



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

130. Sitzung (öffentlich)

1. Dezember 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

16:05 Uhr bis 18:15 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Thilo Rörtgen

Verhandlungspunkt:

**Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das
Land Nordrhein-Westfalen**

3

Vorlage 17/5764

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich begrüße sowohl die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales als auch die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung und natürlich ganz besonders die Herren Sachverständigen. Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme, insbesondere da wir kurzfristig durch die Sondersitzung des Plenums die Anhörung zeitlich verschieben mussten. Wir finden das prima, dass das so geklappt hat und wir nicht gezwungen sind, einen erneuten Termin zu finden. Ich darf natürlich auch die Zuhörerinnen und Zuhörer, Medienvertreter, Gäste und besonders unseren Sitzungsdokumentarischen Dienst begrüßen. Ich danke Ihnen. Damit ist sichergestellt, dass wir auch von dieser Anhörung – das ist für uns heute schon die zweite – ein Wortprotokoll erhalten und dann auch die Anhörung ordentlich auswerten können.

Die Einladung zu dieser heutigen Sitzung ist Ihnen mit der 17/2119 im Neudruck bekanntgegeben worden.

Ich eröffne somit die Anhörung.

Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das Land Nordrhein-Westfalen

Vorlage 17/5764

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzende Heike Gebhard: Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat am 29. September beschlossen, zu dieser Vorlage eine Anhörung durchzuführen.

(Es folgen organisatorische Hinweise.)

Das war genug der Vorworte. Ich darf die Kollegen bitten, sich zu melden. – Der Kollege Preuß macht den Anfang.

Peter Preuß (CDU): Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Vielen Dank namens der CDU-Fraktion für die eingegangenen Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute sind, um noch ausstehende Fragen zu beantworten. Wir haben ja schon mehrfach Anhörungen zum Thema „Krankenhausplanung“ aus verschiedenen Anlässen gehabt, und es liegen ja schon eine ganze Menge Informationen vor.

Ich will mit meiner ersten Frage den Blick etwas erweitern. Wir reden immer über Krankenhausplanung. Genauer sprechen wir ja über Versorgung, über Versorgungsstrukturen, in denen eine bestmögliche medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgen soll. Wenn ich mich zurückerinnere an die letzten 10, 15 Jahren, auf jedem Gesundheitskongress, an dem ich teilgenommen habe, war immer von der sektorübergreifenden Versorgung die Rede. Es würde mich an dieser Stelle mal interessieren, welche Bedeutung die sektorübergreifende Versorgung mit Blick auf den Krankenhausplan – da reden wir ja über die stationäre Versorgung – hat. Da hätte ich gerne

Herrn Professor Dr. Handschel, Herrn Ruiss, Herrn Dr. Loeser und Herrn Wilde gefragt.

Eine zweite Frage, die sich wiederum mit dem Krankenhausrahmenplan beschäftigt, ist: Wenn alles so verwirklicht wird, wie man sich das vorstellt, bedeutet das auch, dass sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessert, oder welche finanziellen Auswirkungen hätte die Krankenhausplanung? Diese Frage geht an Herrn Dr. Loeser, an die Krankenhausgesellschaft und Herrn Ruiss.

Vorsitzender Heike Gebhard: Danke schön. – Dann folgt der Kollege Neumann.

Josef Neumann (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Auch seitens der SPD-Fraktion herzlichen Dank allen Expertinnen und Experten, die ihre umfangreichen Stellungnahmen abgegeben haben, die sehr substantiell sind und aus denen man sehr vieles herauslesen kann. Nichtsdestotrotz gibt es noch die eine oder andere Frage.

Ich habe zunächst eine Frage an alle Beteiligten. Wir wissen alle, wie wichtig die klinische Versorgung insgesamt, aber auch insbesondere in den ländlichen Regionen ist. In Ihren Stellungnahmen weisen Sie darauf hin, dass der neue Krankenhausplan Schließungen von Abteilungen oder ganzen Standorten bewirken könne. Deswegen möchte ich Sie fragen, wie hoch Sie die Gefahr einschätzen, dass es diese Krankenhausschließungen oder Abteilungsschließungen geben kann, und zwar insbesondere im ländlichen Raum.

Dann gibt es einzelne Stellungnahmen, die auf einzelne Themen eingehen. Ich will einen zweiten Schwerpunkt aufmachen. Es geht um die Frage, die auch hier mehrfach beschrieben wird, nämlich die der DRG-Systematik. Hier ist es so, dass die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für Alle!“, Sana Kliniken und Curacon das bisherige DRG-System scharf kritisieren. Hier ist meine Frage genau an die Institutionen, wie aus ihrer Sicht im Rahmen dieser Krankenhausplanung das Thema angepackt werden kann, damit es im Sinne der Versorgung und im Sinne der Krankenhäuser funktioniert.

Die Ärztekammer Niederrhein – das Gleiche gilt zum Teil für Westfalen-Lippe – schreibt, dass es sich bei der Neuaufstellung des Krankenhausplanes um ein schnelles Verfahren handelt und noch nicht alle Ziele abschließend erreicht sind. Mich würde hier interessieren, welche Ziele darunter zu verstehen sind und wie diese Ziele erreicht werden können.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Dann folgt der Kollege Matheisen.

Rainer Matheisen (FDP): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. – Herzlichen Dank auch vonseiten der FDP-Landtagsfraktion für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie sich heute Zeit für unsere Frage nehmen.

Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Dr. Loeser, Herrn Wilde und Herrn Engler. In der Stellungnahme der Krankenkassen wird ausgeführt, dass in Nordrhein-Westfalen prinzipiell gute Voraussetzungen für eine exzellente Krankenhausversorgung vorliegen

und diese Chancen noch umfassender genutzt werden sollten. Könnten Sie, Dr. Loeser, Herr Wilde, Herr Engler, dies bitte einmal konkret erläutern und aus Ihrer Sicht bewerten. Wie könnten die neuen Rahmenvorgaben für die Planung dabei helfen?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Brink, Herrn Dr. Loeser und Herrn Engler. Wie werden sich aus Ihrer Sicht die neuen Rahmenvorgaben auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern für die Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen auswirken?

Und in dem Zusammenhang: Wie bewerten Sie die in den Koalitionsvertrag der Ampel in Berlin aufgenommenen Ziele einer auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden Planung, die sich auch an Kriterien wie der Erreichbarkeit orientiert? Könnte NRW hier zum Vorbild bei der Umsetzung dieser Ziele werden?

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Bevor ich dem Kollegen Mostofizadeh das Wort gebe, ist mir aufgefallen, dass ich das kenntlich machen sollte. Herr Brink ist leider erkrankt. Die Krankenhausgesellschaft ist aber mit Herrn Blum und Herrn Dr. May vertreten. Die werden sicherlich die Frage für Herrn Brink beantworten.

Darüber hinaus möchte ich noch darüber informieren, weil vorhin eine Frage an alle ging: Herr Morell wird sich vermutlich erst ab 17:00 Uhr zuschalten können. Infolgedessen bitte ich um Verständnis, die Fragen aufzusparen, die gezielt an ihn gehen.

Jetzt hat der Kollege Mostofizadeh das Wort.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Vielen Dank auch von der grünen Fraktion für die eingegangenen Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute hier sind.

Ich möchte gerne die Gelegenheit nutzen, offene Fragen zu klären, die uns in den letzten Tagen aufgrund der Lektüre gekommen sind. Ich würde gerne anfangen wollen mit dem Thema, das im Krankenhausplan verankert ist, dass es nicht nur die Diskussion um Fallgruppen und Fachgruppen gibt, sondern dass an jedem Standort die Voraussetzungen erfüllt sein sollen. So habe ich das verstanden. Das würde natürlich die Frage aufwerfen, was das für Kooperationen heißt. Wie ist „Standort“ definiert, und wie ist das zu verstehen? Ich glaube, die Frage ist deutlich geworden. Die Frage stelle ich an die Krankenhausgesellschaft, an die AOK, den vdek und Herrn Engler. Sonst kann ja jeder gucken, wenn er was dazu beitragen kann.

(Heiterkeit)

– Es ist immer schwierig, die Leute auszusortieren. Sonst dauert die Veranstaltung sehr lange. Aber dazu sind alle fit genug, das für sich zu entscheiden.

Zweitens. Die Krankenhausgesellschaft hat in dem Prozess – der ist ja einvernehmlich verlaufen, wie wir das verstanden haben – auch gefordert, dass zur Umsetzung des Prozesses 200 Millionen Euro als Verpflichtungsermächtigung in den Haushalt für NRW auszubringen sind, damit diese Maßnahmen umgesetzt werden können. Da stellt sich für mich die Frage, was passieren würde, wenn diese Summe nicht zur Verfügung steht. Wie sinnvoll wäre dann die Umsetzung zu machen? Da frage ich selbstverständlich die Krankenhausgesellschaft, auch den vdek, aber auch das RWI – ach

so, die sind nicht da; Herr Morell ist auch noch nicht da –, Herrn Professor Gries, Herrn Engler und Herrn Wilde.

Was mich auch interessieren würde, Stichwort „Umsetzung“: Die kommunalen Spitzenverbände sind leider nicht da. Das Ganze soll ja in Planungsprozessen passieren. Da können auch die Gebietskörperschaften einbezogen werden. Da würde ich gerne von Ihnen wissen wollen, was Sie für Anforderungen an diesen Prozess stellen, wie Sie glauben, wie das umgesetzt werden kann, oder worauf wir zu achten hätten. Ich würde das gerne vor zwei Fragestellungen machen wollen. Wir haben ja einige Erfahrungen jetzt gemacht, dass zum Beispiel der soziale Faktor, also der Faktor des Einzugsgebietes, bisher keine Rolle in den Überlegungen gespielt hat, was die soziodemografische Zusammensetzung und viele andere Faktoren anbetrifft. Das haben ja auch gerade einige bemängelt, auch von Gewerkschaftsseite und anderer Seite. Glauben Sie, dass man einen solchen Faktor hier einbauen kann und dass das in den Planungsprozessen eine Rolle spielen könnte. Da würde ich gerne die Krankenhausgesellschaft, den vdek, die AOK und die Ärztekammern und auch die Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser“ um Auskunft bitten.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke. – Sie haben eine Menge Stoff gekriegt. Wir starten mit der Krankenhausgesellschaft. Herr Blum, Sie haben das Wort.

Matthias Blum (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Ganz herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren Abgeordnete, dass wir heute hier eingeladen worden sind.

Vonseiten der CDU hatten wir, glaube ich, keine Frage.

Vonseiten der SPD war die Frage, inwieweit sich die Versorgung ändern würde im Hinblick auf die neue Krankenhausplanung, was die Schließungen betrifft – wenn ich das richtig in Erinnerung habe, war das die Frage –, und inwieweit es möglicherweise zu Schließungen im ländlichen Raum käme.

Zunächst einmal ist es schwierig, eine Prognose zu treffen, weil das bleibt ja dem regionalen Planungsverfahren vorbehalten. Wir haben ja jetzt hier die Rahmenvorgaben. Der Krankenhausplan ist ja nichts anderes als die Rahmenvorgaben, die über die regionalen Planungsverfahren umgesetzt werden. Wir haben von vornherein auch von unserer Seite gesagt, es ist nicht ausgeschlossen, dass auch ganze Häuser oder Abteilungen geschlossen werden. Das ist jeweils ein mögliches Ergebnis. Das lässt sich nicht ausschließen. Das ist jeweils regional zu betrachten. Dass es im ländlichen Raum zu vielen Schließungen von ganzen Häusern kommt, würde wir eher für unwahrscheinlich halten, auch vor dem Hintergrund, dass letztendlich die Versorgung gesichert sein muss, auch im Hinblick auf die Erreichbarkeit.

Damit komme ich zur Frage der FDP – da kann man ganz gut überleiten – bezüglich der Erreichbarkeit. Wie wird sich da die Krankenhausplanung auswirken? Wenn man sich überlegt, dass neun von zehn Patienten innerhalb von 20 Minuten ein solches Krankenhaus erreichen sollen, dann kann man natürlich nicht von der Hand weisen, dass der eine oder andere einen etwas weiteren Weg zurücklegen wird, aber das Gros

der Bürgerinnen und Bürger in NRW wird innerhalb von 20 Minuten ein Krankenhaus der Grundversorgung erreichen können. Von daher glauben wir – da waren wir uns auch alle einig; wir haben ja am 15.09. gegenüber dem Ministerium das Einverständnis mit allen Partnern gemeinsam erklärt –, dass das etwas ist, was wir für nachvollziehbar und auch vernünftig halten und auch für die Bürger als zumutbar ansehen, dass damit die Versorgung nicht verschlechtert wird.

Dann die Frage hinsichtlich der Ampel: Wir haben auch etwas geschmunzelt an der Stelle, denn wir hatten ein gewisses Déjà-vu, dass die Ampel das abgebildet hat, jedenfalls nach unserer Wahrnehmung, was wir in NRW schon in den Rahmenvorgaben stehen haben. Dann konkret zu der Frage, ob das ein Vorbild sein kann: Ich könnte mir vorstellen, dass die Ampel-Koalitionäre das kennen, was wir hier in NRW gemacht haben und sich möglicherweise daran orientiert haben. Das ist aber nur eine Vermutung, aber ich denke, es spricht einiges dafür.

Herr Mostofizadeh, zu Ihren Fragen. Einmal das Thema „Standort“: Ja, das ist so. Das entspricht aber auch dem gängigen Prozedere, dass die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppen an jedem Standort erbracht werden müssen. Es gibt aber durchaus auch Kooperationsmöglichkeiten. Das ist ja in den Mindestvoraussetzungen entsprechend ausgeführt. Vor diesem Hintergrund ist es aber absolut Usus, geltendes Recht von der Bundesebene, dass diese Qualitätsvoraussetzungen immer dann auch standortbezogen auszuführen und vorzuhalten sind.

Die Frage, was passiert, wenn diese 200 Millionen als Verpflichtungsermächtigung im Haushalt nicht kommen: Dieser Plan ist ein Plan. Für die Umsetzung – das haben wir immer von vornherein gesagt – ... Ich kann nicht nur mit einem Bauplan ein Haus umbauen. Das ist einfach nicht möglich. Der ist die absolute Grundlage dafür, aber für die Umsetzung bedarf es finanzieller Mittel, und zwar zusätzlich zu den regelhaft erforderlichen Investitionsmitteln. Wir haben auch den Eindruck, dass das in der Politik angekommen ist, dass das eigentlich eine Selbstverständlichkeit ist. Umso mehr waren wir natürlich etwas erstaunt, dass man diesen Teil noch nicht im Haushaltsgesetz wiederfindet. Denn man muss eines sagen: Wenn die Krankenhäuser faktisch in Vorleistung gehen, und das tun sie in dem Moment, wo man letztendlich diese regionalen Planungsverfahren nach diesem Plan macht und die Häuser alle mitziehen und da auch alle sagen, wir wollen konstruktiv an der Sache mitwirken, dann müsste noch dieses Geld in den Plan eingestellt werden. Das ist aus unserer Sicht unumgänglich. Das muss sein. Wir erwarten auch, dass das entsprechend passiert, weil ansonsten wird es voraussichtlich schwer, einen solchen Plan umzusetzen.

Sozialer Faktor, die soziodemografischen Faktoren: Die Demografie ist ja berücksichtigt worden im Rahmen des Plans. Auch die Ambulantisierung ist entsprechend berücksichtigt worden. Wenn Sie die soziodemografischen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Alter, Adipositas, Rauchen und alles, was dazu gehört, ..., dann ist das etwas, was auch im Plan zumindest qualitativ berücksichtigt worden ist. Dass das in den regionalen Planungsverfahren eine Rolle spielen wird, davon gehe ich eigentlich aus, dass das auch die Parteien sehen und sich dieser Sache annehmen. Konkret im Plan, dass ich Ihnen jetzt die Seite aufschlagen könnte – ich habe ihn extra mitgebracht –, könnte ich Ihnen im Moment auch nicht sagen. Ich gehe aber davon aus, dass es durchaus

auch eine Rolle spielt, auch aufgrund der Erfahrungen, die man in der Vergangenheit mit solchen Planungsverfahren gemacht hat. Vor diesem Hintergrund glaube ich, dass man sehr sensibel damit umgehen wird. Das ist ja auch die Zusage unseres Ministeriums gewesen, dass man gesagt hat, man geht das durchaus sensibel und mit Maß und Mitte und auch sehr transparent an. Das heißt, man nimmt die Kommunen mit. Um ein solches komplett neues Verfahren erfolgreich durchzuführen, müssen alle an einen Tisch, weil es ist in einigen Bereichen ein nicht leichter Prozess, auch für die jeweiligen Städten und Gemeinden, die gegebenenfalls Krankenhäuser verlieren. Wir glauben aber, dass das gemeinsam geht, wenn man es so macht wie beschrieben, also fair, offen, transparent, mit Maß und Mitte, was dafür angewandt werden muss. Vor diesem Hintergrund glauben wir, dass man auch den von Ihnen genannten Faktoren Bedeutung beimessen wird.

Ich hoffe, ich habe alle Fragen beantwortet.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Dann machen wir weiter mit den Ärztekammern. Herr Henke, bitte schön.

Rudolf Henke (Ärztchammer Nordrhein): Herr Neumann, Sie haben die Frage gestellt, wie das mit der Versorgung in den ländlichen Regionen ist. Wir haben ja die Ankündigung, dass es in NRW dabei bleiben soll, dass für mindestens 90 % der Einwohner ein Krankenhaus innerhalb von 20 Autominuten erreichbar ist. Wenn wir das so anwenden und das auch bei unterschiedlichen Witterungsverhältnissen, dann ist der ländliche Raum nicht benachteiligt, aber das ist natürlich eine Voraussetzung, die sich erst in der regionalen Planung umsetzt und die man erst anhand des Ergebnisses der regionalen Planung nachvollziehen kann. Ich glaube, das geht auch gar nicht anders. Damit ist auch beschrieben, an was wir denken, wenn wir sagen, dass wir die schnelle Umsetzung innerhalb der kurzen Zeit seit der Gesetzesänderung begrüßen, aber das bedingt natürlich, dass in der Umsetzung noch nicht alle Ziele abschließend erreicht worden sind. Ich würde hinzufügen: erreicht sein können. Das ist klar. Da wird dann die Wahrheit in der regionalen Krankenhausplanung liegen.

Die Gefahr für Schließungen in ländlichen Räumen wird sich durch diesen Plan unseres Erachtens nicht erhöhen. Wir haben ja durch die wirtschaftlichen Prozesse, die wir kennen, einen beständigen Rückgang an Krankenhauskapazitäten. Das ist ja der einzige Bereich der gesundheitlichen Versorgung, in dem wir überhaupt einen beträchtlichen und nennenswerten Rückgang an Kapazitäten über die Jahrzehnte hinweg haben. Überall sonst wachsen die Kapazitäten auf. Natürlich geht das ein Teil einher mit der in den Gutachten, aber auch in dem Plan angesprochenen Tendenz zur Ambulantisierung. Jetzt hängt das natürlich sehr von der Frage ab: Ambulantisieren Sie nur in der Gestalt, dass stationäre Kapazität in den ambulanten vertragsärztlichen Bereich wandert, oder treffen Sie eine Entscheidung, dass Ambulantisierung auch heißt, dass bisher ausschließlich stationär tätige Einheiten in Zukunft ihrerseits auch ambulant tätig werden können? Dann würden Sie zum Beispiel eine sehr viel stärkere Ambulantisierung zulasten des stationären bettenführenden Bereichs auslösen. Das ist aber nicht in der Hand der Planungsbehörden, das zu entscheiden, sondern das ist ja ein

Ergebnis der weiteren Krankenhauspolitik und der weiteren Krankenhausfinanzierungspolitik und der Zuordnung von Aufgaben zu bestimmten Bereichen.

Zur DRG-Systematik, Herr Neumann, hatten Sie gefragt: Wie kann das Thema angepackt werden? Natürlich sind wir in den Kammern der Meinung, dass die ausschließliche Finanzierung von Krankenhausleistungen über das DRG-System überholt ist. Es gibt sie auch nicht mehr, weil wir ja die Pflegeleistungen inzwischen tutto completo ausgegliedert haben. Das führt jetzt dazu, dass Kritiker, und wir gehören dazu, sagen, dann wird das, was wir in der Pflege nicht mehr als Druck aus dem DRG-System erleben, als Motivation bei anderen Berufsgruppen abgeladen. Und weil wir ja die Ärztekammern sind, sagen wir, es wird bei unseren Kolleginnen und Kollegen abgeladen. Und es ist zum Teil sehr intensiv zu spüren. Das bringt uns zu der Vorstellung, aber die kann die Krankenhausplanung nicht lösen, dass man im Finanzierungsrecht der Krankenhäuser dazukommen müsste, auch die Ärzte und möglicherweise andere Personalgruppen aus dem DRG-System auszugliedern.

Wir sind keine Fans des DRG-Systems mehr, weil wir gesehen haben, dass das DRG-System viele wirtschaftliche Anreize an Stellen setzt, an denen wir uns medizinische Rationalität wünschen und keine ökonomische Rationalität. Wir wissen aber natürlich auch, dass keiner eine Struktur aufrechterhalten kann, die nicht finanziert wird. Damit sind wir bei der Frage, wie man vermeiden kann, dass es einen solchen Anreiz gibt. – Beispielsweise dadurch, dass wir eine klare, verbindliche, verlässliche Vorhaltefinanzierung einfügen. Die könnte man auch nach Stufen geordnet gliedern. Aber wir brauchen für vorgehaltene Kapazitäten, die nicht immer benötigt werden, eine Vorhaltefinanzierung, weil keiner eine Struktur aufrechterhalten kann für Gottes Lohn. Selbst die Heiligen können das nur, wenn sie irgendwo noch einen Sack Geld stehen haben, den sie dafür einsetzen können. Aber die anderen müssen dafür Einnahmen erzielen. Eine Feuerwehr, die keine Vorhaltefinanzierung erhalten würde für ihre Rettungsstellen, würde Gefahr laufen, dass sie dann im Grunde genommen jeden Zigarettenbrand als löschbedürftig identifizieren müsste, um damit eine Vergütung des zu löschenden Brandes auszulösen. Das ist halt das, was das DRG-System an Fehlsteuerung auslöst. Also, wie kann das Thema angepackt werden? – Indem wir in der Krankenhausfinanzierung zu einem anderen Weg kommen.

Die 200-Millionen-Investitionsmittel sind ja schon angesprochen worden. Wir müssen jetzt über deren Höhe nicht resonieren. Das wäre ja schon mal richtig was. Ohne das wird es nicht gehen. Wenn Sie die nicht haben, werden Sie die ganzen Ziele verfehlen nach unserer Einschätzung.

Zu dem Thema, was noch offen ist: Die Regionalität ist offen. Dann haben wir natürlich – das ist auch eine kurze Bemerkung an Herrn Mostofizadeh – wahrscheinlich bei der Geschwindigkeit an der einen oder anderen Stelle eine Debatte darüber zu führen, ob alles, was in den Auswahlkriterien steht, in gleicher Weise der Weisheit letzter Schluss ist. Wir haben zum Beispiel für die Urologie roboterbasierte Ausrüstung, also diese berühmten da-Vinci-Roboter, da drinstehen als ein Unterscheidungsmerkmal, wenn man sich entscheiden muss, wer die Urologie kriegt und wer nicht. Das sind sehr aufwendige Investitionen. Mir leuchtet das schon ein. Ich komme ja allmählich in das Alter, wo vielleicht in zehn Jahren die Prostata unters Messer kommt. Da hätte ich das

vielleicht schon gerne. Aber wenn man das zum Kriterium macht, dann würden natürlich viele gut funktionierende Urologien dem nicht mehr standhalten. Deswegen wird man sich vor Ort sicher solche Einzelfelder ganz genau angucken müssen. Das ist kein Versagen derer, die im Landesausschuss für Krankenhausplanung darauf hingearbeitet haben, sondern es ist einfach der Tatsache geschuldet, dass wir in der Regionalplanung einen zweiten Durchgang haben werden.

Die Gebietskörperschaft: Bei den Gebietskörperschaften haben wir natürlich den Wunsch nach der wohnortnahen Versorgung. Aber wir haben auch den Wunsch, dass die Gebietskörperschaften sich klar darüber sind, dass es natürlich soziale Unterschiede zwischen Bundesländern gibt. Es wird immer gesagt, NRW ist mit Betten überversorgt. Wenn man in die Epidemiologie guckt, dann haben wir in NRW einen durchweg etwas niedrigeren sozioökonomischen Status. Das Einkommen pro Kopf in NRW liegt unter dem Bundesdurchschnitt. Der Anteil der Raucher liegt über dem Bundesdurchschnitt und deutlich über den Werten von Baden-Württemberg und Bayern, die eine geringere Krankenhaushäufigkeit ausweisen als NRW. Nun ist Rauchen ein wesentlicher Risikofaktor für viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Und die altersstandardisierte Krebshäufigkeit für Männer ist in NRW bei 435 auf die berühmten 100.000 Einwohner, in Bayern bei 327, in Baden-Württemberg bei 350, Zahlen von 2016. Wenn wir das bekämpfen könnten, also Armut macht nervös und führt zum Rauchen, Arbeitslosigkeit macht nervös und führt zum Rauchen, dann hätten wir dort eine soziale Großtat getan, weil das nämlich die Krebshäufigkeit reduzieren würde. Und dass eine um 30 % höhere Krebshäufigkeit auch eine höhere Krankenhaushäufigkeit nach sich zieht, ist, glaube ich, unmittelbar einsichtig.

Der Ort, an dem alle die Gedanken formuliert werden können, ist die kommunale Krankenhauskonferenz, die wir ja in jeder Gemeinde haben und für die wir Kammern jederzeit gerne als Gesprächspartner zur Verfügung stehen, so, wie wir es auf der Landeskrankenhausplanungsebene auch tun.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann kann Herr Dr. Gehle gleich anschließen.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztammer Westfalen-Lippe): Viel Wesentliches ist schon gesagt worden, und ich möchte das auch gar nicht alles wiederholen.

Zum demografischen Faktor: Natürlich muss es Bedarfsanalysen geben. Das ist ja gerade ausgeführt worden. Wenn ich unsere Montanregion, das Ruhrgebiet, nehme, in der ich wohne und lebe, glaube ich, dann haben wir auch noch mit der Montanbevölkerung Besonderheiten, die man berücksichtigen muss, aber aus unserer Sicht auch berücksichtigen kann.

Was die Frage nach der Standortdefinition angeht: Es gibt an vielen Ecken des Krankenhausplanes die Möglichkeit, dass diese Standortdefinition, die ja über die Bundesebene erfolgt, durch Kooperationen ersetzt wird. Auch das schätzen wir als Kammer Westfalen-Lippe gerade im ländlichen Westfalen sehr. Aber natürlich wäre uns viel lieber, man würde für diese Standortdefinition, die ja sozusagen auf Bundesebene sehr eng gefasst ist und ja auch bei uns im Land teilweise zu Verwirrungen – ich denke an

die Brustzentren – führt, auf Bundesebene mehr tun, dass sie gegebenenfalls neu aufgesetzt wird und man neu darüber nachdenkt.

Wo wir als Kammer Westfalen-Lippe ein wenig mehr Druck lieber gehabt hätten, das wäre die Frage von trägerübergreifenden Kooperationen. Gerade in den Ballungsgebieten der Städte ist es ja so, dass wir viele Träger nebeneinander haben und sich manchmal die eine Krankenhauskette – jetzt muss ich mal in Richtung der Krankenhausesellschaft gucken – auf der eine Autobahnseite und auf der anderen Seite die andere Krankenhauskette befindet und Träger, die in einer Region vor Ort miteinander arbeiten sollten, nicht miteinander arbeiten. Nichtsdestotrotz glauben wir, dass das in diese Richtung gehen wird, aber da wäre uns ein wenig mehr Druck sicherlich lieber gewesen.

Das Thema „Daseinsfürsorge“ ist ja schon angesprochen worden. Ich möchte daran erinnern, dass auch wir als Kammern, beide, schon öfters darauf hingewiesen haben, dass wir eine gewisse Reservekapazität brauchen. Wir kriegen das ja gerade tagesaktuell mit. So was muss eingeplant sei. Die Krankenkassen zahlen die Leistungen, die erbracht werden, aber wenn ich da ein Bett stehen habe, um sozusagen einen Infektionsbereich zu haben in jedem Krankenhaus, was es ja nicht gibt, das ist bisher nicht ausfinanziert, und darüber muss man reden.

Über die Bundesebene haben wir gesprochen, dass es sicherlich Regelungen geben wird, die man auf Bundesebene klar diskutieren muss, damit dieser Krankenhausplan Wirkung schaffen kann. Ich glaube, das ist im Interesse aller Beteiligten. Da gibt es die eine oder andere Definition oder auch die Vorgabe vom Gemeinsamen Bundesausschuss, die uns dazu zwingen, Dinge zu tun in den Krankenhäusern, die wir eigentlich gar nicht wollen.

Das Thema „sektorübergreifend“: Auch das muss man in beide Richtungen sehen. Das hat ja Rudolf Henke gerade schon gesagt.

Dann das Thema der ländlichen Kliniken. Da würde ich gerne aus dem vorliegenden Plan zitieren. Es ist ja sogar so, wenn es zwei Krankenhäuser gibt und nur ein Krankenhaus sozusagen einen Leistungsbereich für die ländliche Region darstellen kann, dann ist das eine Garantie für dieses Krankenhaus, im Versorgungsplan zu bleiben. Gerade in den ländlichen Regionen glauben wir, dass es zum Teil sogar einen Aufwuchs an entsprechenden Abteilungen geben muss, um das Versorgungsversprechen der 90 % in 20 Minuten aufrechtzuerhalten.

Von daher sagen wir in Gänze: Natürlich kann man das eine oder andere verbessern. Es ist natürlich klar, dass man immer etwas mehr tun kann. Aber ich glaube, wir sind im Entwicklungsprozess. Das wäre aus unserer Sicht ein erster Schritt in die richtige Richtung, mit dem man dann umgehen kann.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann kommen wir jetzt zur Klinik am Kaiserteich, zu Herrn Professor Dr. Handschel.

Prof. Dr. Dr. Jörg Handschel (Klinik am Kaiserteich): Ganz herzlichen Dank für die Einladung.

Herr Preuß sprach die Bedeutung der sektorübergreifenden Versorgung an für die Behandlung von Patienten. Ich glaube, wenn man mal in seinen eigenen Familienkreis guckt, wenn man ältere Patienten hat im Familienkreis, dann hat man häufig die Erfahrung gemacht, dass diese sektorübergreifende Behandlung richtig schwierig ist. Der Weg vom ambulanten Sektor, vom Arzt, ins Krankenhaus ist mitunter sehr steinig, und dann auch der Weg zurück von der stationären Behandlung in die poststationäre Behandlung läuft in vielen Fällen auch nicht so richtig rund.

Wir haben zudem Gott sei Dank eine Verschiebung durch den medizinischen Fortschritt der Behandlungsverfahren. Wir haben auf der einen Seite eine zunehmende Ambulantisierung der Behandlungen, was für alle Beteiligten vorteilhaft ist, wir haben aber auch durch neue Behandlungsmethoden oder modernere Behandlungsverfahren die Möglichkeit, Patienten, die wir vorher vielleicht nicht behandeln konnten, jetzt stationär behandeln zu können. Auch aufgrund der demografischen Entwicklung haben wir hier sicherlich Verschiebungen, die dem klassischen Spektrum „nur stationär und ambulant“ wahrscheinlich nicht gerecht werden.

Das aktuelle System ist aber hier noch sehr starr. Auch auf dem letzten Krankenhaustag wurde noch beklagt, dass der ambulante Sektor, also die niedergelassenen Ärzte, und auf der anderen Seite die stationären Leistungserbringer in einem rechtlichen und ökonomischen Korsett sind und dass die Durchlässigkeit sehr schwierig ist. Der Gesetzgeber hat das im Prinzip schon vor über 30 Jahren erkannt und hat 1989 zum ersten Mal versucht, diese Sektorgrenzen ein wenig zu sprengen. Damals gab es zum ersten Mal die Möglichkeit für die Krankenhäuser, auch ambulante Leistungen zu erbringen. Aber das Ganze war doch recht einseitig. Wir haben dieses Thema eigentlich immer noch auf dem Schirm. Das ist immer noch nicht so ausgestaltet, dass der Übergang von ambulant zu stationär und wieder zurück für den Patienten, für die Behandlungsqualität ausreichend leicht, einfach und durchschaubar ist.

