauf an – und darüber muss man mit den Menschen sprechen –, dass auf der einen Seite die Krankenhäuser erreichbar sind und dass auf der anderen Seite die Krankenhäuser auch die Qualität bringen, die die heutige moderne Medizin uns ermöglicht. – Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von der CDU und der FDP)

Vizepräsident Oliver Keymis: Danke schön, Herr Minister Laumann. – Jetzt spricht noch einmal für die SPD-Fraktion Herr Kollege Neumann.

Josef Neumann^{*)} (SPD): Sehr geehrter Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Gesundheit ist das höchste Gut, das jeder Mensch hat. Unsere Krankenhäuser sind im Krankheitsfall das Herzstück unserer Gesundheitsversorgung.

Die Reform der Krankenhauslandschaft in unserem Land bedarf deshalb eines transparenten und breiten Beteiligungsprozesses. Dazu gehören nicht nur die Beteiligten wie zum Beispiel Krankenhausträger, Krankenkassen, Ärzte und andere; dazu gehören aus meiner Sicht auch Betroffene, nämlich Bürgerinnen und Bürger als Patientinnen und Patienten, und dazu gehören aus meiner Sicht auch die Kommunen, in deren Einzugsgebieten sich diese Krankenhäuser in der Regel befinden.

Kollegin Schneider, ja, 1 Milliarde Euro sind in diesen Bereich geflossen. Da müssen Sie nur noch erwähnen, dass dieses Geld zum Großteil aus dem Rettungsschirm stammt – 750 Millionen Euro –, damit man nicht den Eindruck erweckt, da hätte einer gerade großzügig die 1 Milliarde Euro bereitgestellt.

Kollegin Schneider, zu Ihrer Anmerkung, es habe doch die breiteste Anhörung überhaupt gegeben, ist Folgendes zu sagen: Bei einem Gesetzesvorhaben, das zu den wichtigsten Reformen im Gesundheitsbereich des Landes Nordrhein-Westfalen gehört, kann die Anhörung im Landtag doch nicht das Einzige sein, von dem Sie sagen, da habe es eine Beteiligung gegeben. Hätte die Landesregierung den Gesetzentwurf selber eingebracht und hätte es vorher eine breit gefächerte Verbändeanhörung gegeben, hätten wir einen völlig anderen Prozess gehabt.

Das ist durch das hier gewählte Vorgehen aber nicht geschehen. Sie haben letztendlich eine der wichtigsten Hürden bei so einem wichtigen Projekt, nämlich einem Projekt mit dem Ziel, einen breiten Konsens und Dialog herzustellen, verspielt, indem nicht die Landesregierung, sondern die zwei regierungstragenden Fraktionen hier diesen Gesetzentwurf eingebracht haben. Das ist ein Kritikpunkt, den Sie sich durchaus anhören müssen.

Frau Kollegin Gebhard hat schon gesagt, dass es in der Anhörung genügend Hinweise von unterschiedlichsten Strukturen gab, die noch einmal Veränderungen im Gesetzentwurf angemahnt haben. Ich erspare mir, das zu wiederholen, und nenne hier stellvertretend für viele andere die Ärztekammer.

Die Krankenhäuser sind aber mehr als nur eine Einrichtung, zu der man geht, wenn man krank ist und gesund werden muss. Krankenhäuser sind regional ganz wichtige Standortfaktoren. Sie sind große Arbeitgeber. Sie bieten massenweise Ausbildungs-

plätze. Sie sind vor Ort in dem jeweiligen Stadtteil ein Bereich der innovativen Entwicklung und letztendlich auch der Stadtteilsicherung.

Ich finde, das sind Aspekte – schließlich geht es bei dieser Krankenhausreform um eine der größten Reformen in Nordrhein-Westfalen –, die in die Beteiligung und in einen transparenten Prozess hineingehören. Und das ist einfach nicht passiert.

(Beifall von Heike Gebhard [SPD] und Angela Lück [SPD])

Der Minister lässt seit einem Jahr einen verwaltungstechnischen Krankenhausausschuss – das ist kein Parlamentsausschuss, sondern ein verwaltungstechnischer Ausschuss – hinter verschlossenen Türen planen und vorbereiten. Dabei beraten wir erst heute, und Sie werden erst heute dieses Gesetz mit Mehrheit beschließen.

Ich frage mich, auf welcher Grundlage seit einem Jahr hinter verschlossenen Türen beraten wird. Ist es so, dass man erst vor vollendete Tatsachen gestellt wird? Wird gesagt: Wir haben alles schon vorbereitet und müssen es eigentlich nur noch beschließen; dann ist das Thema beendet?

Das wird bei einer der größten Reformen im Gesundheitswesen in unserem Lande, die hiermit auf den Weg gebracht wird, zu einem Bumerang. Sie werden feststellen, dass viele vor Ort das nicht akzeptieren werden.

Sie werden feststellen, dass diese Reform aufgrund dieser mangelnden Dialog-, Beteiligungs- und Konsensbereitschaft bereits gescheitert ist, bevor sie überhaupt gestartet ist. Das wäre eigentlich schade, denn dass wir eine Veränderung, dass wir Reformen brauchen, streitet niemand ab. Diese Art und Weise wird für Sie aber zu einem politischen Bumerang. – Vielen Dank.

(Beifall von der SPD)

Präsident André Kuper: Vielen Dank, Herr Kollege. – Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen mehr vor. Daher schließe ich die Aussprache.

Wir kommen zur Abstimmung. Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales empfiehlt in der Drucksache 17/12576, den Gesetzentwurf Drucksache 17/11162 anzunehmen. Wir kommen somit zur Abstimmung über den Gesetzentwurf selbst und nicht über die Beschlussempfehlung. Wer möchte zustimmen? – Das sind CDU, FDP, AfD und der fraktionslose Abgeordnete Nepe. Wer ist dagegen? – Das ist die SPD. Wer enthält sich? – Das sind die Grünen. Damit ist der **Gesetzentwurf Drucksache 17/11162** wie gerade festgestellt **angenommen und verabschiedet**.

Ich rufe auf: