



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

134. Sitzung (öffentlich)

2. Februar 2022

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:33 Uhr bis 15:20 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Viertes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen

3

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/15517

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

* * *

Vorsitzende Heike Gebhard: Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf Sie alle sehr, sehr herzlich zur 134. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Landtag begrüßen. Besonders begrüße ich Vertreter der Landesregierung. Natürlich begrüße ich ganz besonders herzlich die Damen und Herren Sachverständige. Zuhörerinnen und Zuhörer, Medienvertreter, soweit vorhanden, begrüße ich ebenfalls, und zwar nicht nur die vor Ort, sondern auch die, die uns online verfolgen. Ganz besonders begrüße ich natürlich den Sitzungsdokumentarischen Dienst, der sicherstellen wird, dass wir auch von dieser Anhörung wie gewohnt ein Wortprotokoll erhalten, das dann öffentlich für jedermann und jedefrau zugänglich ist.

Die Einladung zur heutigen Sitzung ist Ihnen mit der Nummer 17/2197 bekannt gegeben worden.

Wir beraten heute:

Viertes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/15517

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

(Überweisung des Gesetzentwurfs an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 24.11.2021)

Ich eröffne hiermit die heutige Anhörung.

Ich weise darauf hin, dass uns der Gesetzentwurf am 24. November vergangenen Jahres zur alleinigen Beratung überwiesen worden ist. Wir haben uns am 8. Dezember 2021 darauf verständigt, eine Anhörung durchzuführen. Das wollen wir heute tun.

Ich weise insbesondere für unsere externen Gäste darauf hin, dass wir, falls Sie das noch nicht registriert haben, zurzeit pandemiebedingt besondere Regelungen im Landtag haben. Das heißt, auch Ausschussmitglieder und nicht nur Sachverständige können sich auch online zuschalten und gegebenenfalls das Wort ergreifen. Das war in der Vergangenheit nicht der Fall. Wir bemühen uns, so wenig wie möglich präsent zu sein und die Zahl der Personen in den Sitzungssälen zu reduzieren.

Ferner weise ich noch darauf hin, dass wir – das Tableau liegt am Eingang aus – von vier Sachverständigen keine schriftliche Stellungnahme erhalten haben und es zwei Sachverständigen nicht möglich ist, an der heutigen Sitzung teilzunehmen. An dieser Stelle grüße ich noch einmal alle Sachverständigen, ob im Netz oder aber vor Ort, gleichermaßen herzlich.

Diejenigen, die das schon häufiger mitgemacht haben, wissen, der Ausschuss – das konnten sie auch an der Zahl erkennen, zur wievielten Sitzung heute in dieser Legislaturperiode eingeladen wurde – hat eine relativ hohe Schlagzahl. Deshalb haben wir grundsätzlich miteinander vereinbart, dass wir keine Eingangsstatements bei Sachverständigenanhörungen vorsehen. Sie dürfen immer unterstellen, dass die Damen und Herren Abgeordnete Ihre schriftlichen Stellungnahmen gut studiert haben und sich in der Lage sehen, Sie sofort mit Fragen zu konfrontieren. Die Damen und Herren Abgeordnete darf ich wie immer bitten, möglichst präzise zu sagen, an wen sich die Fragen richten.

Noch ein letzter Hinweis für die Damen und Herren Abgeordnete, die beabsichtigen, Fragen an das PatientInnen-Netzwerk zu stellen. Da habe ich die herzliche Bitte, diese Fragen bereits in der ersten Fragerunde zu stellen, weil Herr Bornes möglicherweise nicht bis zum Ende teilnehmen kann. Wenn Sie direkt eine Antwort haben möchten, wäre es sinnvoll, die Fragen bereits in der ersten Fragerunde zu stellen.

Ich darf dann die Damen und Herren Abgeordnete um ihre Wortmeldungen bitten. Ich habe schon die Wortmeldungen von Herrn Dr. Vincentz und vom Kollegen Preuß gesehen. Herrn Kollegen Mostofizadeh habe ich ebenfalls registriert. Als Erster steht aber auf meiner Redeliste Kollege Yüksel. Bitte schön.

Serdar Yüksel (SPD): Frau Vorsitzende, herzlichen Dank. – Namens der SPD-Fraktion vielen Dank für die Stellungnahmen zum Gesetzentwurf zum Krankenhausgestaltungsgesetz.

Meine erste Frage geht an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Herr Blum, Sie haben in Ihrer Stellungnahme aus meiner Sicht sehr ungewöhnlich, aber auch klar beschrieben, dass aus Ihrer Sicht ein nicht nachvollziehbares und nicht hinnehmbares Signal des Misstrauens von diesem Gesetzentwurf ausgeht. Überdies sagen Sie, stehe die Festlegung im direkten Widerspruch zur eigenen Politik der Landesregierung. Sie haben zu den Änderungen im klassischen Sinne Stellung genommen. Uns interessiert insbesondere die Kostenabschätzung im vorliegenden Gesetzentwurf. Da gibt es einen Widerspruch, den Sie beschreiben. Sana und die Caritas schließen sich Ihren Ausführungen im Wesentlichen an. Deshalb geht an Sie die Frage, inwieweit die vier Themenblöcke aus Ihrer Sicht tatsächlich geeignet sind, um eine Verbesserung für die Patientinnen und Patienten zu erreichen und wie insbesondere mit der Frage der Patientenakten in einem Insolvenzfall umzugehen ist.

Meine zweite Frage geht an Frau Middendorf. Frau Middendorf, die KGNW beschreibt, dass die aufgeführten Normen zu den Besucherzeiten der Coronapatienten zu keinem Zeitpunkt problematisch gewesen seien. Auch hierzu gibt es von Sana und dem Katholischen Krankenhausverband gleichlautende Stellungnahmen. Sie haben in Ihrer Funktion als Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in den letzten Monaten einen direkten Draht gehabt. Insbesondere würde uns Ihre Meinung interessieren, wie Sie die Regelungen zu Besuchsrechten problematisieren und weshalb aus Ihrer Sicht eine Regelung im Gesetz notwendig ist.

Ich habe noch eine Frage, die Richtung Kassenärztliche Vereinigung geht. Sie problematisieren, dass aus Ihrer Sicht hiermit ein Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung einhergeht, der für Sie nicht hinnehmbar ist. Das gilt insbesondere für die Frage der Triagierung. Dazu würde uns Ihre Meinung interessieren. Insbesondere gibt es auf der Bundesebene eine Regelung des G-BA. Inwieweit halten Sie es für sinnvoll, neben einer Verankerung über das SmED-Verfahren auch eine Verankerung in das Landesrecht vorzunehmen?

Das wären meine Fragen in der ersten Runde.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrte Damen und Herren! Auch von unserer Seite aus zuerst einmal ein großes Dankeschön für die bereits eingegangenen Stellungnahmen und für die Möglichkeit, Ihnen heute ein paar Fragen stellen zu können.

Zunächst eine Frage an die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und Frau Quast. Die Ärztekammer Nordrhein fordert in ihrer Stellungnahme in § 11 eine bessere Berücksichtigung der Belange von schwangeren und stillenden Mitarbeiterinnen. Wie könnte das aussehen? Muss es dazu eine gesetzliche Regelung geben, oder gibt es untergesetzliche Maßnahmen, die auch zum Ziel führen könnten?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Blum von der Krankenhausgesellschaft, oder wer auch immer von Ihnen antworten möchte. Während man sich in anderen Stellungnahmen mit Kritik ein bisschen zurückgehalten hat, lese ich aus Ihrer Stellungnahme an verschiedenen Punkten recht deutlich Kritik heraus. Können Sie noch einmal skizzieren, was die großen Punkte sind und an welcher Stelle das auseinandergeht bzw. was Sie sich anders wünschen würden? Wo liegen die großen Problemstellungen innerhalb des Gesetzes? Von Ihnen – so empfand ich das zumindest – gab es nämlich die deutlichste Kritik am Gesetzentwurf.

Dann eine Frage an die Sana Kliniken, an den kkvd und ebenfalls die Krankenhausgesellschaft. Es hat im Zuge der Pandemie viel Kritik an den Zugangsregelungen zu den Krankenhäusern, konkret an den Besuchsmöglichkeiten, gegeben. In einigen Stellungnahmen heißt es, es bedarf dafür eigentlich keiner weiteren gesetzlichen Regelung. Können Sie herleiten, wo Sie die Probleme sehen, weshalb es an vielen Stellen vielleicht zu Kritik gekommen ist? Wo gab es Probleme rund um das Besuchsrecht? Weshalb könnte eine gesetzliche Regelung aus Ihrer Sicht eher hinderlich sein?

Eine letzte Frage an Herrn Morell. Sie bewerten die Aufsichtsregelungen – Zitat – „ohne rechtlichen Mehrwert“ und als Wortgeklingel. Was genau stört Sie an diesen Regelungen, und wie könnten sie vielleicht im Gesetzentwurf anders formuliert werden?

Danke schön.

Peter Preuß (CDU): Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren! Zunächst einmal herzlichen Dank an die Sachverständigen für die eingegangenen Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute hier sind, um Fragen zu beantworten.

Ich habe drei Fragenkomplexe. Der eine Komplex betrifft die Ersteinschätzung. Eine Frage richtet sich an die KGNW. In der Stellungnahme ist von einer Doppelregelung durch das Einschätzungsverfahren die Rede. Sie beziehen sich dabei auf § 12 Nr. 2 der G-BA-Regelungen. Sie sagen, es gibt bereits eine G-BA-Regelung. Es stellt sich die Frage, ob nicht unterschiedliche Ziele zwischen der G-BA-Regelung auf der einen Seite und dem Krankenhausgestaltungsgesetz, wie es im Entwurf vorliegt, auf der anderen Seite verfolgt werden. Auf der einen Seite geht es bei den G-BA-Regelungen um die Frage der Qualitätssicherung, während es auf der anderen Seite um die Frage der Kontrolle im Rahmen der Rechtsaufsicht geht.

In dem Zusammenhang habe ich eine Frage an die KVWL und die AOK. Können Sie die Vor- und Nachteile dieses Einschätzungsverfahrens und die Qualitätsanforderung an bestehende Systeme benennen?

Der zweite Fragenkomplex betrifft den Nachweis freier Kapazitäten. Da habe ich eine Frage an die KGNW und Herrn Morell. Sie regen an, in § 11 den Begriff „gesundheitsrechtliche Vorschriften“ durch „krankenhausrechtliche Vorschriften“ zu ersetzen. Nach meinem Verständnis würde der Begriff „krankenhausrechtliche Vorschriften“ weit über den Begriff „gesundheitsrechtliche Vorschriften“ hinausgehen und im Grunde genommen auch andere Bereiche des Krankenhauses betreffen, zum Beispiel auch baurechtliche Maßnahmen.

In dem Zusammenhang die Frage an den VdEK und die AOK: Halten Sie es bei all den Meldeverpflichtungen, denen die Kliniken bereits jetzt unterliegen, für notwendig, über den Weg einer Rechtsverordnung die Mitwirkungspflicht der Kliniken zur Lieferung weiterer Angaben zu regeln? Welchen Mehrwert können Sie dabei erkennen?

Noch eine letzte Frage an Herrn Morell und die KGNW betreffend den Patientenführsprecher: Ist es sinnvoll, die Funktion eines Patientenführsprechers gesetzlich zu regeln, und wie sehen Sie mögliche Finanzierungslücken?

Danke.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende, werte Kolleginnen und Kollegen! Auch von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehr herzlichen Dank für die Stellungnahmen. Ich habe mit großer Freude – so würde ich es einmal nennen – die Stellungnahme der KGNW heute Morgen noch einmal gelesen, damit ich sozusagen die Frontstellungen sehr klar vor Augen habe, die im Prinzip, wenn ich das richtig interpretiere, sagt, pack ein und geh mit dem Gesetz wieder nach Hause. Andere, glaube ich, gehen in eine etwas andere Richtung. Deshalb haben wir, was bei Anhörungen nicht immer der Fall, doch eine relativ klare Ausgangslage. Daher will ich die vielen klugen Fragen, die die Kollegen schon gestellt haben, nicht doppeln, sondern ergänzen.

Tatsächlich frage ich zu einer Stelle etwas spezifiziert an die KGNW. Sie sprechen von milliardenschweren Zusatzkosten, wenn das Gesetz so greifen würde. Das würde ich gerne spezifiziert haben und dargestellt bekommen, wie so etwas durchsetzbar wäre – das ist ein Hinweis, der von der Politik sehr ernst zu nehmen ist –, wenn so etwas auf uns zukommen würde. Die anderen Krankenhausvertreter können sich auch äußern,

wenn Sie dazu Stellung nehmen möchten. Ich lade Sie ausdrücklich dazu ein. Das ist das eine.

Ich würde gerne die Frage, die Herr Yüksel angesprochen hat – Stichwort: Wie sieht es denn mit den Besuchsmöglichkeiten in den Krankenhäuser in letzter Zeit aus? –, aufgreifen. Er hat die Patientenbeauftragte angesprochen. Ich würde die Frage gerne auf Herrn Bornes ausweiten und ihn bitten zu berichten, wie aus seiner Sicht in den vergangenen zwei Jahren die Lage gewesen ist.

Dann würde ich auch gerne den VdEK um Stellungnahme bitten. Just gestern hatte ich ein längeres Gespräch mit Herrn Karagiannidis zur Frage der tatsächlichen Belastung der Krankenhäuser. Er geht davon aus, dass die Belastung der Krankenhäuser, also die Hospitalisierungsrate, mindestens fünfmal höher ist als sie im Moment tatsächlich vom MAGS abgebildet wird. In der Stellungnahme ist schon der Hinweis gegeben worden, dass das mit den verspäteten Zeiträumen zusammenhängt. Bezogen auf das Gesetz bitte ich die den VdEK und die KGNW, dazu noch einen Hinweis zu geben. Es wäre von hohem Interesse, da vernünftige Daten zu bekommen. Können Sie uns vielleicht schildern, mit welchen Mechanismen das zu erreichen wäre?

Meine letzte Frage richtet sich auch an den VdEK. Da geht es um die Frage der Notfallversorgung und die Auswahlmöglichkeiten. Wenn ich Ihre früheren Stellungnahmen richtig verstanden haben, bemängeln Sie eher, dass zu viele Menschen beim Screening im Krankenhaus landen, die eigentlich auch woanders landen könnten. Können Sie noch einmal darstellen, ob Sie insofern die jetzt im Gesetz enthaltenen Formulierungen für tragfähig halten? Oder schlagen Sie etwas anderes vor?

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. Zu Beginn habe ich auf einen Punkt nicht hingewiesen. Der VdEK ist krankheitsbedingt auch im Stream nicht vertreten. Das heißt, Herr Dr. Loeser müsste das gegebenenfalls mit übernehmen. Er nickt. Er hat damit gerechnet. – Jetzt hat aber noch Frau Kollegin Hannen das Wort. Bitte.

Martina Hannen (FDP): Meine Damen und Herren, auch im Namen der FDP-Fraktion ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen für ihre Stellungnahmen und dass Sie heute bei uns sind und wir noch Fragen stellen können.

Es dreht sich immer um ein, zwei Themenkomplexe. Ich möchte die noch einmal aufgreifen und das an der einen oder anderen Stelle konkretisieren. Meine erste Frage geht an Herrn Blum und an Herrn Engler.

Sie begrüßen in Ihrer Stellungnahme grundsätzlich die im Gesetzentwurf vorgesehene verbindliche Etablierung des Patientenfürsprechers. Kann aus Ihrer Sicht damit eine bessere Information über dieses Amt, eine Verbesserung innerhalb des Auswahlprozesses sowie auch bei der Unterstützung der Arbeit des Patientenfürsprechers erreicht werden, oder glauben Sie, dass wir das durch weitere Konkretisierungen noch sinnvoller gestalten können?

Eine zweite Frage geht an Frau Middendorf, Herrn Bornes und Herrn Dr. Loeser. Da geht es – das ist schon mehrfach von den Kolleginnen und Kollegen angesprochen

worden – um die Besuchsregelungen. Die Begründung für die neuen Besuchsregelungen sowie die verbindliche Etablierung des Patientenfürsprechers sind insbesondere die Erfahrungen gewesen, die wir im Rahmen der Pandemie gewonnen haben. Können Sie – ich weiß, die Kollegen haben auch schon in diese Richtung argumentiert – noch einmal darstellen, in welchem Ausmaß Sie Beschwerden zu Besuchsverboten erreicht haben, und wie bewerten Sie in dieser Hinsicht die Kritik vonseiten der Krankenhausträger, dass mit dieser Neuregelung zusätzliche bürokratische Hürden aufgebaut werden?

Danke schön.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke. Damit haben wir Fragen von allen Fraktionen vorliegen. Ich schlage vor, dass wir in der Reihenfolge des Tableaus die Fragen beantworten lassen. Die KGNW hat ein sehr großes Päckchen bekommen. Herr Blum, ich nehme an, Sie machen den Aufschlag. Bitte schön.

Matthias Blum (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordnete, meine sehr geehrten Damen und Herren! Zunächst herzlichen Dank, dass wir die Gelegenheit haben, die – ich gebe zu – langen 21 Seiten heute vielleicht noch etwas zu erläutern.

Zunächst einmal würde ich gerne die Fragen hinsichtlich der Kritik und des Misstrauens – das ist einerseits von Herrn Yüksel und andererseits von Herrn Dr. Vincentz, einmal SPD und einmal AfD, gekommen – etwas zusammenfassen, weil das ging nach meinem Eindruck zweimal in die gleiche Richtung. Ansonsten bitte ich das gegebenenfalls noch durch eine Nachfrage zu korrigieren.

Wenn Sie sich einmal in die Lage der Häuser und auch von uns als Verband versetzen, dann ist es so, dass wir nun im dritten Pandemiejahr schon den Eindruck haben, dass es eine gute Zusammenarbeit gab. Ich fange bei den Krankenkassen an. Das beginnt bei der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und erstreckt sich auf die Zusammenarbeit mit dem Ministerium und den Bezirksregierungen. Wir glauben schon, dass wir alle in einem engen Kontakt miteinander stehen. Daher hat uns, als wir den Gesetzentwurf aufgeschlagen haben, schon einigermaßen überrascht, dass man jetzt mit vielen Regelungen sehr detailliert Dinge aufgreift.

Auf der einen Seite hat es unseres Erachtens sicherlich am Anfang hier und da einmal gerumpelt. Keine Frage, es hat nicht immer alles auf Anhieb geklappt. Ich nenne insbesondere einmal den Bereich der Besuchsregelungen, aber auch da erinnern wir uns alle daran, dass es einmal Besuchsverbote in Altenheimen gab. Ich glaube, heute würde das keiner noch einmal so machen, aber wir haben alle in dieser Pandemie gelernt. Wir glauben aber auf der anderen Seite, dass sich die Häuser immer im Rahmen dessen so verhalten haben, wie das eigentlich angemessen war.