Wenn ich mir den Krankenhausplan anschau und sehe, dass die Autoren ganz bewusst – das gilt, wenn ich meine Expertenkollegen hier höre, für viele Bereiche – diesen Krankenhausplan explizit als lernendes System begreifen, dann gehört aus meiner Sicht zu einem lernenden System, dass ich die Möglichkeit schaffe, Sachen auszuprobieren, also innovative Behandlungsstrukturen oder Versorgungsstrukturen einfach mal im Rahmen von Pilotprojekten auszuprobieren, um diese neuen Formen eventuell als Vorreiter für weitere Strukturveränderungen nehmen zu können. Von daher glaube ich, dass so eine Innovationsklausel, gerade was die sektorübergreifende Versorgung angeht, in diesem Krankenhausplan noch fehlt. Da hoffe ich, dass ich da Gehör finde.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Dann kommen wir zur Curacon. Da ich Herrn Professor Gries nicht sehe, gehe ich davon aus, dass Herr Dr. Skorning, der uns per Video zugeschaltet ist, die Fragen beantworten wird.

Dr. Max Skorning (Jüngerkes und Schlüter Krankenhausberatung [per Video zugeschaltet]): Das mache ich sehr gerne. Ich möchte mich auch bedanken, dass wir hier eingeladen sind, Stellung zu nehmen. Ich hoffe, Sie können mich ausreichend gut hören.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ein bisschen lauter wäre nicht schlecht.

Dr. Max Skorning (Jüngerkes und Schlüter Krankenhausberatung [per Video zugeschaltet]): Ich bemühe mich, etwas lauter zu sprechen.

Herrn Professor Gries darf ich entschuldigen. Der ist aufgrund der Zeitverschiebung nicht mehr greifbar. Ich vertrete die Curacon und die Krankenhausberatung Jüngerkes und Schlüter.

Es sind aus der SPD-Fraktion und aus der Fraktion der Grünen Fragen an uns gestellt worden, die ich konkret beantworten möchte.

Von der SPD kam das Thema: Wie ist das eigentlich mit der Finanzierung dessen, was im Krankenhausplan jetzt umgesetzt soll? Was ist mit den DRGs? Ähnlich wie Vorredner würde ich darauf antworten, dass die Planungen zunächst mal eine medizinische und eine bedarfsgerechte Grundlage ist. Es muss also am Bedarf orientiert sein. Es muss machbar sein, vor allem unter dem Fokus des Personalmangels, der das Thema der Zukunft sein wird, und jetzt ist es auch in der vierten Welle der COVID-Pandemie, in der Intensivmedizin zumindest. Dann muss es letzten Endes auch finanziert werden. Aber das ist erst der letzte Schritt. Wenn die Planung sinnvoll ist, dann wird sie auch finanzierbar sein. Nach allen Erkenntnissen und allen Zielen, die in der Krankenhausplanung sind, dass schädlicher Wettbewerb, dass Fehlversorgung verhindert werden soll und der Bedarf in den Leistungsbereichen im Fokus steht, sollte es auch finanzierbar sein. Dann könnte das Problem im Einzelfall werden in der Region, dass nicht die lange Schiene der Finanzierbarkeit eine Fragestellung aufwirft, sondern möglicherweise Anfangsinvestitionen, weil umgeschichtet werden muss, weil Strukturen angepasst werden müssen. Das ist ein Punkt.

Ansonsten die Vorhaltefinanzierung. Herr Henke hat das eben angesprochen. Natürlich gibt es Häuser, die sich nicht über hochspezialisierte, hochelektive Leistungen werden finanzieren können, die aber trotzdem vor Ort notwendig sind und eine Vorhaltefinanzierung brauchen. Das Thema „Ambulantisierung“ mit den Hybrid-DRGs, die ja im Ampel-Koalitionsvertrag genannt werden, sind da vielleicht ein zusätzlicher Anknüpfungspunkt auch für die Landesebene,

Dann wurden wir aus der grünen Fraktion gefragt, was die Anforderungen an den Planungsprozess sind. Da ist für uns zum einen die Verbindlichkeit, dass es jetzt klare, verbindliche Bedingungen gibt, und die Geschwindigkeit relevant. Wenn es jetzt eine Hängepartie für einzelne Regionen, einzelne Leistungserbringer gibt, dann wird das, glaube ich, ein Problem, wenn sie nicht wissen, worauf sie sich einrichten können. Da braucht es eine Verbindlichkeit. Ansonsten könnte es auch zu unsinnigen Hochrüstungen kommen, dass Häuser sehen, wir erfüllen fast die Strukturqualitätsvorgaben für einen Leistungsbereich oder eine Leistungsgruppe, dann müssen wir nur noch ein Stück draufsatteln, und bei den Auswahlkriterien hatten wir eh irgendwas vor, noch zusätzlich zu machen, sodass jetzt sogar hochgerüstet wird, um eine Leistungsgruppe erfüllen zu können, und dann kommt man hinterher doch nicht zum Zug. Da ist eine gewisse Verbindlichkeit vonnöten.

Weitere Knackpunkte sicherlich für den Prozess sind zum einen: Wir sind bei Krankenhausplanung, aber was wir brauchen, ist sektorübergreifende Betrachtung, für die es die Rahmenvorgaben in dem Sinne gar nicht gibt auf der Landesebene. Trotzdem muss man damit ansetzen in den regionalen Planungskonferenzen.

Dann sehen wir, dass die tatsächlichen Fälle auf Person und Patient bezogen teilweise quer zu den Leistungsbereichen liegen, weil einzelne komplex Erkrankte aus verschiedenen Leistungsbereichen Versorgungen erhalten werden. Da ist noch ein bisschen unklar, wie damit umzugehen ist.

Die Vorgaben insgesamt liegen vor allem dort, wo nach ICD und OPS diskriminiert wird und detailliert wird. Da reden wir über sehr hochspezialisierte Versorgung. Im Gegensatz dazu findet ja der Großteil, gerade wenn wir uns über Erreichbarkeit unterhalten, eher in der Basisversorgung statt. Da scheint es noch ein bisschen schwierig zu werden, das sinnvoll aufeinander auszurichten. Und die Finanzierung steht dann danach ja auch noch

Das wäre in aller Kürze. Wir hätten auch noch ein paar andere Punkte. Wenn sich die Gelegenheit ergibt, würden wir uns dazu noch melden.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön, Herr Dr. Skorning. – Dann kommen wir jetzt zur Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW“ und zu Herrn Zmrzly.

Thomas Zmrzyl (Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für Alle!“ Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW): Es gab zwei Fragestellungen, insbesondere das DRG-System und die Unterversorgung in ländlichen Regionen. Da zitiere ich einen Satz aus unserer Stellungnahme zum heutigen Termin, weil da ist beides drin:

„Die so wichtigen, regelversorgenden Häuser – insbesondere in ländlichen Gebieten – werden sich im jetzigen Fallpauschalensystem nicht refinanzieren können. Auch eine Modifikation über Ausbildungspauschalen oder kurzfristige Maßnahmen, welche die Finanzierung der Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe auskömmlich ausgestalten werden, lösen die Probleme nicht. Geschlossene Geburtshilfeabteilungen und Pädiatrieabteilungen werden dadurch nicht wiedereröffnet. Auch werden dadurch die bestehenden Fehlanreize des Finanzierungssystems nicht behoben, sie werden nur an einigen Stellen verschoben.“

Ich bin überrascht, und es ist für mich ganz interessant, heute noch mal aus verschiedenen Mündern hier zu hören, wie Sie die aktuelle Situationen definieren und was Sie als weitere Wege vorschlagen. Da ist insbesondere interessant, dass – da freue ich mich – sich die Ärztekammer dafür ausspricht und sagt, das DRG-System kann nicht das System sein, auf dessen Basis quasi Krankenhausplanung in NRW gemacht wird. Aber – das müssen wir sehen, und deswegen kritisieren wir das ganz offen – offensichtlich möchte diese Landesregierung das weiter auf diesem bestehenden System fortführen. Also als Beispiel, was ich ja gerade genannt habe, die geschlossene Abteilung: Wo kommen die dann wieder rein?

Sie haben gefragt, ob die 20 Minuten Erreichbarkeit in ländlichen Regionen gewährleistet sind oder nicht? Das könnte gewährleistet sein, wissen wir aber noch nicht genau, werden wir dann sehen. Da reden Sie dann von einem atmenden System oder lernenden System. Das wissen wir aber heute alles noch nicht.

Also, es sind ganz viele Unbekannte drin, die Sie aber mit – das sage ich jetzt mal vorsichtig – Optimismus wegspielen, ohne dass wir genau wissen, wie das im Konkreten aussehen wird.

Nächster Punkt wäre: Sie tun hier so, als wenn wir hier von einem geschlossenen, einheitlichen System reden. Wir haben hier mit verschiedenen Systemen zu tun. Wir haben öffentliche Träger, wir haben private Träger, wir haben freie gemeinnützige Träger. Die haben alle eigene Interessen. Das ist, glaube ich, im letzten Kommentar von Dr. Max Skorning gekommen. Was wird denn passieren, wenn diese einzelnen Träger für sich entscheiden, Investitionen zu tätigen, die, wie sie glauben, jetzt im Startprozess wichtig sind, so, wie sie das gerade genannt haben? Also, es wird die Fragestellung sein: Sind diejenigen Träger, die jetzt finanziell besser ausgestattet sind von Beginn an, dann die Gewinner in diesem Prozess? Und sind die, die schon seit Jahrzehnten für eine hervorragende Versorgung dastehen – ich habe mir die Erklärung zum heutigen Tag vom Katholischen Krankenhausverband durchgelesen –, diejenigen, die ins Hintertreffen geraten, weil sie vielleicht jetzt nicht die ausreichenden finanziellen Voraussetzungen haben und nicht in der Lage sind, die notwendigen Investitionen zu tätigen? Also, das sind alles Fragen, die sind alle unbeantwortet. Da arbeiten Sie hier mit Prinzip Hoffnung, und das stimmt mich sehr kritisch mit Blick auf das, was noch kommen wird.

Zum Punkt „demokratische Planung“: Hier werden jetzt zwei Begriffe zusammengeworfen, einmal die kommunale Krankenhauskonferenz und dann einmal die regionale Planung. Das eine ist ja eher die Frage: Wie betreibt man Vorsorge? Wie kann man was planen? Da meine ich die kommunale Krankenhauskonferenz. Die hat aber überhaupt keinen Einfluss auf die Frage, welche Krankenhäuser bleiben, welche müssen gehen, wer hat gewonnen, wer hat verloren? All das ist überhaupt nicht klar. Das heißt, Sie beantworten die Frage überhaupt nicht, wen Sie außer die Kostenträger, also in dieser Frage dann die Krankenkassen und die Leistungserbringer, die Krankenhäuser, in Zukunft mit in diese Krankenhausplanung einbeziehen wollen, und zwar relevant, nicht nur als Beratung, nicht nur als Stimme irgendwann mal, die vielleicht kritisch auf eine Unterversorgung blickt. Wie soll denn ganz konkret die Einbeziehung verschiedener Akteure mit nicht nur beratender Stimme funktionieren?

So viel dazu.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Dann kommen wir zu den Sana Kliniken, zu Herrn Engler.

Christian Engler (Sana Kliniken Düsseldorf): Herzlichen Dank für die Einladung. Ich darf die Fragen soweit ergänzen. Vieles ist ja jetzt schon beantwortet worden.

Herr Neumann, DRG-System, grundsätzlich zu der Kritik: Ja, es ist ein schlechtes System, und es ist trotzdem das Beste, das wir vielleicht bisher hatten. Es ist immer schnell gesagt, dass irgendwas überhaupt nicht funktioniert, aber es gab ja auch gute Gründe, warum wir uns von allen anderen Systemen abgekehrt haben, Selbstkostendeckungsprinzip und Ähnliches mehr, weil sie einfach nicht funktioniert haben. Insofern muss man sehr gut darüber nachdenken, wie man das weiterentwickelt.

Spezifisch DRG-System im Krankenhausplan: Hier müssen wir aufpassen, dass wir in den Mehrleistungsanforderungen, die ja in Teilen gestellt werden, kein Auseinanderdriften haben, wo also mehr Anforderungen an NRW-Krankenhäuser gestellt werden, als in der Kalkulation drin sind. Hier oder da bei diesen sich besonders empfehlenden Kriterien war da ja durchaus die Gefahr drin. Ich glaube, darauf wird man Acht geben.

Für die Zukunft: Vielleicht wird das DRG-System ja gar nicht mehr so bedeutend, sondern wesentlich bedeutender wie ambulant und stationär. Auch, Herr Preuß, zu dem, was Sie sagten zu dem Zusammenfließen dieser ewig gedachten sektorübergreifenden Versorgung: Vielleicht schreiten wir nun endlich zur Tat und müssen dort wesentlich mehr miteinander planen, also so, dass die nächste Krankenhausplanung vielleicht gar nicht solitär nur eine Krankenhausplanung ist, sondern eine, die eben ambulante Versorgungsanteile mitplanen muss an der Stelle.

Nach vorne gedacht: Es ist doch klar, die Lebenserwartung geht deutlich weiter hoch. Wir werden alle miteinander – hoffentlich, und das ist ja auch gut so – länger leben, und wir werden uns vielleicht auch mit dem Gedanken anfreunden müssen, dass dieses System einfach in Summe mehr Finanzierung braucht.

Herr Matheisen, Sie fragten zur besseren Qualität und Erreichbarkeit. In Summe ist das gut, was wir da mit der Krankenhausplanung machen. Die Qualität wird vielerorts besser werden durch die Mengen. An anderen Stellen wird sich das beweisen müssen. Wir sollten aufpassen, dass diese Konzentration von Leistungsmengen auf bestimmte Anbieter eben nicht Monopole organisiert, sodass wir Wettbewerb dort auch weiter erhalten, wo er auch für Fortschritt steht. Also, wir sprachen über sinnvolle Investitionen, Dinge, wo medizinische Innovation weitergetrieben werden kann. Ich finde das einen wichtigen Punkt, den eine solche Planung nicht unterminieren sollte.

20 Minuten Erreichbarkeit, Versorgung Land/Stadt: Ich glaube, da denken wir in allererster Linie an die Notfallversorgung, die sichergestellt sein muss. Ich glaube, hier ist vieles getan worden, eine sichere Versorgung auf diesem Wege zu organisieren. Das halte ich für gut und richtig. Angesichts aber der kleineren Mengen qua Bevölkerung ist schon zu erwarten, dass die Häuser sich einfach ökonomisch schwieriger tun werden. Wie der eine oder andere Vorredner das schon gesagt oder angedeutet hat, glaube ich, muss man hier wohl nachschärfen und noch mal überlegen, wie man diesen Häusern hin zu einer soliden Finanzierung hilft. Die Häuser in ländlichen Regionen werden sich weitaus mehr in normale Grundversorger umstrukturieren, weil sich einfach die Mengenverhältnisse anderer, spezialisierter Eingriffe nicht ergeben werden. Insofern werden wir dort mehr Grundversorgung auf dem Land sehen und mehr Spezialisierung dann in den Städten, was aber dann auch die Erreichbarkeit in anderer Hinsicht sicherlich deutlich über die 20 Minuten rausziehen wird.

Ich finde den Krankenhausplan als solches in seinen Ansätzen gut, und er ist sicherlich ein Vorbild, andere Wege zu gehen. Er ist natürlich bisher in großen Teilen Theorie. Wir haben ja auch noch die Auseinandersetzung zur Planung, wie wir das alles in den Städten umsetzen wollen, vor uns, auch möglicherweise die Auseinandersetzung, die das noch mit sich bringt. Ich glaube, wir sind gut beraten, das erst auf die Straße zu bringen, bevor wir dann der Meinung sind, dass wir das an anderen Orten weiterprobieren, möglicherweise bundesweit auch ausprobieren. Also, da haben wir schon noch, glaube ich, eine ganze Ecke vor uns.

Der Fokus für eine Krankenhausplanung morgen dürfte wesentlich mehr auf der ambulanten-stationären Schnittstelle liegen und muss wesentlich mehr einbeziehen, was wir auch durch ambulante Versorgungsmöglichkeiten dann zukünftig an Umgestaltung haben. Denken Sie an das ambulante Potenzial, was wir durchaus in unseren Häusern haben. Das wird irgendwo versorgt werden müssen, und in der Folge, glaube ich, wird diese Schnittstelle weitaus bedeutsamer, als sie über Jahre hinweg sehr theoretisch angesprochen worden ist.

Herr Mostofizadeh fragte nach Kooperationen. Ich glaube, die bleiben wichtig, aber die Standortebene wird noch mal wesentlich bedeutsamer werden. Und auch hier wird es noch bedeutsamer werden, dass ambulante und stationäre zusammenrücken, dass hier auch durch digitale Möglichkeiten ein Mehr an Miteinander geschaffen werden kann, dass es übergangloser wird und wir die Möglichkeiten dort besser nutzen werden.

Zu dem 200-Millionen-Euro-Verpflichtungsumfang: Ja, ohne Wenn und Aber, das ist die absolute Voraussetzung, eine solche Reform umzusetzen. Denken Sie an den Abbau der Doppelstrukturen, denken Sie an den Aufbau der Spezialisierungsstrukturen. Ich glaube, ohne diesen Topf wird es nicht gehen. Das ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Reform.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke, Herr Engler. – Nun kommen wir zur Gruppe der Krankenversicherungen, und wir starten mit Herrn Wilde von der Privaten Krankenversicherung.

Constantin Wilde (Verband der Privaten Krankenversicherung [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank auch von meiner Seite für die Einladung zu dieser Anhörung.

Die PKV begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Neuaufstellung der Rahmenvorgaben für den Krankenhausplan in NRW. Der neue Koalitionsvertrag auf Bundesebene adressiert ja aktuell die Krankenhausplanung der Länder und sieht die Einsetzung einer Regierungskommission vor, um Empfehlungen zu einer aus Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden und sich an den Kriterien der Erreichbarkeit und der demokratischen Entwicklung orientierenden Krankenhausplanung vorzulegen. NRW ist den avisierten Empfehlungen durch seine Neuausrichtung der Krankenhausplanung nun bereits zugekommen. Das ist ein richtungsweisender Schritt in NRW, der vermutlich Impulsgeber auch für andere Bundesländer sein wird.

Was die Systematik der Krankenhausplanung betrifft, so ist die Aufgabe des Bettes und der bisher eher abstrakt gehaltenen Fachgebiete ohne spezifische Qualitätsan-

forderungen als maßgebliche Planungsgrößen sicherlich sinnvoll, da nach dem alten Planungssystem keine effektive Steuerung von spezialisierten Leistungen erfolgen und kein einheitliches Mindestqualitätsniveau sichergestellt werden kann. Demgegenüber kann nun das neue Instrument der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen das Leistungsgeschehen kleinteiliger und zielgenauer erfassen und einzelnen Regionen besser zugeordnet werden. Das gilt insbesondere für die spezifischen Leistungsgruppen, die sich über OPS-/ICD-Codes oder andere Parameter, wie zum Beispiel das Alter der Patienten, Strukturkriterien, die Qualität und Anzahl des Personals oder Mindestmengen, definieren.

Von dem neuen System kann erwartet werden, dass zum einen ein ausgewogenes Verhältnis aus wohnortnaher Versorgung und speziellen Angeboten in Fachkliniken und -zentren erreicht werden kann und zum anderen der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser geschärft wird. Besonders sinnvoll erscheint aus unserer Sicht hierbei der Ansatz, dass sich die Krankenhäuser insbesondere in den Ballungsräumen nicht nur als Konkurrenten betrachten, sondern partnerschaftlich aufeinander zugehen und ausloten sollen, welche wirtschaftlichen und medizinisch sinnvollen Kooperationen zur Erfüllung der Voraussetzungen bestimmter Leistungsgruppen und zum Abbau von Doppelstrukturen sinnvoll sein können.

Was die Frage nach der sektorübergreifenden Versorgung betrifft, so haben die PKV-Patienten bereits jetzt einen unkomplizierten Zugang zu ambulanten bzw. sektorübergreifenden Angeboten im Krankenhaus. Wir gehen davon aus, dass es, befördert durch die Coronapandemie, zu einer fortschreitenden Ambulantisierung kommen wird. Die Strukturen in der PKV sind auf diese Entwicklung vorbereitet, auch was mögliche Vergütungsstrukturen betrifft, sei es eine Vergütung über die GOÄ oder etwaige Hybrid-DRGs. Eine Erweiterung der Planung auf sektorenübergreifende Angebote sehen wir als durchaus sinnvoll an.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Dann kommen wir zum vdek und damit zu Herrn Ruiss.

Dirk Ruiss (vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Frau Vorsitzende! Meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung und die Fragen. Ich bitte das Versehen zu entschuldigen, dass ich in der Anwesenheitsliste zunächst als nicht anwesend aufgeführt war. Das war ein Kommunikationsfehler. Ich bin gerne heute da und konnte auch Termine verschieben.

Wir haben als gesetzliche Krankenkassen in NRW eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Darum würde ich mir einen Teil der Fragen mit Herrn Dr. Loeser von der AOK Rheinland/Hamburg aufteilen. Ich beginne und dann wird Herr Loeser sicherlich fachlich ergänzen.

Ich beginne mit der Frage von Herrn Preuß zur sektorübergreifenden Versorgung. Ich würde da erst mal mit einem Missverständnis aufräumen, dass der Krankenhausplan nicht dazu da ist, sektorübergreifende Versorgung zu stärken und aufzubauen. Das wäre ein falsch angelegter Maßstab. Die Krankenhausplanung bezieht sich – das haben Sie, Herr Preuß, mit Ihrer Frage ja deutlich gemacht – in der Planungshoheit und

auch in der Planungsverantwortung rein auf den stationären Bereich, ist Aufgabe des Landes. Und der ambulante Bereich liegt als Sicherstellungsauftrag und bei der Planungshoheit in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen. Von daher kann der Krankenhausplan, glaube ich, nicht mit dem Maßstab einer sektorübergreifenden Versorgung gemessen werden. Das funktioniert an der Stelle nicht.

Gleichwohl – und das ist sehr sinnvoll und auch gut – beinhaltet der Krankenhausplan da, wo sektorübergreifende Ansätze in der Praxis schon vorherrschen, Ausführungen dazu. Das ist zum Beispiel das Belegarztwesen, das sind auch die sogenannten teilstationären Leistungen. Wie Herr Blum für die KGNW eben ausgeführt hat – dem schließen wir uns an –, ist das Ambulantisierungspotenzial in der Methodik und in der Analyse im Krankenhausplan sinnvollerweise und auch gut berücksichtigt an der Stelle.

Zur Frage der versorgungspolitischen Ausrichtung: Bei sektorübergreifenden Ansätzen sind, glaube ich, andere Instrumente notwendig. Das sind ja vor allem auch dann politische Entscheidungen. Entscheidend ist: Wenn man sektorübergreifend planen will, nicht versorgen, sondern planen will, dann braucht man ein komplett neues rechtliches Regularium. Das würde bedeuten, dass man vermutlich Drei-Bänke-Ausschüsse über die KVen, die KGNW und die Kassen hinwegbilden müsste mit dem Land. Das ist aber rechtlich alles nicht vorgesehen. Das muss auf der Bundesebene entschieden werden. Von daher ist hier auch gar nicht der Ansatz, zumindest auf der Planungsebene diese beiden Sektoren miteinander zu verknüpfen. Das Grundvotum bleibt aber an der Stelle vonseiten der KGV so wie immer. Sektorübergreifende Versorgung ist wichtig. Die wird auch, glaube ich, politisch durch den neuen Koalitionsvertrag auf Bundesebene vorangetrieben. Es gibt heute aber auch schon viele Ansätze an der Stelle. Aber, wie gesagt, mit dem Planungsansatz im Krankenhausbereich kann und darf man das auch nicht tatsächlich irgendwie messen.

Die zweite Frage bezog sich auf die vermuteten Auswirkungen der Krankenhausplanung, wenn man sie denn umsetzt auf die wirtschaftliche Situation der Häuser. Wir haben heute eine Situation, in der, glaube ich, unisono von allen Beteiligten konstatiert werden muss, dass wir eine sogenannte kalte Bereinigung in der Krankenhauslandschaft haben. Das wird ja auch von vielen zu Recht bemängelt. In der Umsetzung führt nach unserer Ansicht eine Neustruktur durch diesen sehr guten Ansatz der neuen Krankenhausplanung dazu, dass die Häuser nicht mehr in einen ungunstigen ruinösen Wettbewerb geschickt werden, sondern größere Planungssicherheit besteht. Eine Fokussierung, eine Konzentration von Leistungen führt auch dazu, dass die wirtschaftliche Situation stabiler, erträglicher und letztendlich auch dauerhafter und nachhaltiger an der Stelle ist.

Die Frage von Herrn Neumann zum Themenkomplex, wie sich die Planung gegebenenfalls auf die ländliche Region auswirkt, auf die Gefahren und Risiken gesehen: Da sage ich als Vertreter der GKV ganz deutlich: Das ist nicht das Ziel, zumindest nicht unser Ziel, der Beteiligten an der Krankenhausplanung, dass man hier zu einer Schließungswelle kommt oder überhaupt den ländlichen Raum damit groß in den Blick nehmen will. Da will ich auch noch mal daran erinnern, dass im gesamten Planungsprozess, in

der Vorbereitung auf den Krankenhausplan die Pluralität aller Beteiligten, die im Landesausschuss für Krankenhausplanung abgebildet ist, dezidiert nicht den ländlichen Raum hier im Blick hatte, sondern wir wollen da, wo nötig, in den Ballungsgebieten, in überversorgten Regionen, da, wo hochspezialisierte Leistungen nötig sind, Konzentrationen fördern. Darum erachte ich die Gefahr oder das Risiko für eine vermeintliche Ausdünnung des ländlichen Raums wirklich für nicht sehr groß. Wie gesagt, für die GKV ist ganz wichtig, das soll eine Qualitätsreform sein und keine Schließungsreform und auch keine Ausdünnungsreform in der ländlichen Region.

Dann würde ich auf die Fragen von Herrn Mostofizadeh eingehen. Zu der konkreten Frage Standort Leistungsgruppe würde ich Herrn Dr. Loeser gleich gerne die Antwort überlassen. Er war ja intensiv beteiligt an dem Prozess.

Zur Frage der Finanzierung und den besagten 200 Millionen Euro und sozusagen die Grundvoraussetzung für den Planungsprozess: Ich formuliere das mal ein bisschen vorsichtiger, aber, ich glaube, in der Aussage auch deutlich: Die Forderung insbesondere von Krankenseite für eine finanzielle Begleitung dieses Prozesses erachten wir für legitim und auch sachlich nachvollziehbar. Das deckt sich ja auch mit unserem Ansatz, dass wir grundsätzlich die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel des Landes für zu gering erachten. Hier muss faktisch in den nächsten Jahren ein Aufbau erfolgen. In dem Sinne ist das tatsächlich eine sehr nachvollziehbare Grundvoraussetzung, die wir an der Stelle teilen.

Zu unserer Rolle als Krankenkassen ein Hinweis: Es gibt ja heute schon den sogenannten Bundesstrukturfonds, der jetzt in der zweiten Förderperiode ist. Dieser Bundesstrukturfonds, der ja zum Teil aus Mitteln des Gesundheitsfonds, also der Beitragsgelder der Versicherten, und dann aus Mitteln des Landes und einem kleinen Teil der Träger gefüllt wird, dient ja auch heute schon dazu, Strukturveränderungen in diesem Bereich zu fördern. Das passiert auch heute schon. Die Summen, die NRW zur Verfügung stehen, sind in der letzten Förderperiode komplett ausgeschöpft worden, und auch für die kommenden Jahre steht da ja ein erklecklicher Betrag zur Verfügung, der, glaube ich, auch hier für diese Umstrukturierungsprozesse zusätzlich genutzt werden kann.

Zu den soziodemografischen Faktoren und der Berücksichtigung in der Planungslogik würde ich mich den Ausführungen von Herrn Blum anschließen. Die Demografie ist berücksichtigt. Das Ambulantisierungspotenzial ist berücksichtigt. Ich glaube aber – ich sage das jetzt mal ein bisschen unwissenschaftlich –, eine kausale Berücksichtigung von soziodemografischen Faktoren im Krankenhausrahmenplan macht aus meiner Sicht nicht wirklich Sinn. Das würde ja auch bedeuten, dass das heute nicht berücksichtigt ist in der Krankenhausplanung. Das sehe ich nicht so. Ich glaube auch, dass in den regionalen Planungskonzepten vor dem Hintergrund konkreter Versorgungsanalysen, die ja dann gemacht werden, dieses Thema durchaus aufkommen kann. Ich würde eher dafür plädieren, beim Thema der soziodemografischen Parameter in der Versorgung andere Ansätze zu wählen. Und auch da bietet ja im Übrigen nicht nur der Koalitionsvertrag auf Bundesebene mit dem Stichwort „Regionalisierung, Gesundheitslotsen, Gesundheitskioske“ durchaus Ansätze, wenn man soziodemogra-

fische Faktoren aufgreift, sondern auch auf dem Land gibt es ja auf der Beratungsebene durchaus heute schon entsprechende Ansätze.

So viel zu meinen Ausführungen. Dann würde ich weitergeben an Herrn Dr. Loeser.

Dr. Simon Loeser (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse): Vielen Dank für die Fragen. Ich beginne mit den Fragen von Herrn Preuß zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser und zu möglichen Einflüssen durch die neue Krankenhausplanung. Ich möchte separat auf die Einnahmen und die Kosten der Krankenhäuser eingehen, um das zu illustrieren.

Bei den Einnahmen ist es so – das wurde von der Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser“ auch schon dargestellt –, dass wir hier tatsächlich einen ruinösen Hyperwettbewerb haben und dass etablierte Leistungserbringer keinen Schutzraum hatten, sich auf ihrem Gebiet so zu betätigen, dass nicht ständig neue Konkurrenten dazukommen. Hier bietet der neue Krankenhausplan qualitätsgesichert und bedarfsorientiert die Möglichkeit, das so zu steuern, dass etablierte Leistungserbringer weiteragieren und auch geschützt agieren können.

Auf der Kostenseite haben wir natürlich das Thema, dass wir durch eine Zentralisierung einzelner Leistungsgruppen Skaleneffekte realisierbar machen, dass die Vorhaltung, die einen großen Kostenblock im Krankenhausbereich ausmacht, für diese Leistungsgruppe oder diesen Leistungsbereich viel effizienter vorgenommen werden kann. Das ist in größeren Einheiten so.

Insofern ist es sowohl von der Einnahmenseite als auch von der Kostenseite so, dass wir zumindest als Kostenträger in den regionalen Planungskonferenzen gewillt und bestrebt sind, eine starke Krankenhauslandschaft mitzugestalten und die Krankenhäuser wirtschaftlich stabil aufzustellen. Wir wollen keine lochmusterartigen Versorgungsaufträge, was ja bei einer Leistungsgruppenplanung prinzipiell die Gefahr ist. In der Schweiz ist das System ja noch viel feiner. Da ist die Gefahr im Grunde noch größer. Wir müssen eben da mit dem Vertrauen in den regionalen Planungskonferenzen miteinander arbeiten, dass der Versorgungsauftrag rund wird, dass es sinnvolle Gesamtpakete für die Krankenhäuser sind und dass der Versorgungsauftrag nicht aussieht wie ein Schweizer Käse. Ich glaube, alle Beteiligten sind sich darüber im Klaren, dass wir hier die Aufgabe haben, tragfähige Einnahmen für die Krankenhäuser sicherzustellen. Andererseits ist es dann Aufgabe des Klinikmanagements, mit den quantitativ größeren Versorgungsaufträgen die Skaleneffekte zu realisieren, das heißt, Druck von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu nehmen, die Vorhaltung effizienter zu gestalten. Deswegen gehen wir davon aus, dass sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessern wird.