Vor diesem Hintergrund haben uns wirklich verschiedene Regelungen schon einigermaßen überrascht. Deshalb haben wir auch von dem Signal des Misstrauens gespro-

chen, weil wir schon im Hinblick darauf, dass die Zusammenarbeit so gut war, eher einen Bürokratielockdown erwartet hatten und man weniger an dieser Stelle macht, zumal definitiv die Zusammenarbeit mit den Bezirksregierungen und dem Ministerium gut war. Umso mehr haben wir das an der Stelle als Widerspruch zu dem gesehen, was man eigentlich praktiziert. Es mag dafür sicher im Einzelnen Gründe geben, die uns nicht bekannt sind. Darauf komme ich gleich noch einmal zu sprechen.

Schauen wir uns einmal kurz die einzelnen Punkte an. Im Hinblick auf das Erstein-schätzungsverfahren kann ich zugleich das beantworten, wonach Herr Preuß gefragt hat. Ich fasse das einmal kurz zusammen. Es gibt einmal das SmED-Verfahren, das aus der Schweiz mit den Red Flags und dem Smash zusammengefasst worden ist, das ursprünglich für die Notfallnummer 116 117 für den niedergelassenen Bereich vorgesehen war. Da hat man ein weiteres Modul geschaffen. Das ist der eine Teil, den es gibt.

Seit längerer Zeit läuft das Ganze bereits für den Bereich der stationären Notfallversorgung über die Manchester-Triage. Letztendlich haben wir eine entsprechende Regelung im G-BA bekommen. Das haben wir in unserer Stellungnahme auch ausgewiesen. Wir haben uns folgende Frage gestellt: Im G-BA wird es eine Regelung geben, die definitiv kommen wird – bis Juli dieses Jahres, wahrscheinlich bis zum 20., wird sie vorliegen –, wie man im Prinzip ... Ich will das etwas genauer erklären. Manchester-Triage ist im Prinzip eine Art Festlegung der Reihenfolge. Ich bin im Krankenhaus und lege dann die Reihenfolge der Behandlungen mit Farben fest. Das geht von 0 Minuten mit Rot bis zu 120 Minuten mit Grün. Bei dem, was der G-BA machen will, geht man hin und sagt, wenn der Patient in das Krankenhaus kommt, dann soll mittels dieser Regelung festgelegt werden, was zu prüfen ist, damit festgestellt werden kann, ob der Patient hier richtig ist oder ob er gegebenenfalls irgendwo anders hin verwiesen werden muss.

Im Grunde genommen haben wir dann zusammen mit 116 117 und der SmED-Geschichte schon drei Sachen. Damit hätten wir dann die vierte Sache. Ganz offen gestanden fehlt uns da ein bisschen die Fantasie, wofür das noch gut oder auch nötig sein soll. Es wäre nicht nur eine Doppelregelung – nehmen wir jetzt einmal 116 117, SmED etc. weg –, sondern eine Dreifachregelung. Das wäre zu viel.

Dann zu der Frage der Kontrolle. Es ist heute schon, ich glaube unstreitig, dass die Landesbehörden über die MDK Kontrollrichtlinie im Prinzip die Kontrollen selbst durchführen lassen. Das heißt, es gibt keinen Grund, zusätzlich eine Kontrollmöglichkeit zu schaffen, da sie schon existiert. Wir haben uns wirklich darüber gewundert, dass man diese weitere Regelung noch aufgenommen hat.

Dann ganz kurz zu den aufsichtsrechtlichen Regelungen. Wir meinen, dazu gibt es eigentlich entsprechende Regelungen, die wir in unserer Stellungnahme noch einmal dargelegt haben. An der Stelle haben wir uns extrem über den Absatz 6 gewundert, in dem gesagt wird, man kann das an Dritte delegieren. Uns fehlt dafür ein bisschen die Fantasie. Wir wären davon auch nicht ganz so begeistert, je nachdem, wer das ist. Wir haben gelesen, der soll persönlich geeignet sein. Uns fehlt die Fantasie, in welcher Form das gehen könnte. Man könnte sich höchstens vorstellen, dass das ein Anwalt

ist, der vielleicht die Patientenrechte durchsetzen will oder wie auch immer, aber auch da wären wir skeptisch, ob das eine gute und kreative Idee ist.

Zum Besuchsrecht. Vielleicht sind in der Zeit Beschwerden gekommen, als wir noch nicht genügend Schutzmaterialien hatten und es noch keine Impfung gab. Da ist vielleicht das eine oder andere Haus über das Ziel hinausgeschossen. Das wollen wir gar nicht in Abrede stellen. Dazu haben wir mit Frau Middendorf Kontakt gehabt. Wir glauben aber schon, dass die Häuser immer versucht haben, das Ganze mit Augenmaß zu machen.

An der Stelle erlaube ich mir auch zu sagen, wenn ich einen Lockdown habe und in kein Restaurant und kein Geschäft mehr darf, dann hat es sich für mich relativ klar dargestellt, dass ich den vulnerabelsten Bereich, nämlich den Bereich der Krankenhäuser, dann auch besonders schützen muss. Das kann im Einzelfall für eine Patientin oder einen Patienten sehr hart sein. Wir sind uns völlig einig darüber, dass es keine soziale Isolation geben darf, egal ob ich Geburten, Demenz, Sterbende etc. nehme. Ich glaube, das ist etwas, das völlig unstrittig ist. Das wird auch jetzt versucht. Wir bekommen jetzt in der akuten Phase, in der wir hohe Infektionsraten haben und die Normalstationen volllaufen – Omikron ist sehr, sehr ansteckend –, die Rückmeldung, dass viele Krankenhäuser die Besuche mit Blick auf den notwendigen Schutz sehr stark einschränken. Wir haben aber keine Zahlen dazu vorliegen, wie viele sich zu welchem Zeitpunkt möglicherweise darüber beschwert haben. Wir wollen überhaupt nicht in Abrede stellen, dass es da Probleme gegeben hat.

Ich will Ihnen aber ein Beispiel aus einem Krankenhaus schildern, ohne dass ich das Krankenhaus nenne. Glauben Sie mir aber, das hat so stattgefunden. Auf einer onkologischen Station hat die Ehefrau ihren Mann besucht. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ständig und auch nach diesem Vorfall getestet worden. Sie waren alle negativ. Der Ehemann hat sie trotz Handhygiene, Maske etc. angesteckt. Das war noch zu einer Zeit, als zwei Impfungen ausreichten und man keinen Test brauchte, um ins Krankenhaus zu gehen. Ich will damit sagen, wir alle haben in dieser Pandemie gelernt. Auch die akuten Regelungen, die jeweils vorhanden waren, waren vielleicht aufgrund der noch nicht vorliegenden Erkenntnisse nicht so ideal, weil sonst würde diese Frau wahrscheinlich noch leben. Sie hat sich über ihren Mann mit COVID definitiv infiziert. Niemand anderes ist bei ihr gewesen. Das Personal ist danach an dem Tag noch einmal getestet worden, als sie sich infiziert hatte. Keiner war positiv.

Das hat mich zumindest zum Nachdenken gebracht, dass ich gesagt habe, es gibt immer zwei Seiten. Man muss ein Gleichgewicht finden. Keine Frage, es ist zum einen ein Besuchsrecht erforderlich. Es muss aber zum anderen auch ein Gleichgewicht bestehen, dass man die Sicherheit der anderen Patientinnen und Patienten und auch der Patienten selbst im Auge behalten muss. Das ist sicherlich nicht immer leicht. Wir glauben, an der Stelle sind die Häuser auch nicht unbedingt zu beneiden.

Ich gehe jetzt noch ganz kurz auf den § 34 c ein. Herr Mostofizadeh, da möchte ich gerne auf Sie eingehen. Ich sage an der Stelle ausdrücklich, das tut uns leid. Herr Ganse trägt deshalb schon Schwarz. Ich habe es trotzdem heute mit Dunkelblau versucht. Nehmen Sie die Seite 3 unserer Stellungnahme. Die Milliarden, auf die wir hin-

gewiesen haben, bezogen sich auf eine Regelung, die noch im Rahmen der Verbändeanhörung enthalten war. Dafür möchte ich mich ausdrücklich entschuldigen. Das ist uns im Eifer des Gefechts – bei uns ist es im Moment nicht ganz so langweilig – durchgegangen. Streichen Sie bitte den Teil oben. Es gab noch eine andere Regelung, die im Zuge der Verbändeanhörung gestrichen worden ist. Daher müssen wir uns an dieser Stelle mit dieser Milliardenauswirkung nicht mehr befassen, Herr Mostofizadeh.

Dann komme ich noch kurz zu dem Punkt von Ihnen, Herr Preuß, bezüglich der Frage, gesundheitsrechtlich oder krankenhausrrechtlich. Sie haben eben gesagt – ich glaube, das hat uns gemeinsam hier verwundert –, dass davon dann auch baurechtliche Maßnahmen betroffen sind. Das haben wir bisher nicht so gesehen. Das müssen wir uns vielleicht im Einzelnen noch einmal ansehen. Herr Ganse sagt aber gleich noch etwas dazu.

Eine weitere Frage haben Sie zum gesetzlich vorgesehenen Patientenführer und die Finanzierungslücken gestellt. Wir haben uns schon im Jahr 2013 gemeinsam mit dem LZG und der seinerzeitigen Vertreterin der Landesregierung für Patientenführer eingesetzt. In der damaligen Regelung standen keine Patientenführer in dem Sinne. Schon damals haben wir uns dafür ausgesprochen. Ich glaube, wir sind mit Bayern zusammen das einzige Bundesland, in dem die Krankenhausgesellschaft in Zusammenarbeit mit den Vorgängerinnen und Vorgängern von Frau Middendorf eine entsprechende Handlungsempfehlung für die Patientenführerinnen und Patientenführer herausgegeben hat. Ich glaube, daher stehen wir in keiner Weise in Verdacht, dass wir das nur unterstützt haben. Im Gegenteil, wir haben das in Nordrhein-Westfalen wirklich nach vorne gebracht und uns dafür eingesetzt, weil wir es sehr gut finden, dass das Ganze so läuft. Kurz vor der Pandemie haben wir auch noch einmal eine entsprechende Veranstaltung gemacht. Das war die 4. Veranstaltung als landesweite Netzwerktagung – Frau Middendorf hatte sie organisiert –, bei der wir auch dabei gewesen sind. Wir halten das für eine wirklich gute Einrichtung.

Wir finden es auch gut, dass das jetzt gesetzlich vorgegeben wird. Damit haben wir überhaupt kein Problem. Im Gegenteil, wir halten das für eine wirklich gute Maßnahme im Sinne der Patientinnen und Patienten, weil Sie dann noch eine weitere Person haben, mit der Sie sich austauschen können, die neutral ist etc.

Zwei Punkte haben wir bei den Patientenführerinnen und Patientenführern angemahnt. Zum einen hätten wir uns hinsichtlich der Fortbildung gewünscht, dass die durch das Land erfolgt. Wir meinen, die muss in irgendeiner Form neutral sein, da auch die Patientenführer neutral sind. Des Weiteren hatten wir etwas Sorge, die wir auch noch einmal zum Ausdruck gebracht haben. Es ist ein Ehrenamt, und wir können niemand verpflichten, Patientenführerin oder Patientenführer zu werden. Das heißt, wir hätten uns an der Stelle gewünscht, dass die aufsichtsrechtlichen Regelungen so konzipiert sind, dass sie im Sinne von Unterstützung und Hilfe und nicht im Sinne von Bestrafung laufen. Wir stellen es uns ein bisschen schwierig vor, dass man Zwangsmaßnahmen unterliegt, wenn auf kurz oder lang in einem Haus eine Patientenführerin oder ein Patientenführer ausscheidet. Man kann sich bemühen, jemanden zu finden, was vermutlich auch gelingen wird. Wir haben auf die Veranstaltungen, die wir dazu gemacht haben, eigentlich immer ein sehr, sehr positives

Feedback bekommen, sodass die Häuser da ganz gut mitziehen. Ich glaube, das wird noch ein Stück weit besser, wenn das nun verpflichtend wird.

Die Frage von Herrn Mostofizadeh zu den Milliarden haben wir geklärt.

Dann die momentane tatsächliche Belastung der Kliniken, Hospitalisierungsrate fünfmal höher. Herr Professor Karagiannidis gehört dem Expertenrat auf Bundesebene an. Zu dem Papier, das im Hinblick darauf herausgegeben worden ist, dass man mehr Zahlen braucht etc., hat er uns gegenüber geäußert, wenn es überall so wäre wie in NRW, dann hätten wir unser Ziel schon erreicht. Das heißt, wir haben mit MEDIGREG IG NRW etc. wirklich eine sehr, sehr gute Datenlage, die zwar noch nicht perfekt ist – da würde sich der Minister sicherlich das eine oder andere auch noch wünschen –, aber ich glaube, im Ergebnis sind wir da wesentlich besser aufgestellt als andere Bundesländer. Wir sind schneller als die anderen Bundesländer. Wir sind genauer als die anderen Bundesländer. Das heißt, unsere amtierende Landesregierung, unser amtierender Gesundheitsminister hat darüber einen wirklich guten Überblick. Ich sage nicht, dass das nicht noch ausbaubar ist und er sich nicht noch mehr wünschen würde, aber ich glaube, dass die Häuser da schon sehr viel machen.