Ein Trauerspiel ist die sektorübergreifende Versorgung seit Jahrzehnten. Wir versuchen als Kostenträger, hier zum Beispiel mit Selektivverträgen zu arbeiten. Es liegt einfach daran, dass wir zwei völlig getrennte Abrechnungssysteme haben und es nicht schaffen, das zu überwinden. Eigentlich ist „sektorübergreifend“ der falsche Begriff. Eigentlich müsste man die Sektoren auflösen, weil in diesem Punkt die zentrale Effizienzreserve unseres Gesundheitswesens liegt. Auch diesmal konnte es nicht gelingen,

weil es bundesgesetzliche Rahmenbedingungen sind, die uns hier nicht in die Lage versetzen, über das Stöckchen zu springen. Unsere Position als Kostenträger ist, dass wir die Krankenhäuser ermächtigt sehen wollen, umfassend ambulant tätig zu sein, weil es einfach viele Behandlungen gibt, die ambulant durchführbar wären, wo aber die Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind, wo Sie schnell eine Bildgebung brauchen, wo Sie schnell ein Labor brauchen, wo die Nachbehandlung gesichert sein sollte, wo die therapeutischen Bereiche verfügbar wären. Eigentlich wäre es eine Art luxusambulante Behandlung, die in den Krankenhäusern möglich wäre, wenn wir denn diese Gräben in den Abrechnungen überwinden würden. Deswegen kann das schon ein Bild sein, auf das wir hinarbeiten. Aber, Stand jetzt ist im Krankenhausplan NRW die sektorübergreifende Versorgung kaum anzugehen, weil die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben das einfach nicht hergeben.

Herr Neumann hat das DRG-System angesprochen. Hier ist auch aus Sicht der Kostenträger klar, dass es ein Vorhaltesockel geben muss. Hier sehe ich eine ganz zentrale Chance der Landeskrankenhausplanung, Einfluss auszuüben. Wenn man nämlich diesen Vorhaltesockel an dem Versorgungsauftrag koppelt, dann kriegen wir die Willkür da raus, dann haben wir die Bedarfsgerechtigkeit und Qualitätssicherung, die wir uns hier im Land überlegen, gleichzeitig auf die Finanzierung übergestülpt. Man könnte sich das so vorstellen, dass ungefähr die Hälfte der Krankenhauseinnahmen über den Versorgungsauftrag und daran gekoppelte Vorhaltefinanzierung gezahlt wird und wir den Wirtschaftlichkeitsaspekt über die andere Hälfte, über Fallpauschalen, weiter abgebildet haben. Das würde aus unserer Sicht zu einer krisensicheren Krankenhauslandschaft führen, weil sowohl die zurückgehenden Fallzahlen damit abgemildert werden in der wirtschaftlichen Auswirkung als auch die ökonomisch motivierte Leistungserbringung, die in der letzten 20 Jahre ein Problem war, wegfällt, weil der Deckungsbeitrag pro Fall nicht mehr so groß ist.

Dann gab es von Herrn Matheisen die Frage, ob wir in Nordrhein-Westfalen nicht prinzipiell sehr gute Voraussetzungen für eine leistungsfähige Krankenhauslandschaft haben. Hier muss man einfach sagen, bei allen soziodemografischen Problemen, die schon angesprochen worden sind, die wir hier im Land haben, ist es für die Krankenhausplanung eine super Voraussetzung, dass man hier viele Ballungszentren hat, dass man dicht besiedelt ist, denn man schafft hier den Spagat, einerseits Leistungen zu zentralisieren und andererseits hier absolute Spitzenzentren zu schaffen, die man trotzdem in 15 Minuten erreichen kann. Also, die Voraussetzungen in so einem dicht besiedelten Land wie Nordrhein-Westfalen – die ländlichen Gebiete gibt es, und die werden auch auf keinen Fall geschwächt – ... Aber die Konzentration von Leistungen in den Ballungszentren bietet Potenzial für die Wissenschaft, für die Versorgungsqualität, für die Wirtschaftlichkeit, sodass wir grundsätzlich eine Riesenmöglichkeit haben, hier eine Spitzenversorgung zu schaffen. Dafür bieten die neuen Rahmenvorgaben eine gute Voraussetzung. Entscheidend ist die Umsetzung. Das wird schwer. Im Prinzip ist das aber eine Riesenchance. Ich glaube, dass wir mit diesem Krankenhausplan auf einem guten Weg sind.

Die Erreichbarkeit wird aus meiner Sicht nicht schlechter, denn es geht hier um die Ballungszentren, in denen die Konzentration der Leistungen stattfinden wird. Das heißt, es wird keine weiteren Anfahrtswege – zumindest nicht spürbar – für die

Patientinnen und Patienten geben. Das würde passieren, wenn auf dem Land Krankenhausstandorte entfallen würden, aber die Kostenträger vertreten die Position, dass das keinesfalls Ziel der nächsten Planungsrunde ist. Die Erreichbarkeit ist ja auch festgeschrieben mit einer Betroffenheitsschwelle von 90 % 20 Minuten. Wir werden das selbstverständlich immer berücksichtigen. Da sich die Konzentration der Leistungen auf die Ballungszentren fokussiert, ist die Erreichbarkeit aus unserer Sicht kein Problem.

Dann gab es von Herrn Matheisen die Nachfrage, wie die Leistungsgruppen im Koalitionsvertrag zu bewerten sind. Ich glaube auch, dass hier ein Blick nach Nordrhein-Westfalen gewagt worden ist. Wir stehen ja nach wie vor vor dem Dilemma, zum einen nichts zu tun. Dann haben wir eben den kalten Strukturwandel, dann werden wir ökonomisch motivierte Schließungen haben. Und die Häuser, die wirtschaftlich schwach sind, sind nicht immer die Häuser, die nicht bedarfsnotwendig sind. Wir haben hier eben keine Deckung. Deswegen ist der kalte Strukturwandel abzulehnen. Wir hätten auch die Möglichkeit, dass wir zentrale Vorgaben vom G-BA in der Masse bekommen, dass es krankenhauplanerische Auswirkungen hat, dass also der G-BA so siebt, dass sich hier Standorte im Grunde nicht mehr halten können. Das ist sozusagen der arbiträre Strukturwandel, der zufällige Strukturwandel. Die G-BA-Richtlinien sind natürlich total wichtig zur Sicherung eines Mindeststandards – da gibt es überhaupt keine Diskussion –, als Krankenhausplanungsinstrument sind sie aber nicht geeignet. Deswegen führt kein Weg an einer moderierten Planung auf Landesebene vorbei. Von daher finde ich es gut, dass auch diese Leistungsgruppen Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden haben. Wir hoffen, dass wir hier eine Vorreiterfunktion einnehmen und zeigen können, dass man so etwas erfolgreich stemmen kann bei allen Herausforderungen, die das mit sich bringt. Die Umsetzung wird sehr schwer. Ich habe davor einen großen Respekt, aber, ich glaube, ansonsten kriegen wir Transparenz und Steuerung in diesem komplexen Geschäft nicht bewältigt.

Von der grünen Fraktion kam die Nachfrage, ob alle Qualitätskriterien pro Standort erfüllt sein müssen oder ob es auch in Kooperationen geht. Hier habe ich die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in den Arbeitsrunden immer so wahrgenommen, dass alle Positionen, die bezüglich der Versorgung keinen Sinn ergeben, dass man sie am Standort hat, sind, dass hier eine Kooperation reicht. Also, alles, wo es nicht zeitkritisch ist, wo der Patient nicht wirklich davon profitiert, dass am Standort direkt verfügbar die entsprechenden Ressourcen vorzuhalten sind, da sind wir in den Anforderungen auf eine Kooperation zurückgefallen, weil es hier natürlich nicht darum geht, dass man irgendjemanden gängelt oder dass wir hier bewusst aussieben wollen, sondern es geht um sinnvolle Strukturvoraussetzungen, die den Patientinnen und Patienten helfen. Deswegen haben wir häufig Kooperationen drin als Voraussetzung, wir haben zum Teil aber auch am Standort scharf die Voraussetzungen, aber dann nur da, wenn wir uns in der Runde darauf geeinigt haben, es ist qualitätsrelevant, dass am Standort die entsprechenden Vorhaltungen vorgenommen werden.

Dann kam noch das Thema „Soziodemografie“. Hier bleibt die Möglichkeit in den regionalen Planungskonferenzen, dass wir die regionalen Gegebenheiten mitberücksichtigen. Wir haben jetzt keinen harten Algorithmus drin, der klar versorgungsübergreifend herausfiltert, wann, wo, was an Leistungsaufträgen vergeben werden muss, sondern wir haben hier auch die Option, draufzugucken, auf Versorgungsanalysen zu

gucken und uns gemeinsam darauf zu verständigen, wenn es problematische Gebiete sind, dass man vielleicht bestimmte Standorte weiter mit dem Versorgungsauftrag bedenkt, die vielleicht andernfalls diesen Versorgungsauftrag nicht bekommen hätten. Hier ist ein ganz wichtiger Punkt für die Umsetzung. Wir brauchen gute Versorgungsanalysen für die regionalen Planungskonferenzen. Hier ist noch eine Aufgabe zu erledigen, weil wir einen einheitlichen Datensatz nicht haben, an dem wir das entscheiden würden, hier ist es soziodemografisch problematisch, hier würden wir von den üblichen Kriterien abweichen. Solche Versorgungsanalysen haben wir nicht, gibt es noch nicht, und die müssen wir zwingend erarbeiten. Wenn jede Seite mit ihren eigenen Analysen ankommt, wenn wir unsere machen auf unvollständiger Datenbasis, wenn die Krankenhausseite auch auf nicht vollständiger Datenbasis damit ankommt, dann werden wir uns hier nicht so gut einigen können. Also, wir brauchen eine Versorgungstransparenz. Das ist eine Bitte, die wir auch in unserer Stellungnahme formuliert haben. Die Umsetzung des Krankenhausplanes funktioniert dann, wenn wir auf einem guten Datensatz gute Versorgungsanalysen bekommen, damit wir mit Augenmaß zum Beispiel auch soziodemografische Besonderheiten berücksichtigen können.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Damit haben wir die erste Runde geschafft. Gibt es weitere Fragen? – Ich habe den Kollegen Mostofizadeh, den Kollegen Neumann und den Kollegen Matheisen gesehen.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen.

Einen Punkt würde ich noch gerne aufgreifen wollen, der sich jetzt aus der Debatte ergeben hat, nämlich die Zentrenbildung. Obwohl ich städtisch doppelt betroffen bin, leuchtet mir nicht zwingend ein, warum das immer in städtischen Gebieten – es klingt jetzt so durch – stattfinden muss. Bad Oeynhausen ist auch ein Zentrum, das nicht so ganz mit Berlin vergleichbar ist, was die Bevölkerungsdichte anbetrifft. Ich will keiner Stadt zu nahe treten. Meine Urgroßeltern kommen da her. Insofern wäre auch das ja denkbar, sinnvoll und auch anzustreben bei entsprechenden fachlichen Voraussetzungen, da wir ja – zumindest habe ich den Plan so verstanden – darüber sprechen, dass es planbare Geschichten sind. Wir reden ja jetzt nicht über Notfallversorgung, sondern über Zentren im Sinne von fachlicher Qualität. Vielleicht können dazu die Ärztekammern Stellung nehmen und auch Herr Loeser, der sich dazu explizit geäußert hat.

Wir reden ja hier über investive Bereich. Wir können uns lange über DRG auseinandersetzen, wie sinnvoll und wenig sinnvoll das ist. Dazu habe ich auch meine Meinung. Das ist aber nicht, bei aller freundschaftlichen Kritik an Herrn Laumann, zwingend sein Betätigungsfeld, sondern das müssten wir mit der Ampel in Berlin diskutieren. Deswegen geht es mehr um die investiven Bereiche. Da sind die Stichworte „Barrierefreiheit“, „Klimaanpassungsmaßnahmen“. Ich meine wirklich Klimaanpassung, nicht Klimaschutz. Wir haben Krankenhäuser, wo es im Sommer schon mal 30 Grad, 40 Grad wird. Diesen Teil meine ich. Ein weiterer Bereich ist das Thema „Digitalisierung“ im Sinne von Hardware, Datensicherheit und alles, was damit zu tun hat. Inwieweit spielt das in diesem Krankenhausplan eine Rolle, bzw. inwieweit empfehlen Sie, bei Standortentscheidungen das künftig stärker einzubeziehen? Ich sage das vor folgendem

Hintergrund: Es kann ja Sinn machen, dass Robotik und einzelne Dinge eine Rolle spielen, aber wenn ein Krankenhaus ansonsten einen erheblichen Investitionsstau hat, dann kann das ja für Standortentscheidungen durchaus von Belang sein. Deswegen die Frage: Werden die Bereiche „Barrierefreiheit“, „Klimaanpassung“, „Digitalisierung“ künftig stärker eingebaut werden können, um eine klare Perspektive für die Leistungserbringer zu geben, was wirklich gefordert ist? Würden Sie sich da mehr Anforderungen an den Plan wünschen? Die Krankenhausgesellschaft könnte ich natürlich immer fragen, aber die lasse ich mal außen vor. Ich frage die gesetzlichen Krankenkassen, die Ärztekammern, und vielleicht gibt die Krankenhausgesellschaft doch einen Hinweis dazu.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann folgt der Kollege Neumann.

Josef Neumann (SPD): Ich habe noch einige Nachfragen.

Der Kollege Mostofizadeh hat vorhin die Frage gestellt, ob die 200 Millionen Euro ausreichen, die bis jetzt geplant sind. Herr Blum, vielleicht sagen Sie noch mal was dazu. Reichen die aus, oder reichen die nicht aus? Wie stellen Sie sich das vor? Bis jetzt habe ich immer gehört, zusätzlich dazu werden die Krankenkassen mindestens den gleichen Betrag in die Hand nehmen. Davon habe ich heute noch nicht so viel gehört. Es wäre interessant, die Sicht der Krankenkassen zu hören, wie das bezahlt wird, denn wir wissen alle, dass eine Umstrukturierung in dieser Größenordnung sehr viel Geld kosten wird. Das kann man sich ja in anderen Ländern, wo der Prozess vollzogen wurde, anschauen. Hier hätte ich also gerne eine Klarstellung, wie Sie insbesondere bei den Investitionsmitteln die Situation einschätzen.

Meine zweite Frage geht an Herrn Engler von den Sana Kliniken. Ich weiß nicht, ob ich es falsch gelesen habe. Das können Sie noch mal sagen. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass die Methodik bezüglich der Leistungsgruppen Krankenhäuser bevorteilt, welche lange Verweildauern besitzen. Vielleicht können Sie dazu etwas sagen. Ich glaube, in Duisburg betreiben Sie eine sehr große neurologische Abteilung. Da würde mich interessieren, weil sich der Krankenhausplan zur neurologischen Versorgung positioniert, welche Auswirkungen das auf die gesamte Thematik „Früh-Reha“ und die gesamte frühe Rehabilitation hat. Wie sieht das eigentlich aus?

Dann habe ich eine Frage an die Ärztekammern und an die KGNW. Im Rahmen der Diskussion sind mir zwei Aspekte aufgefallen. Wie wird es zukünftig bei der Frage der externen Bettenbelegung und insbesondere der Versorgung mit Medikamenten und der Apothekenversorgung aussehen? Vielleicht können Sie auf diesen Aspekt noch mal eingehen.

Den zentralen Punkt hat Herr Dr. Loeser eben sehr deutlich ausgeführt. Die Hauptarbeit steht ja noch an, nämlich die Frage der Regionalisierung und das, was damit im Zusammenhang steht. Wer hat denn da den Hut auf? Wie wird der Prozess gesteuert? Wer steuert den Prozess? Was passiert, wenn er nicht nach vorne gerichtet ist? Wie wird der ausgestaltet? Dazu habe ich relativ wenig gehört. Ich habe lediglich gehört, es ist gut, es wird besser, wir glauben, wir könnten, es sollte, es müsste. Das sind alles tolle Aussagen, aber zum Glauben gehe ich als Katholik in die Kirche, nicht ins

Parlament. Das heißt, mich interessiert, wie der Regionalisierungsprozess aussehen wird, wer den Hut aufhaben wird, wer sich in welche Richtungen begeben wird. Diese Frage geht an Herrn Dr. Loeser für die Krankenkassen, an die KGNW und die Ärztekammern.

Ich bedaure ausdrücklich, dass sich die kommunale Familie an diesem Prozess hier nicht beteiligt. Das scheint für sie nicht wichtig zu sein, was mit ihren Krankenhäusern vor Ort passiert. Das nehme ich zum wiederholten Mal zur Kenntnis. Dies ist nicht die erste Anhörung, wo sie nicht anwesend sind. Das sage ich hier deutlich, damit es ins Protokoll kommt.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Dann folgt der Kollege Matheisen.