Das auch noch einmal generell im Kontext zu dem, was ich vorhin zum gesamten Bereich der Dokumentation und zum Stichwort „Bürokratielockdown“ gesagt habe. In NRW füllen wir das gerade – ich sage das ganz offen – im Prinzip zweimal aus. Wir füllen die DIVI und MEDIRIG aus. Im Prinzip machen wir das jetzt schon zweimal. Wir haben das bisher auch mitgemacht, weil wir es im Hinblick auf die Pandemie für sinnvoll erachten, dass wir schnell genaue Daten haben.

Dann noch zu Frau Hannen von der FDP. Zu den Patientenfürsprechern haben Sie, wenn ich das richtig verstanden habe, gesagt, es wären noch weitere Konkretisierungen erforderlich. Wir glauben das nicht. Wir halten das mit den eben beschriebenen beiden Punkten für einen guten, einen richtigen Weg. Wir meinen aber auch, dass es damit genügt.

Abschließend möchte ich, bevor ich noch kurz zum § 34 c komme, generell sagen, wir haben uns über verschiedene Regelungen gewundert. Es gibt kein Bundesland, in dem es vergleichbar so detaillierte Regelungen gibt. Wir haben uns gefragt, ob es die braucht. Das möchte ich noch einmal ausdrücklich sagen. Vielleicht kann man darüber noch einmal nachdenken. Es gibt eine Fülle von Regelungen, die auch angewandt werden. Wir glauben, dass das Miteinander und das Verhältnis – egal ob Ministerium, Bezirksregierungen oder auch Kommunen als Mitverantwortliche – wirklich gut sind und wir nicht noch eine weitere Verschärfung brauchen. Ich sagte anfangs kurz, das hat uns irritiert.

Kurz zum § 34 c. Wir befürworten absolut, dass wir eine Regelung brauchen, die in irgendeiner Form sicherstellt, dass jeder Patient für den Fall, dass ein Haus insolvent gehen sollte und das nicht in irgendeiner Form vernünftig geregelt ist, weiter in angemessener Zeit an seine Akte kommt. Das ist völlig in Ordnung. Die vorgesehene Regelung – deshalb haben wir es eingebracht – halten wir für überarbeitungsbedürftig. Sie können davon ausgehen, dass die Häuser mit Wirtschaftsprüfern usw. versucht haben, dafür vernünftige Regelungen zu finden.

Wir haben das wirklich von allen Seiten beleuchtet. Es gibt keine Versicherung, die eine entsprechende Versicherung anbieten würde. Das ist alles recherchiert worden. Wir halten es auch nicht für möglich, das über Rückstellungen zu machen, weil das würde den Häusern massiv Liquidität nehmen. Wenn Sie das in Relation zum Risiko setzen, dann meinen wir, dass es eine andere Lösung geben müsste.

Ich antizipiere jetzt einmal die Frage, was die Lösung wäre. Zu 100 % haben wir die noch nicht, aber wir denken zurzeit darüber nach, ob es nicht möglich wäre, eine Art Fondslösung zu machen, indem man eine Art Fonds ins Leben ruft, auf den man gegebenenfalls zurückgreifen könnte, wenn ein solcher Fall überhaupt einmal vorkommt. Wir gehen davon aus, dass das der absolute Ausnahmefall sein sollte. In diese Hinsicht gehen unsere Überlegungen im Moment. Wir würden uns freuen, wenn das gegebenenfalls aufgegriffen würde oder wir dazu mit den Abgeordneten weiter ins Gespräch kommen könnten, um da eine Lösung zu finden.

Die Kollegen aus Berlin haben gezeigt, dass das eine Sache ist, die man regeln sollte. Die haben eine Regelung gefunden. Ob die der Weisheit letzter Schluss ist, sei einmal dahingestellt, aber es gibt zumindest andere Länder, die sich auch schon damit befasst haben, aber dann doch einen etwas anderen Weg gegangen sind. Wir haben Verständnis dafür, dass es für das Land schwierig war, eine vernünftige Regelung zu finden. 100 % sicher sind wir uns auch noch nicht, wie es genau gehen könnte, aber wir haben zumindest einmal erste Gedanken dazu.

Frau Vorsitzende, wenn ich darf, würde ich jetzt gerne das Wort an Herrn Ganse im Hinblick auf die Position gesundheitsrechtlich oder krankenhausrrechtlich weitergeben.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ja, gerne.

Thorsten Ganse (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): Ich kann es relativ kurz machen. Gesundheitsrechtlich in dem Sinne war bisher im Krankenhausgesetz nicht vorgesehen und ist ein weitreichender Begriff. In der Konnexität haben wir uns gedacht, es muss – wir sind im Krankenhausgestaltungsgesetz – im krankenhausrrechtlichen Sinne sein. Daher unsere Anmerkung, das dahin gehend zu ändern.

Sie haben aber vollkommen recht, wenn ich krankenhausrrechtliche Vorschriften nehme, dann nehme ich natürlich auch Feststellungsbescheid und was weiß ich noch. Es ist im Grunde genommen selbstverständlich, dass die nicht zur Anwendung kommen. Insoweit ist das mit den gesundheitsrechtlichen oder krankenhausrrechtlichen Vorschriften vom Duktus her zu sehen, weil wir gesagt haben, Gesundheitsrecht ist sehr weitreichend und Krankenrecht ist ein Teil dessen. Das wäre zu weitreichend, weil danach kommt „insbesondere“. Das heißt, ich habe die Öffnung über die gesundheitsrechtlichen Vorschriften, aber mit dem „insbesondere“ nur eine Aufzählung dessen, was insbesondere gilt, aber der gesamte Bereich der gesundheitsrechtlichen Vorschriften gilt. An der Stelle ist das also einfach nur eine Duktusfrage gewesen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Noch einmal zur Klarstellung: Die Hinweise, die Sie zum § 34 c gegeben haben, sind nicht Gegenstand des Vierten Änderungsgesetzes, sondern das ist ein Appell, wenn ich Sie richtig verstanden habe, an das Parlament, sich dieses Themas einmal anzunehmen. Das könnte vielleicht schon in diesem Gesetzgebungsverfahren sein, aber es ist vielleicht noch nicht so weit. Wir haben nicht mehr allzu viel Zeit. Ich will damit nur klarstellen, dass wir über das gleiche Vorgehen reden.

Es folgt nun die Kassenärztliche Vereinigung. Das Wort hat Herr Tomayo.