Rainer Matheisen (FDP): Vielen Dank für Ihre Antworten, die weitere Fragen aufgeworfen haben. Das Thema „Digitalisierung“, das uns wichtig ist, hat ja bereits der Kollege Mostofizadeh angesprochen. Versorgungsanalytik, Bedarfsermittlung, das sind ja bestimmte Themen, die noch nicht genau spezifiziert sind, bestimmte Qualitätskriterien, die noch nicht genau spezifiziert sind. Können Sie das noch mal erläutern?

Des Weiteren bitte ich, noch einen Blick in die Zukunft zu richten. Wie könnten im Sinne eines lernenden Systems Anpassungen bei der weiteren Umsetzung erfolgen?

Die Fragen gehen an AOK, Dr. Loeser, die Ärztekammern und Herrn Wilde.

Vorsitzende Heike Gebhard: Okay. – Dann habe ich noch den Kollegen Preuß.

Peter Preuß (CDU): Ich habe nur noch eine Nachfrage. Es wurde hier über das Geld gesprochen, das benötigt wird, um diesen Umstrukturierungsprozess zu betreiben. Insofern bleibt nur noch die Frage: In welcher Phase dieses Prozesses wird das Geld benötigt? Die Frage geht an Herrn Blum.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich erlaube mir auch eine Rückfrage. Es ist die Rede von Leistungsgruppen, Leistungsbereichen, Qualitätsanforderungen, Ausstattungsmerkmalen. Dadurch wird das alles sehr transparent. Das ist das eine. Das andere ist die Frage der Fallzahlen. Hier haben vorhin insbesondere die Vertreter der Kammern deutlich gemacht, wie sich die Fallzahlen in NRW von anderen Bundesländern unterscheiden. Die Beispiele, die genannt worden sind, werden jedoch nicht in ganz Nordrhein-Westfalen so generiert, sondern diese entsprechenden Unterschiede entstehen insbesondere in den Ballungsräumen. Meines Erachtens müssten die Zahlen von 2019, die bisher zugrunde gelegt worden sind, regionalisiert werden, wie es Herr Dr. Loeser gesagt hat, und dann zugrunde gelegt werden, weil sonst der Automatismus, den Sie genannt haben, nämlich Ballungszentren, da ist eher die Konzentration zu erwarten, möglicherweise Aufwuchs in den ländlichen Bereichen, wogegen nichts einzuwenden ist, wenn das versorgungsmäßig erforderlich ist ... Da klingt wieder die alte These durch, in den Ballungszentren ist das Angebot zu hoch, darum sind die Fallzahlen so hoch, also müssen wir da konzentrieren. Ist es nicht erforderlich, den tatsächlichen

Bedarf an den Erkrankungsraten in den Ballungszentren zugrunde zu legen und nicht einfach die NRW-Zahl pro Kopf umzulegen, was ja dann eine Nivellierung bedeuten würde zulasten der Ballungszentren? Vielleicht kann man das noch mal präzisieren, wie das zu verstehen ist. Ich glaube, das hätte ziemliche Konsequenzen. Da sollten wir zumindest klar haben, wer welche Position vertritt. Die Frage richtet sich an die gesetzlichen Krankenkassen, an die Ärztekammern und an die KGNW.

Wenn ich es richtig gesehen habe, sind nicht mehr alle Experten gefordert. Wir beginnen mit Herrn Blum.

Matthias Blum (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Herzlichen Dank für die weiteren Fragen.

Begriffe wie „Barrierefreiheit“, „Klimaanpassung“, „Digitalisierung“ gehören letztendlich in den investiven Bereich und müssen bei der Umsetzung eines Umbaus, Neubaus nach den aktuellen Vorschriften beachtet werden. Zweifellos hat man in dieser Legislaturperiode mit dem Krankenhauszukunftsgesetz, das bis 2024 die Binnendigitalisierung durchführt durch die Mittel von Bund und Land ... Um die Zahlen zu nennen: 900 Millionen Euro, 270 Millionen vom Land wurden komplett dazugelegt – darüber sind wir auch sehr froh, dass das so erfolgt –. Damit werden wir die Binnendigitalisierung bis 2024 hinkriegen. Was danach erfolgt, da sind wir uns noch nicht so ganz sicher, denn wenn man hier so ein schönes Gerät hat,

(Der Redner zeigt sein Smartphone.)

dann muss man nach einer gewissen Zeit die Software updaten und irgendwann auch das Gerät ersetzen, weil es sonst die Software gar nicht mehr verarbeiten kann und man ein Datenschutzproblem kriegt. Das ist etwas, worüber wir dann für 2025 mit der Ampel sprechen müssen, wie wir an der Stelle weiterkommen. Das ist aber ein ganz wichtiges Thema. Deswegen war es mir wichtig, dass an dieser Stelle einzuflechten.

Anforderungen an den Plan: Unmittelbar im Plan selber, Herr Mostofizadeh, ist das nicht drin. Es ist aber letztlich eine Frage der Umsetzung und eine Frage der Berücksichtigung im Rahmen der Umsetzung, dass diese Dinge berücksichtigt werden. Wir wissen alle, dass die Sommer wärmer und die Winter immer kürzer werden. Wenn man schon krank ist, dann in einem aufgeheizten Zimmer zu liegen, ist nicht gerade etwas, was man sich wünscht, wenn man sich als kranker Mensch nicht besonders gut fühlt.

Klimaschutz ist definitiv Gesundheitsschutz. Ich glaube, dass der gesamte Bereich des Klimas ... Vielleicht hat es noch der Überschwemmung bedurft, damit es auch der Letzte versteht, dass an der Stelle etwas getan werden muss. Klimaschutz ist Gesundheitsschutz. An der Stelle sind wir der festen Überzeugung, dass das etwas ist, was jetzt auch bei den Investitionskosten zukünftig berücksichtigt werden muss. Wir meinen allerdings schon, dass man sich da als Land generell mit dem Thema befassen muss. Nicht umsonst werden ja auch die Landesimmobilien jetzt entsprechend in Angriff genommen. Vor diesem Hintergrund denken wir, dass dieser Slogan „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ ... Den werden Sie von uns demnächst noch in einem anderen

Zusammenhang hören, weil wir glauben, dass sich das Land wie auch alle Länder im Hinblick auf die Krankenhäuser dieser Fragestellung explizit annehmen müssen.

Ich komme zur SPD, zu Herrn Neumann. Sie haben gesagt, es sind 200 Millionen geplant. An der Stelle danke ich Ihnen. Da habe ich etwas Neues erfahren.

(Josef Neumann [SPD]: Das ist das, was Herr Laumann zugesagt hat!)

– Ich hatte Sie so verstanden, dass das schon geplant ist. Aber ich habe wahrscheinlich noch nicht die neueste Version des Haushalts gelesen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Es steht nicht schwarz auf weiß im Haushalt. Das ist wohl wahr.

Matthias Blum (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Dann hatte ich doch die richtige Information. Bisher war es die Forderung, dass wir gesagt haben, mindestens ein solcher Betrag. Wir haben auch gesagt, es kommt natürlich darauf an, wie das Ganze umgesetzt wird. Es kommt also auf den Grad der Umsetzung an. Von daher haben wir gesagt, mindestens einen solchen Betrag wird es jährlich brauchen und das auch über einen längeren Zeitraum, um das alles entsprechend umzusetzen.

Sie wissen selber, wie die Kosten gestiegen sind, gerade die Baukosten. Wir haben von unserer Seite auch gesagt, die Kassen können sich ja auch in gleicher Weise daran beteiligen. Aus unserer Sicht sollten sie das auch tun. Wir bauen auch darauf, dass die Krankenkassen ein unmittelbares Interesse daran haben, diesen Plan umzusetzen. An dieser Stelle sind wir eigentlich frohen Mutes, dass die Kassen, wenn sie letztendlich die Sinnhaftigkeit von dem Ganzen, wie sie es bisher auch geschildert haben ... Dafür sind wir auch sehr dankbar. Ich möchte an dieser Stelle mal sagen, dass ich es sehr gut fand, wie Herr Dr. Loeser das eben dargelegt hat. Das könnten wir nahezu eins zu eins unterschreiben. Das zeugt wieder davon, dass in diesen Gesprächen, die wir gemeinsam mit dem Ministerium, den Ärztekammern und den Kassen geführt haben, etwas gewachsen ist, wo man jetzt an einem Strang zieht. So schwer es ist und so sehr die Interessen zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern unterschiedlich sind, am Ende des Tages sind wir Vertragspartner und haben das Ziel der Optimierung der Patientenversorgung. Ich glaube, auf diesen Weg haben wir uns gemeinsam gemacht.

Sie haben die Frage nach der Prozesssteuerung gestellt. Obwohl ich von Herrn Matheisen nicht gefragt wurde, kann ich diese Frage beantworten, denn es ging in die gleiche Richtung, also wie der Prozess gesteuert wird. Es gibt ein Krankenhausgestaltungsgesetz, einen klar beschriebenen Prozesse, der mit der letzten Gesetzesänderung deutlich geworden ist, wo man gesagt hat, es kann ja vonseiten der Krankenhäuser, der Krankenkassen, des Ministeriums ein solches Verfahren angeschoben werden. So, wie es bisher besprochen ist oder angekündigt wurde vonseiten des Landes, denn das Land ist am Ende hier federführend ... Das möchte ich auch noch mal den Kollegen sagen. Wir haben diesen Plan nicht geschrieben, sondern das Land hat den geschrieben. Wir sind daran beteiligt worden. Wir haben auch unser Einvernehmen erklärt. Aber Verfasser und Verantwortlicher und Letztentscheider ist – so steht das in

den Regelungen – das Land, und das ist auch richtig so. Wenn letztendlich das Land, was es angekündigt hat, diesen Prozess anstößt, dann gibt es bestimmte Fristen, in denen so etwas passieren muss. Dann kann das Land quasi dieses Verfahren an sich ziehen. Und die Bezirksregierungen – davon gehen wir aus – werden eine Rolle als Moderator bekommen. Das wird vermutlich in den Verwaltungsvorschriften stehen, dass die Bezirksregierungen – so würden wir es uns jedenfalls wünschen – dann eine moderierende Rolle bekommen. Ob beim ersten Mal diese sechs Monate eingehalten werden können und wie schnell und wie hart man das Gesetz anwendet, das ist natürlich auch wiederum eine Entscheidung des Landes. Ich denke, wenn man sieht, dass der Prozess gut läuft und man noch drei Wochen braucht, wird man vielleicht das Ganze nicht an sich ziehen, ansonsten aber schon. Das Ministerium hat das bisher immer sehr ernst genommen und wird es wahrscheinlich dann auch genauso machen. Dann wird es letztendlich auch Entscheidungen geben.

Das heißt, wir rechnen schon damit, dass das Verfahren nächstes Jahr, im ersten Halbjahr, beginnen wird. Wir wünschen uns – an der Stelle sind wir uns, glaube ich, mit den Kostenträgern und Ärztekammern einig – ein möglichst digitalisiertes Verfahren, ein Verfahren, wo letztendlich die Prüfungsmöglichkeiten für die Bezirksregierungen, was die Mindestvoraussetzungen betrifft, möglichst einfach sind, digitalisiert sind, sodass der Prozess, der bisher über den Zeitraum von zwei Jahren schon gigantisch schnell war ... Die Schweizer haben dafür fünf Jahre und 100 Leute gebraucht. Wir sind da viel effizienter in NRW gewesen. Wir haben zwei Jahre und 50 Sitzungen gebraucht. Ich denke, das war schon ganz gut.

Jetzt müssen wir es nur noch umsetzen. An der Umsetzung wollen wir aber auch nicht scheitern. Das heißt, wir brauchen ein schlankes Verwaltungsverfahren, möglichst digitalisiert. Da ist das Ministerium dran. Das ist natürlich für die eine enorme Herausforderung. Die können ja nicht wie irgendein Privater sagen, jetzt beauftrage ich die Firma X, und die machen das dann in zwei Monaten. Das ist schon eine Herausforderung, aber wir denken, dass das gelingen wird. Und dann wird uns auch die Umsetzung gelingen mit allen Schwierigkeiten, die damit verbunden sind.

Herr Preuß hat gefragt, für welche Phase wir das Geld brauchen. Ich bin kein Haushaltsexperte, aber habe verstanden, dass man so etwas über Verpflichtungsermächtigungen entsprechend sicher hat, wenn man das Geld braucht. Wir haben nicht gesagt, dass das Geld im Sommer dort liegen muss. Wir haben gesagt, dass natürlich die Krankenhäuser Planungssicherheit brauchen und dass die Verlässlichkeit, die bisher auch vonseiten des Landes gegenüber einer Partei, die an der Krankenhausplanerstellung teilgenommen hat, demonstriert worden ist, sich fortsetzen und in einer klaren Aussage manifestieren muss, was die Haushaltsplanung betrifft. Das ist etwas, was wir uns an der Stelle nicht nur wünschen, sondern auch fordern, und zwar, ich glaube, zu Recht. Wenn ich heute richtig zugehört habe, dann ist das eine allgemeine Meinung, dass man sagt, ohne Geld kann man diesen Plan nicht umsetzen. Natürlich haben wir Vertrauen in die Regierenden, wie wir das immer haben, egal, welche Fraktion regiert. Nichtsdestotrotz werden Haushaltspläne langfristig gemacht. Deswegen wünschen wir uns schon, dass das da noch entsprechend auftaucht, und wir hoffen, es ist noch nicht zu spät dafür.

Ich komme nun zu Ihrer Frage, Frau Vorsitzende. Es ging um die Fallzahlen in NRW. Mal grundsätzlich noch etwas zu Ballungsräumen: Im vielgescholtenen Ruhrgebiet lebt auf 13 % der Fläche ein Drittel der Bevölkerung. Wir haben eine Einwohnerdichte von bis zu 3.000 Bürgerinnen und Bürger pro Quadratkilometer. Im Durchschnitt haben wir in NRW 500 Einwohner pro Quadratkilometer. In der Bundesrepublik Deutschland sind es im Durchschnitt 230. Das heißt, wir haben schon eine etwas andere Situation. NRW hat ja alles. Es hat Ballungsgebiete, es hat ländliche Bereiche etc. Das ist bei der Berechnung der Bedarfe anhand der Zahlen 2019 entsprechend berücksichtigt worden. Ich glaube eigentlich nicht, dass das zu Verwerfungen führen wird. Wie ich die Berechnung bisher verstanden habe, passte das schon. Ansonsten hätten wir uns massiv dagegen gewehrt. Ich würde auch die Ballungsgebiete an der Stelle nicht in irgendeiner Form verteufeln. Es ist halt logisch: Wenn ich 3.000 Menschen auf eine Quadratkilometer habe, dann habe ich mehrere Krankenhäuser in Reichweite, und das ist auch gut so. Ansonsten würden wir nämlich ein Versorgungsunterdeckungsproblem kriegen. Das will auch keiner von uns. Es ist ja auch historisch so gewachsen. Am Ende des Tages wird der Krankenhausplan wahrscheinlich in den Ballungsräumen zu mehr Veränderungen führen als im ländlichen Bereich. Das haben wir, glaube ich, schon alle gesagt. Damit kann ich schließen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Dann folgen die Ärztekammern. Herr Henke.

Rudolf Henke (Ärztekammer Nordrhein): Zentrenbildung, Stadt, Land: Grundsätzlich ist Zentrenbildung auch auf dem Land möglich. Sie haben ja ein Beispiel genannt. Ich glaube, es ist aber hochwahrscheinlich, dass es sich eher in Ballungsräumen ereignet, weil Sie dort natürlich auch meistens etwas einfachere Personalrekrutierung haben können und weil natürlich die Anzahl der Patienten, die zu versorgen sind, in dem Ballungsraum vermutlich höher ist. Wenn es historisch so gewachsen ist, dann ist das aus unserer Sicht okay und kann man auch gerne so beibehalten, aber man muss natürlich, wenn man es am grünen Tisch planen würde, auch die Frage der Vermeidung von Wegen mitberücksichtigen, weil das ja auch ein Aspekt ist, dass man jetzt nicht alle übers Land verschicken will, damit sie dann irgendwo in der ländlichen Einöde wenigstens auf ein Höchstleistungszentrum treffen, wo sie ihre Krankheit versorgt kriegen können. Insofern glaube ich, man muss einfach von dem ausgehen, was man vorfindet. Ich würde es jedenfalls nicht als ein Programmziel betrachten, gezwungen herbeizuführen, dass der ländliche Raum eine Spezialversorgung neu aufbauen müsste. Das fände ich schwierig. Herr Mostofizadeh, das war die eine Frage.