Miguel Tamayo Korte (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, eine Stellungnahme abgeben zu können, wobei uns das Krankenhausgestaltungsgesetz nur mittelbar betrifft. Allerdings würde ich gerne zum standardisierten Ersteinschätzungsverfahren ein paar Fragen beantworten.

Zunächst hatte Herr Yüksel gefragt, ob wir das als Eingriff in die Selbstverwaltung wahrnehmen. Das ist eigentlich nicht der Fall. Ich hatte erwähnt, wenn man ein bestimmtes Verfahren, wie SmED, Manchester Triage oder so etwas, allen vorschreiben würde, wäre das sicherlich ein recht weitreichender Eingriff, der über die Rechtsaufsicht hinausginge. Das wollen wir nicht. Wir finden es aber nicht so schlecht, dass ein Landesgesetz bestimmte Qualitätsvorgaben macht, die jedes Krankenhaus zu erfüllen hat.

Unsere Anregung war, weil wir erwarten, dass das von der Bundesebene kommt, dass ein solches Ersteinschätzungsverfahren nicht nur wie Manchester oder ESI die Patienten, die im Krankenhaus weiterbehandelt werden, berücksichtigt. Auch der anderen unselektierten Patientengruppe – wir haben verschiedene Versorgungsebenen, wir haben in Deutschland ein komplexes Gesundheitssystem, in dem sich nicht jeder von alleine auskennt –, sollte, egal ob sie bei der 116 117 anruft, in der Notaufnahme des Krankenhauses steht oder in der Notdienstpraxis des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes aufschlägt, sofort standardisiert gesagt werden können, in dieser Versorgungsebene sind Sie richtig aufgehoben.

Da ist unserer Meinung die Weiterentwicklung des SmED – SmED Plus heißt das, das noch nicht abgeschlossen ist – ein gangbarer Weg. Wir würden das aber nicht ins Gesetz schreiben wollen.

Zu Herrn Blum würde ich gerne noch kommentieren: Natürlich wollen wir auch keine drei verschiedenen Einschätzungssysteme nebeneinander. Das muss dann in ein neues integriertes ambulant-stationäres Ersteinschätzungssystem aufgehen. Bei den Einblicken, die ich bis jetzt in SmED Plus nehmen konnte, war es tatsächlich so, dass die Stufen von ESI an die ersten Stufen, bleibe mal zu Hause und trink Tee, oder geh am Montag zum Hausarzt bis es dann immer dringender wird, drangehängt wurden. Das ist eine erweiterte Skala der Ersteinschätzung, bei der das am Ende herauskommt.

Es ist gut, dass man „standardisiert“ in das Vokabular aufnimmt, weil es muss in gewisser Weise evidenzbasiert sein und getestet werden. Das SmED-System ist eines,

das schon sehr gut mit Tausenden von Einschätzungsverfahren untersucht worden ist, die dann auch validiert wurden. Das geht auch weiter. Ich hatte in unserer Stellungnahme ein paar Beispiele genannt. Die Charité und das Klinikum Frankfurt-Höchst starten Anfang des Jahres eine große Patientensicherheitsstudie. In Rosenheim in Bayern, in Hessen flächendeckend und in Bremen wird das in Kombination mit Notaufnahme und zum Teil auch Rettungsleitstelle schon angewandt.

Wir erwarten auch, dass auf kurz oder lang, weil das im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung steht, eine solche Anforderung sowieso kommt. Wir wären im Land schon einen Schritt weiter, wenn wir uns darauf ein bisschen vorbereiten.

Herr Preuß hatte nach den Vor- und Nachteilen oder nach den Qualitätsanforderungen gefragt. Die wichtigste Qualitätsanforderung ist natürlich, die Patientensicherheit muss gewährleistet sein. Es darf nicht sein, dass jemand mit Schlaganfallzeichen gesagt bekommt, gehen Sie doch am Montag einmal zum Hausarzt. Es ist natürlich die Nagelprobe jedes Einschätzungssystem, dass das nicht nur in der Notaufnahme, sondern auch im Vorfeld eingesetzt wird. Dafür gibt es diese Studien. Da werden wir noch mit dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz sehr große Fortschritte erzielen. Es gibt Studien aus Dänemark, wo das schon mit großem Erfolg eingesetzt wird. Das wäre die *Conditio sine qua non*.

Eine weitere Qualitätsanforderung wäre natürlich die Schnelligkeit, dass es nicht allzu lange dauert, bis das Ergebnis des Algorithmus vorliegt. Bei S6/S7 haben wir natürlich auch unsere eigenen Qualitätsanforderungen, wie Erreichbarkeit usw. Dazu kennen Sie die Berichte. Die Wartezeiten sind, obwohl es immer wieder einzelne Berichte gibt, in denen von langen Wartezeiten die Rede ist, im Durchschnitt ganz gut.

Das sind die Qualitätsanforderungen.

Nachteile sehe ich kenne, wenn ich das mit dem gegenwärtigen Zustand vergleiche, dass sich Patienten selbst die Telefonnummer heraussuchen oder umherirren müssen, bis sie an den Richtigen geraten sind.

Eine Anmerkung noch: Sie haben wahrscheinlich auch das neue Papier der Bertelsmann Stiftung zur Neuordnung der Notfallversorgung zur Kenntnis genommen. Wenn jemand ins Krankenhaus kommt, dort ein Ersteinschätzungsverfahren durchläuft und dann gesagt bekommt, du bist bei uns nicht richtig, darf natürlich nicht die Schlussfolgerung lauten, dann geh doch nach Hause, sondern natürlich muss es dann eine Verknüpfung und enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor geben, damit die möglichst weitergeleitet werden können. Über die 116 117 können sie an die Terminservicestelle vermittelt werden und dann einen Termin bekommen. Etwas Ähnliches müsste dann auch direkt aus dem stationären Sektor heraus möglich sein.

Zusammengefasst wäre das ein Appell, dass man vielleicht noch hinzufügt, dass das Ersteinschätzungsverfahren, das die Krankenhäuser vorhalten müssen, möglichst auch die ambulante Versorgung berücksichtigt, weil das Steuern der Patienten in die richtige Versorgungsebene kann in Zukunft nicht nur innerhalb der Sektoren stattfinden, sondern wir müssen da viel mehr sektorenübergreifend denken. Das ist eine gemeinsame Aufgabe des stationären Sektors, der Krankenhausgesellschaft und der KV'en.

Vielen Dank.