Die andere, die Sie gestellt haben, war das Thema „weitere Bedarfe“, Klimaanpassung, Berücksichtigung der Situation von Menschen mit Behinderung, Digitalisierung. Klimaanpassung ist, glaube ich, heute eine Binsenkenntnis in zweierlei Hinsicht.

Zum einen wissen wir angesichts der Hitzeperioden, die wir erlebt haben, dass wir eigentlich da, wo kranke Menschen sind, eine Klimatisierung brauchen. Wir brauchen sie übrigens vermutlich auch in den Pflegeheimen. Diese Klimatisierung hat natürlich in erster Linie nichts mit Klimaschutz zu tun, sondern es hat was mit Resilienz und

Klimaanpassung zu tun. Insofern bedarf das überall, wo man solche Räumlichkeiten bereithält, eines investiven Geschehens. Ob das jetzt eine planerische Komponente hat, glaube ich eigentlich nicht.

Der zweite Aspekt ist, dass das Gesundheitswesen als Ganzes zur Treibhausgasbelastung mit ungefähr 5 % beiträgt. Insofern steht das Gesundheitswesen vor der großen Aufgabe, sich anpassen zu müssen.

Da haben wir jedenfalls in der Ärzteschaft, aber, ich denke, auch alle anderen Akteure den Schuss gehört. Da wäre es natürlich wünschenswert, dass man die Anstrengungen, die das erfordert, um umzusteuern, irgendwie möglich macht, ohne dass sie den Patienten entzogen wird. Also, wenn man da jetzt viel Zeit reininvestieren muss, umzusteuern, dann muss man auch die Kraft, die Zeit, die Energie und die Möglichkeit haben, sich Energieberater in Krankenhäuser zu holen, die diese Aufgabe mit erfüllen können, der Krankenhausleitung zu sagen, wo es langgeht.

Digitalisierung ist eigentlich auch ein Querschnittsthema. Ich will es aber nicht als Querschnittsthema behandeln, weil es als Querschnittsthema im Krankenhausplan nicht angesprochen wird. Die Fragen sind: Sind die Prozesse digitalisiert, und sind wir da gut aufgebaut?

Das Element, in dem Digitalisierung im Krankenhausplan vorkommt, ist das virtuelle Krankenhaus. Das virtuelle Krankenhaus ist ja herausgefordert durch das Thema „COVID-19“, als ein Element eingeführt worden, indem man Telekomziele, elektronische Visiten, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser in die Versorgung einbaut. Ich komme aus Aachen und habe dort mit einem der Zentren, die das betreiben ... Hans Gehele hat vielleicht mit dem anderen in Münster auch eine besondere geografische Nähe, und ich bin relativ oft dort vor Ort und lasse mir das erläutern. Mein Eindruck ist, das ist schon ein Erfolgsmodell, und das sollten wir, egal, wie die Konstellationen sind, jedenfalls weiter verfolgen. Es gibt auch im Krankenhausplan dazu eine eigene Passage, 10.4.13. „Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Netzwerk“, also diese IDV-Zentren als Anhang zu den Vorgaben Herzzentren und Lungenzentren. Da wird deutlich, dass Sie schon eine große Expertise gesammelt haben müssen, ehe Sie sich dafür qualifizieren, diese Leistung anderen anzubieten.

Ich würde sehr dafür werben, dass wir sehr konsequent dabei bleiben und das nicht so als eine Art Trostpreis ausloben für Leute, die anders nicht zum Erfolg bei der Krankenhausplanung kommen, also nicht nach der Melodie: Dann kannst du auch noch ein bisschen virtuelle Versorgung machen. – Dafür brauchen Sie, wie das hier im Krankenhausplanentwurf festgehalten ist, die Abrechnung 2019 von mehr als 100.000 Beatmungsstunden, von Fällen mit mehr als 48 Stunden Beatmungszeit, die Versorgung von mehr als 200 voll- oder teilstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 im Jahr 2020, intensivmedizinische Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten, weil es ja nichts nützt, wenn ich mich auf einer Intensivstation eines mittleren Krankenhauses der Schwerpunktversorgung bei so einer Instanz melde, und der dort kann mir auch nicht mehr erzählen als das, was ich schon weiß. Deswegen: Diese Spezialisierung ist wirklich ein Punkt, der sehr wichtig ist.

Herr Neumann hatte gefragt nach externer Bettenbelegung. Das ist einer der Punkte, wo ich aufgrund persönlicher Erkenntnis, ohne dass wir in der Kammer eine Beschlusslage dazu haben, anregen würde, darüber noch mal zwei Minuten nachzudenken. Vor mir liegt ein Beschluss der 94. Gesundheitsministerkonferenz vom 5. November, Überschrift „Stärkung des Belegarztwesens“, mit 16 zu 0 zu 0 Stimmen verabschiedet. Darin steht, dass die GMK das BMG auffordert, in einem ersten Schritt eine Anhebung der in § 18 Abs.3 Krankenhausentgeltgesetz festgelegten Höhe der Entgelte für Belegarztleistungen vorzusehen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass sonstige Stärkungen ins Auge gefasst werden. Die GMK bittet also, zu prüfen, ob man nicht die Rahmenbedingungen des Belegarztwesens verbessern kann. Die GMK fordert das Bundesministerium auch auf, die Angemessenheit der Vergütung belegärztlicher Leistungen nach dem EBM zu prüfen und zu verbessern.

Warum sage ich das? – Wenn man in die Passagen zum Belegarztwesen hineinguckt, dann findet man dort, dass im Regelfall die Hauptabteilung einen Vorzug bekommt vor der Belegabteilung. Das, finde ich, ist in einem Kontrast zu dem Beschluss der GMK, der ja auch mit der Meinungsbildung Nordrhein-Westfalens verbunden sein muss. An der Stelle würde ich empfehlen, dass man sich darüber außerhalb der jetzigen Anhörung ein paar Gedanken macht. Ich kann schon die Kollegen verstehen, die in den Belegabteilungen sagen: Die alten Sitten, wo ein Belegarzt HNO-Betten betrieben hat, und wenn der nach Hause gegangen ist, dann hat der internistische Assistenzarzt oder der chirurgische Assistenzarzt sich darum kümmern müssen, wenn irgendwo eine Blutung nach einer Tonsillektomie aufgetreten ist ... Also, es war ja meine Zeit, als ich Assistenzarzt war. Da war das so. Das ist ja lange weg. Heute sind das kooperative Belegarztsysteme mit vier, fünf, sechs Belegärzten, die auch einen Dienstplan machen und eine fachliche Rund-um-die-Uhr-Ansprechbarkeit gewährleisten. Wenn das so ist, dann ist es natürlich für die ziemlich schwer, nachzuvollziehen, warum man sagt, die Hauptabteilung hat aber auf jeden Fall immer den Vorzug. Das wäre ein Punkt, den man regional planen müsste, denn sonst müsste man ja quasi sagen, überall da, wo ein paar Hauptabteilungen sind, geht die Belegabteilung planerisch den Bach runter. Das kann nicht gewollt sein, und das muss man sich noch mal ein bisschen detailliert angucken. Das muss ja irgendeine Bedeutung haben, was die GMK gesagt hat.

Ich hoffe, dass die Frage nach den Apotheken jemand anders beantwortet. Ich bin da jetzt nicht gut vorbereitet.

Was die Regionalisierung angeht, würde ich mich den Äußerungen von Herrn Blum anschließen. Den Hut auf hat natürlich initiativ gegenüber den Häusern die Bezirksregierung, aber politisch verantwortlich ist das MAGS.

Herr Matheisen, die Frage Digitalisierung habe ich, glaube ich, beantwortet.

Frau Gebhart, natürlich, wenn 30 % der Bevölkerung im Ruhrgebiet leben, dann kann es nicht so sein, dass wir dort die Bettenversorgung auf 13 % der Fläche absenken und sagen, die anderen, die 17 %, die übrig sind, sind da herzlich willkommen, aber die müssen dann in die Aachener Region oder in die Eifel oder an den linken Niederrhein fahren, um da versorgt zu werden. Das kann nicht sinnvoll sein.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Herr Dr. Gehle.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztammer Westfalen-Lippe): Da gibt es für mich nur noch wenig zu ergänzen.

Was die Apotheken angeht, da weiß ich auch nicht ganz genau, wohin die Frage geht. Wir wissen ja alle, dass sich teilweise die Häuser durch mehrere Zentralapotheken versorgen.

Zur Ergänzung zum Belegarztsystem: Es muss schon aus Sicht der Kammer Westfalen-Lippe die entsprechende Qualität nachgewiesen werden. Die Zustände, die vor 30 Jahren da waren, dürfen heute nicht mehr gelten. Dann kann man aus unserer Sicht darüber reden, aber die Qualität muss da sein.

Die Frage von Herrn Matheisen und Ihnen, Frau Gebhard, ging ja in Richtung der Bedarfe und Fallzahlen. Jetzt muss man sich den Krankenhausplan genau angucken. Nicht alles wird zum Letzten beplant. Darauf haben wir als Kammern immer großen Wert gelegt, weil wir gesagt haben, gerade in den grundversorgenden Bereichen kann man nicht unbedingt jede Fallzahl vorherberechnen, sodass es da auch offene Bereiche gibt und wir gesagt haben, wir starten erst mal mit der Beplanung in den hochspezialisierten Gebieten, und das ist, glaube ich, auch im Plan zum Ausdruck gekommen.

So ist es dann eben auch, dass wir zum Beispiel beim Thema „Transplantation“ das Ganze natürlich landesweit planen, während aber zum Beispiel bei der Frage des Herzinfarktes oder auch andere es eher auf Bezirksregierungsebene oder auf kommunaler Ebene wie bei Herzinfarkt heruntergebrochen ist, sodass da auch aus unserer Sicht eine regionalisierte Planung erfolgen kann, die man natürlich immer wieder überprüfen muss. Bei der Erhebung der aktualisierten Fallzahlen hat ja gerade das Ministerium einen Auftrag gegeben. Das Ergebnis werden wir dann eben sehen.

In Richtung Zentrum möchte ich klärend hinzufügen: Wir müssen aufpassen, über was wir eigentlich reden. Reden wir über spezialisierte Medizin? Das sind die Zentren aller Nordrhein-Westfalen, die mal Richtung Versorgung gedacht gewesen waren, also hochqualitative Versorgung. Und auf der anderen Seite gibt es natürlich die GBA-Zentren, die ein ganz anderes Augenmerk haben, wo es um Wissenschaft, Forschung und um Einführung neuer Methodiken geht, also nicht so sehr Richtung Versorgung. Ich finde, wir sind da einen guten Weg gegangen. Wir haben eben auch noch Teile unserer alten Zentren, sofern es überhaupt möglich ist. Wir alle wissen ja um die Aussetzung der Mammazentren, dass wir in NRW einen ganz anderen Weg als andere gegangen sind, weil wir gesagt haben, man muss Versorgung vernünftig planen. Die sind durch die GBA-Zentren zerstört worden. Auch das wäre wieder nach Berlin blickend eine Aufgabe, um zu sagen, wo man da hingehen muss.

Wir werden demnächst ja über Notfallzentren sprechen. Da wird die Frage sein, was damit gemeint ist, hochkomplexe Zentren, die alles können, oder, wie es jetzt im Koalitionsvertrag steht, ob es die regionalen Kristallisationspunkte aller Versorgung sein sollen, denn dann müssen wir die ganz anders planen. Wir haben einige Zentren noch drin im jetzigen Krankenhausplan. Ich hoffe, dass wir da weiterkommen. Die Frage ist nur: Was meinen wir, wenn wir von „Zentrum“ reden?

Natürlich – ich bin auf dem Land geboren, Herr Neumann – werden wir hochspezialisierte Versorgung zum Teil in den ländlichen Bereichen haben, da, wo sie jetzt existiert. Und wir werden nicht hoch-, aber spezialisierte Leistungen in der Nähe von der Bevölkerung brauchen. Wenn wir an den Herzinfarkt denken, den werden wir wahrscheinlich nicht eine Stunde über Land fahren können. Das sehr wir jetzt schon, wie schwierig das ist. Corona führt und das ja gerade vor Augen. Es wird gesagt, es ist ganz einfach, Patienten innerhalb Deutschlands zu transportieren, und wir sehen, welche Probleme das macht, wenn ich jetzt an die Kleeblattverlegungen denke, wie aufwendig das ist. Und auch ein Land wie die Niederlande, das ja sehr nahe am Münsterland ist, hat Schwierigkeiten, uns Patienten mit entsprechender Struktur zu verlegen, sodass ich glaube, dass man das alles mit einbeziehen muss und nicht sagen kann, spezialisierte Leistung wird nur – ich spreche nicht von der hochspezialisierten Leistung – in den Städten stattfinden, sondern ganz im Gegenteil, wir haben während der Sitzungen immer wieder gesagt, es wird wahrscheinlich zum Teil sogar zu einem Aufwuchs spezialisierter Leistungen in den ländlichen Gebieten kommen müssen, weil wir eben die Vorgaben, die im Krankenhausplan stehen, erreichen müssen.

Damit möchte ich das aus meiner Sicht beenden, es sei denn, es gibt noch Nachfragen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Herr Engler.

Christian Engler (Sana Kliniken Düsseldorf): Herr Neumann, Sie hatten zwei Fragen. Einmal ging es um die formulierte Verweildauerproblematik. Das ist etwas sehr Rechentechnisches. Da geht es konkret um die Ermittlung der relevant erbrachten Menge. Bei der Rechentechnik geht es schlicht darum, dass auch die Verweildauer dort einfließt. In dem Zusammenhang ist dann wichtig, wie viel Verweildauer das war. Die Art der Berechnung führt im Moment dazu, dass es dort, wo eine größere Verweildauer – verglichen mit der mittleren Grenzverweildauer – vorhanden ist, schlicht zu Vorteilen für denjenigen kommt, wobei wir grundsätzlich sagen können, dass eine hohe Verweildauer oft auch ein Hinweis auf einen problematischen Behandlungsverweis sein kann. Wir würden das gerne nachreichen im Sinne einer konkreten Berechnung. Ich glaube, das macht das plastischer. Wenn das so wäre oder wenn wir uns da nicht täuschen, dann würden wir bitten, das noch mal zu überdenken oder noch mal in Ansatz zu bringen und zu korrigieren. Das war der Sachverhalt, den das betroffen hat.

Sie fragten weiter nach der neurologischen Früh-Reha und der Art und Weise, wie das organisiert ist. Man muss zwei Fälle unterscheiden. Wir haben den einfachen Schlaganfall. Ich glaube, da gibt es selten Probleme. Der ist gut versorgt. Der hat üblicherweise auch keine langen Reha-Wege. Aber dann haben wir eben die Fälle, die bei uns in die Neurochirurgie kommen, einen Hirntumor, und sehr lange Früh-Reha-Zeiten vor sich haben. Da sind Leute, die mit allem, was die Medizin hat, behandelt sind, dort sehr lange liegen, wo sehr viel Ressource reingegangen ist und die dann logischerweise auch einen sehr langen Zeitraum brauchen, um wieder auf die Beine zu kommen. Dieser Zeitraum ist so lange, dass er üblicherweise nicht vor Ort gemacht werden kann. Es gibt zwei, drei Beispiele, die können das noch vor Ort machen, aber der

übliche Fall ist, dass das nicht vor Ort gelingen kann. Das führt dann wiederum dazu, dass, wenn wir das qualitativ vernünftig machen wollen, aber auch in dem Finanzierungsrahmen bleiben wollen – wir reden hier ganz grob über weitere 50 Tage, die da anliegen –, in der Regel verlegt wird in eine andere Institution, wo das dann fortgesetzt wird. Bundesweit sieht das etwas anders aus. Da ist die Logik eher, dass wir das Richtung Zentren machen oder zu organisieren versuchen, was wir in NRW über einen Sonderweg, wo wir uns anders organisiert haben, bisher nicht gemacht haben. Die Tatsache, dass das so organisiert ist, kann man überdenken. Das kann man sicherlich optimaler machen. Es spielt aber bisher, glaube ich, in der gegenwärtigen Planung, im Krankenhausplan keine Rolle. Das wäre aber durchaus etwas, was man sich dort noch mal vornehmen könnte.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Dann wurde auch an Herrn Wilde eine Frage gestellt.

Constantin Wilde (Verband der Privaten Krankenversicherung [per Video zugeschaltet]): Ich möchte an die Ausführungen von Herrn Henke zum Thema „Digitalisierung“ anknüpfen und auch meinerseits auf zukunftsweisende telemedizinische Projekte hinweisen. Es geht hierbei darum, dass in anspruchsvollen Fachbereichen, wie zum Beispiel seltene Erkrankungen oder Intensivmedizin, von leistungsstarken Zentren eine herausragende Expertise in Krankenhäuser in den Regionen gegeben wird. Hier sind ja auch schon die beiden Zentren Aachen und Münster erwähnt worden. Das bedeutet, dass die Patienten eine fachliche Einschätzung und Absicherung von externen Experten erhalten und dadurch unter Umständen auch nicht in Zentren bettverlegt werden müssen, sondern weiter wohnortsnah behandelt werden können.

In NRW existiert das vom MAGS aufgesetzte Projekt „Virtuelles Krankenhaus“. Herr Henke hat es bereits erwähnt. Darüber hinaus gibt es in einer Ausgründung der RWTH Aachen ein vergleichbares Projekt mit einer sehr beeindruckenden Hardware auf Basis von künstlicher Intelligenz. Bei letzterem Projekt sind wir als PKV Kooperationspartner. Wir halten es durchaus für sehr sinnvoll, dass derartige telemedizinische Kooperationen bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Dann kommen wir zum vdek, zu Herrn Ruiss.

Dirk Ruiss (vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Wir hatten uns abgesprochen – Herr Dr. Loeser hat einen Großteil der Fragen –, dass er beginnt, und dann ergänze ich.

Vorsitzende Heike Gebhard: Das können wir so machen. – Bitte.

Dr. Simon Loeser (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse): Ich beginne mit den Fragen von Herrn Mostofizadeh zu den Zentren auf dem Land. Dazu hat Herr Henke schon viel ausgeführt. Ich möchte noch mal die Logik darstellen. Historisch

gewachsene Zentren wollen wir natürlich auf keinen Fall kaputtmachen, wenn man es mal so drastisch ausdrückt. Wir wollen insgesamt natürlich, dass dieser Plan ohne Widerstände implementiert wird und wir jetzt hier keine Revolution auslösen, sondern wirklich im Sinne der Patientinnen und Patienten vorsichtig vorgehen. Deswegen ist gegen historisch gewachsene Zentren auf dem Land, die es jetzt schon gibt, überhaupt nichts zu sagen. Keiner hat vor, daran etwas zu ändern. Aber wenn man sich nach der Erreichbarkeitslogik anguckt, wo man eine gute Erreichbarkeit hat für ein Zentrum, dann stellt man fest, dass es dann ist, wenn es in der Mitte von einer großen Stadt steht. Deswegen würden primär unter Erreichbarkeitskriterien, wenn wir sagen, wir wollen, dass die Leute möglichst schnell auch die spezialisierte Versorgung bekommen – das ist nicht der absolute Maßstab, aber natürlich schön –, solche Zentren primär da entstehen, wo viele Leute wohnen, und das sind dann die Ballungszentren. Wir werden da berücksichtigen, was es in der Landschaft schon gibt, aber die favorisierten Standorte sind natürlich da, wo auch die Patientinnen und Patienten sind.

Dann wurden als Themen die weichen Faktoren im Krankenhausplan genannt, die Digitalisierung, die Barrierefreiheit, die Klimaanpassung. Das sind Aspekte, die im Plan formuliert sind. Die sind dort aber nicht so formuliert, dass sie algorithmisch, automatisch in einer klaren Weise in den regionalen Planungskonzepten so berücksichtigt werden. Wir werden das natürlich respektieren. Dazu gehört zum Beispiel auch die Arzneimittelversorgung, wo es uns ein ganz großes Anliegen ist, dass wir solche Konzepte wie 0,0 Medikationsfehler, die es da gibt, auch mitberücksichtigen, denn die Arzneimitteltherapie ist ein ganz wichtiges Qualitätskriterium im Krankenhaus. Auch das ist ein weiches Kriterium, das nicht algorithmisch eingebunden ist, wo ich aber auch denke, dass es eine Rolle spielen muss.

Herr Neumann hat nach den 200 Millionen Euro und nach dem Anteil der GKV gefragt, bzw. dass die GKV möglicherweise auch noch Geld dazusteuern sollte. Hier muss man mal eine Modellrechnung aufmachen. Das InEK hat in der Kalkulation der Investitionskosten rausbekommen, dass ungefähr 10 % der Budgets der Krankenhäuser für Investitionen notwendig sind für den Substanzerhalt. Wir sind in NRW bei 3,5 %. Wenn man mal die 200 Millionen umrechnet auf das, was das prozentual an Investitionsmitteln ausmacht, dann ist das ein gutes Prozent. Also, ich würde jetzt mal aus dem Stand sagen, dass diese 200 Millionen nicht völlig unbegründbar sind. Das ist eine Summe, die macht ungefähr 1 % der Investitionen aus. Wir wären, wenn wir mal das Investitionsniveau aus dem 90ern mit 10 % anlegen, mit ein paar Mal 200 Millionen immer noch nicht auf dem Niveau. Das ist aber das Dilemma, dass die Kassen eigentlich die Investitionen sowieso schon die ganze Zeit finanzieren. Das wird nämlich aus den DRGs finanziert. Über 5 %, 6 %, unserer Ausgaben für die Krankenhäuser sind nicht Betriebsmittelfinanzierung, sondern werden schon notgedrungen von den Krankenhäusern für Investitionen genutzt, weil derjenige, der eigentlich dafür zuständig ist, wenn man mal ins KHG guckt, das nicht macht.

Wir können die 200 Millionen von unserer Seite natürlich nicht bezahlen, weil es erstens nicht unsere gesetzliche Aufgabe ist und zweitens wir unter den Rahmenbedingungen eines bundesweiten mobilitätsorientierten Risikostrukturausgleichs als nordrhein-westfälische Kassen überhaupt nicht die Refinanzierung dafür bekommen würden. Es ist schlicht nicht möglich, dass wir Investitionsmittel aufbringen. Also, die

Sympathie für den Vorschlag ist schon da, und man wird Mittel brauchen, um das zu stemmen. Ich weiß nicht, ob 200 Millionen reichen. Das müssten die Experten wissen. Aber gemessen an dem gesamten Investitionsbedarf, den das InEG berechnet auf der Basis der Investitionsbewertungsrelationen, ist es nicht viel. Es muss natürlich finanziell gefördert werden. So ein Wechsel kommt nicht von alleine. Der finanziert sich nicht von alleine. Dass die Debatte um das Geld aufgemacht wird, das können wir nachvollziehen, können da aber leider nicht helfen.

Herr Matheisen hat gefragt, was mit „lernendem System“ gemeint ist und wie der Blick in die Zukunft aussieht, wie das Thema „Digitalisierung“ hier reinspielt im Rahmen der Krankenhausplanung. Hier muss man unterscheiden: Meint man Digitalisierung im Krankenhaus bei den Behandlungsprozessen, oder meint man Digitalisierung in der Umsetzung des Krankenhausplans? Beides ist total wichtig. Aber was jetzt wirklich drängt, ist, dass wir diesen Krankenhausplanungsprozess digital hinbekommen, weil es, glaube ich, für keine Seite verwaltungstechnisch handelbar ist, wenn wir das so machen, wie es früher gewesen ist, mit SA-2-Statistik. Da kommen wir bei der Komplexität des Systems mit 64 Leistungsgruppen nicht hin. Eine Digitalisierung ist hier auf jeden Fall erforderlich. Das ist ja auch zum Beispiel von der Krankenhausgesellschaft NRW schon mal angesprochen worden.

Lernenden System, was meint das? – Wir gehen davon aus, dass wir die großen Umwälzungen in der Versorgungslandschaft, in der stationären Landschaft nicht mit der Einführung des neuen Plans erwarten dürfen, sondern es ist im Grunde mehrstufig. Wir müssen jetzt eine Planungssystematik etablieren, die uns Transparenz verschafft, die uns Steuerungsoptionen gibt. Dann kann man darauf aufbauend in weiteren Planungsphasen langsam gucken, dass man evolutionär im Sinne der Patientinnen und Patienten die stationäre Landschaft weiterentwickelt. Das meint eigentlich „lernendes System“. Wir implementieren jetzt sehr vorsichtig die neue Logik. Wir werden daraufhin keine kompletten Umwälzungen vornehmen, sondern wir gucken, wo es passt, wo wir nachsteuern müssen. Dann wird da nachgesteuert. Und dann kann man langsam in das System reinrutschen, wo auch wirklich Konsequenzen aus diesem neuem Planungssystem passieren. Das wird kein Umbruch von heute auf morgen sein. Das wird auch keiner verkraften. Das werden die Häuser nicht verkraften. Das wollen auch die Patientinnen und Patienten nicht. Vielmehr werden wir reinwachsen in eine bessere Versorgung. Auch das ist mit „lernendem System“ aus unserer Sicht gemeint.

Frau Gebhard, das Thema, das Sie angesprochen haben, die Bedarfsberechnung: Hier ist ja die überraschende Erkenntnis – wir sind ja die AOK Rheinland/Hamburg –: Wir haben in Hamburg als einziges großes Ballungszentrum wohnortbezogen viel weniger Krankenhausbehandlungen. Es ist also nicht so, dass wir in den Städten durchweg mehr Behandlungen haben. Das ist auch gar nicht das, was ich eben gemeint habe.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich hatte angeknüpft an die Darstellung von Herrn Henke, was die Zahlen in NRW betrifft. In der Tat, wir haben eine Sozialstruktur, die kann man nicht mit Hamburg vergleichen. Ich glaube, das muss ich nicht länger ausführen. Infolge dessen ist die spezielle Darstellung, die Herr Henke geliefert hat, nach

meiner Wahrnehmung zurückzuführen auf die Struktur insbesondere in den Ballungsgebieten. Das heißt, die sind verantwortlich dafür, dass wir diese hohe Zahlen haben. Die Frage ist: Akzeptiere ich diese Zahlen, weil die Behandlungsfälle notwendig sind, oder unterstelle ich, sie sind gar nicht notwendig, weil die kommen nur zustande, weil das Angebot da ist? Wenn die letzte Logik da ist, dann kann ich zum Teil dem, was Sie gesagt, folgen. Wenn man das andere akzeptiert, müsste man zu anderen Ergebnissen kommen.

Dr. Simon Loeser (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse): Jetzt kommt ein ganz wichtiger Punkt. Wir kamen ja auch auf der Basis des Gutachtens von Lohfert & Lohfert zu dem Punkt, dass wir gesagt haben, es gibt eine Überversorgung. Aber die Überversorgung ist nicht so gemeint, dass wir zu viele Fälle haben, sondern die Überversorgung ist so gemeint, dass wir zu viele Strukturen haben, auf die sich diese Fälle aufteilen. Das ist der Ansatzpunkt, wie die Versorgung wirtschaftlicher und besser aufgestellt werden kann. Wir müssen gar keine stationären Behandlungen vermeiden, und wir würden das auch akzeptieren. Die Systematik der Bedarfsberechnung akzeptiert auch versorgungsgebietsbezogen, dass hier historisch höhere Inanspruchnahmen zu finden waren. Das ist ja im Grunde eine Fortschreibungslogik, die man hier findet. Da wird zwar über Verweildauerprognosen und Ambulantisierung ein bisschen was dran gedreht, aber im Prinzip akzeptieren wir die historischen Inanspruchnahmen dadurch, dass die ganze Analyse auf den 21er-Daten des Jahres 2019 aufbaut. Da ist im Grunde die Sozialstruktur mit den erhöhten Inanspruchnahmen schon drin. Das wurde auch an keiner Stelle im Verfahren kritisiert dahingehend, dass wir sagen, wir müssen jetzt hier 15 % mit den Fällen runter. Das war nicht so. Aber die unnötige Fragmentierung dieser Behandlungen in den Ballungszentren auf ganz viele Krankenhäuser ist der zentrale Hebel, mit dem wir hier die Verbesserungen angehen können, dass wir hier Vorhaltekosten reduzieren können, medizinische Exzellenz entwickeln können, Weiterbildung für die Kolleginnen und Kollegen verbessern können, die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern können, die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessern können. Das alles resultiert im Grunde in einer Umverteilung der Behandlungszahlen, die wir akzeptieren, die wir für gegeben nehmen, weil die Soziodemografie ändert man nicht von heute auf morgen, aber diese Behandlungen werden jetzt verteilt auf leistungsstärkere oder fallzahlstärkere Einheiten mit allen Qualitätsgewinnen, die damit verbunden sind. Das ist der Hebel. Deswegen würde ich Ihre Frage, ob wir hier irgendwas unter den Tisch fallen lassen oder ob wir akzeptieren, dass wir mit unserer Soziodemografie in einzelnen Ballungszentren auch hohe Zahlen haben, so beantworten: Wir akzeptieren das, und wir würden das auch weiter sicherstellen wollen, dass dieser Bedarf gedeckt ist.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich bedanke mich.

Ich schaue in die Runde. Es sieht nicht so aus, als wenn die Abgeordneten noch weitere Fragen hätten. – Das ist auch so und bleibt so.

Dann darf ich mich ganz herzlich bei Ihnen allen bedanken für die Geduld, die Sie mit uns hatten. Sie kennen das Verfahren. Sobald das Protokoll dieser Anhörung vorliegt,

wird der Ausschuss dies auf seine Tagesordnung nehmen und entsprechend auswerten. Das ist wieder transparent auf der Landtagsseite nachvollziehbar.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen einen guten Heimweg. Da wir schon im Dezember sind: Ich wünsche Ihnen eine angenehme Adventszeit, wenn wir uns nicht mehr sehen sollte, frohe Weihnachten und einen guten Start ins neue Jahr. Bleiben Sie gesund!

gez. Heike Gebhard
Vorsitzender

Anlage

22.12.2021/30.12.2021

15

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für
das Land Nordrhein-Westfalen**
Vorlage 17/5764

am Mittwoch, dem 1. Dezember 2021
16.00 Uhr, Raum E3 A02

Tableau

| eingeladen | Teilnehmer/innen | Stellungnahme |
|---|--|----------------|
| Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Jochen Brink Düsseldorf | Matthias Blum Dr. Peter May | 17/4589 |
| Ärztammer Nordrhein Körperschaft des Öffentlichen Rechts Rudolf Henke Düsseldorf | Rudolf Henke Dr. Christian Köhne | 17/4602 |
| Ärztammer Westfalen-Lippe Körperschaft des Öffentlichen Rechts Dr. med. Johannes Albert Gehle Münster | Dr. Johannes Albert Gehle Dr. Markus Wenning | 17/4594 |
| Klinik am Kaiserteich GmbH Professor Dr. Dr. Jörg Handschel Düsseldorf | Prof. Dr. Dr. Jörg Handschel | 17/4597 |
| RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Professor Dr. Boris Augurzky Essen | keine Teilnahme | 17/4605 |
| Katholischer Krankenhausverband Deutsch- lands (kkvd) Ingo Morell Berlin | keine Teilnahme | 17/4591 |
| Jüngerkes und Schlüter Krankenhausbera- tung Dr. Christian Heitmann (Geschäftsführer) Ratingen | Dr. Max Skorning <i>(per Videozuschaltung)</i> | 17/4595 |
| Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für Alle !“ Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V Dr. Susanne Quast Düsseldorf | Thomas Zmrzly | 17/4608 |

| eingeladen | Teilnehmer/innen | Stellungnahme |
|--|--|----------------|
| Verdi NRW Landesfachbereich 03 Düsseldorf | keine Teilnahme | -/- |
| Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW Städtetag NRW Köln | keine Teilnahme | 17/4568 |
| Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW Städte- und Gemeindebund NRW Düsseldorf | | |
| Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW Landkreistag NRW Düsseldorf | | |
| Christian Engler c/o Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Regionalgeschäftsführer NRW Düsseldorf | Christian Engler | 17/4601 |
| Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Köln | Constantin Wilde <i>(per Videozuschaltung)</i> | 17/4583 |
| vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Dirk Ruiss Düsseldorf | Dirk Ruiss | 17/4557 |
| AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Dr. Simon Loeser Düsseldorf | Dr. Simon Loeser | |

weitere Stellungnahme:

Landesarbeitsgemeinschaft Neuroreha NRW

Stellungnahme 17/4611