Claudia Middendorf (Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordnete! Es gab mehrere Nachfragen bezüglich der Regelungen für Besuche in den Krankenhäusern. Herr Blum hatte schon zu Anfang gesagt, dass wir regelmäßig im Kontakt waren. Jeder von Ihnen erinnert sich, seit Juni 2020 haben wir die Dialogstelle, die an den Besuchsregelungen für die verschiedenen vollstationären Häusern, aber auch für Krankenhäuser und Rehakliniken sozusagen am Werke sind.

Wir bemerken bis heute, dass die Besuchsregelungen immer noch nicht umgesetzt worden sind und es immer noch stagniert. Daher ist es natürlich ein großer Wille der Beauftragten für Patientinnen und Patienten zu schauen, dass die Besuchsmöglichkeiten ein Regelwerk in einem Gesetz werden. Ich mache das an mehreren Beispielen fest.

Wir hatten die Allgemeinverfügung für bestimmte Gruppierungen von Patienten und Patienten. Sie haben es gerade angesprochen, das sind die demenziell veränderten Patienten, die onkologischen Patienten, Schlaganfallpatienten, Menschen mit Behinderung, all die Bereiche, die Unterstützung und Hilfestellungen nicht nur durch Besuch, sondern auch mental benötigen.

Wir haben immer wieder gemerkt, dass Krankenhäuser gesagt haben, ich nehme mein Hausrecht als Grundlage, und die Angehörigen kommen nicht rein. Wir haben mehrere Fälle gehabt, in denen junge Menschen ... Ein Fall kennen Sie alle, bei dem ein Mensch mit einer Hirnblutung, der sonst ein selbstbestimmtes Leben geführt hat, plötzlich und unerwartet ins Krankenhaus musste. Er hatte tagtäglich eine Assistenz, aber die Assistenz durfte ihn in der Krankenhaussituation nicht begleiten.

Diese Fälle gibt es immer noch, auch wenn unsere Dialogstelle mit Frau Jansen, die mich heute begleitet, sehr akribisch vorgeht und natürlich direkt gegenüber Ärzten und Geschäftsführungen agiert, aber wir merken, wir müssen dafür die Grundlage in einem Gesetz schaffen. Ja, wir lernen viel aus der Pandemie, aber wir müssen sofort die Grundlage für neue Regelungen für Besuchsmöglichkeiten im Gesetz schaffen.

Lassen Sie mich noch eine Sache zu den Patientenfürsprechenden sagen, zu der ich nicht gefragt worden bin, aber – Herr Blum hat das schon gesagt – zu meinem großen Aufgabenfeld gehört es, die Patientenfürsprechenden als unabhängige Personen in den Krankenhäusern zu etablieren. Das haben wir nicht als Regelwerk. Wir haben im Gesetz keine Vorschrift verankert, dass jedes Krankenhaus das umsetzen muss.

Weshalb ist das letztendlich auf der Grundlage der Beauftragten hineingekommen? – Weil ich immer sage, man muss eine unabhängige Beschwerdestelle, so wie ich das für das Land bin, in den verschiedenen Einrichtungen haben. Ja, wir haben das Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern, das aber innerhalb des Krankenhauses eine Struktur darstellt. Der unabhängige Patientenfürsprecher agiert auf einer ganz anderen Ebene. Der Angehörige kann sich an ihn wenden, um Unterstützung erhalten und eine Meinung einholen zu können.

Daher halte ich die Patientenfürsprechenden für wichtig. Wir haben einen Landesverband, den wir im September 2017 gegründet haben. NRW geht den ersten Weg in Richtung eines Landesverbandes, um die Patientenfürsprechenden noch einmal zu stärken. Deshalb ist das ein wichtiger Bestandteil.

Die Qualifizierung der Patientenfürsprechenden wird demnächst in Richtung der Krankenhäuser erfolgen. Das Land hat auf der Grundlage der Empfehlung der Patientenbeauftragten 2019 ein Weiterbildungs- und Qualifizierungsmodul eingeführt, zu dem wir hoffentlich im März die Zertifikate übergeben können. Dazu lade ich Sie alle herzlich ein. Daher ist es wichtig, dass wir sie gesetzlich verankern. Die Verpflichtung der Krankenhäuser besteht darin, eine adäquate Person für diesen Bereich zu finden.

Danke schön.

Ingo Morell (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.): Auch von meiner Seite aus ein herzliches Dankeschön für die Gelegenheit, heute hier Stellung beziehen zu können.

Mehrere Punkte sind bereits ausführlich von Herrn Blum dargestellt worden. Trotzdem würde ich gerne noch einmal an dem einen oder anderen Punkt nachhaken.

Machen wir zuerst das mit dem Patientenfürsprecher. Es wird Sie nicht verwundern, dass wir uns dafür aussprechen. Das ist uns ein ernsthaftes, ehrliches Anliegen. Zu den finanziellen Dingen fänden wir es gut, wenn der unabhängige Patientenfürsprecher – ich denke, das ist wichtig – nicht auf die Geschäftsführerin oder den Geschäftsführer des Krankenhauses angewiesen ist, ob er eine Weiterbildung oder Fortbildung machen kann. Ich glaube, deshalb muss man das an einer anderen Stelle regeln. Das dazu.

Dann zum Besuchsrecht. Im Gegensatz zu dem, was Frau Middendorf gerade gesagt hat, frage ich zuerst einmal: Hat es vor der Pandemie überhaupt so viele Probleme gegeben? Wenn ja, welche? Ich kann mich nicht daran entsinnen. Ja, in der Pandemie gibt es die Probleme, aber ich finde, da sollten Sie auch die Sichtweise derjenigen sehen, die im Krankenhaus arbeiten.

Ich selbst habe ein Anwaltsschreiben bekommen, nach dem ich wegen psychischer Schäden an einem Neugeborenen verklagt werden soll, weil der Vater nicht bei der Geburt dabei sein durfte. Man kann darüber lächeln, aber dahinter steckt natürlich der Ausdruck, dass der Vater verzweifelt war, dass er nicht dabei sein durfte. Ich habe selbst Kinder und weiß, dass das ein Erlebnis ist, das es nicht so oft gibt. Darauf zu verzichten, ist schlimm.

Auf der anderen Seite haben wir damals – das war in der Anfangsphase der Pandemie gewesen – viele gesetzliche Vorgaben der Landesbehörden bekommen, dass wir das Ganze sehr eng handhaben sollten. Da haben wir selbst gelernt.

Wir haben dann gesagt – das bringe ich jetzt auch, damit Sie die andere Seite sehen – , okay, der Vater darf noch mit rein. Was ist passiert? Prompt hat sich eine Hebamme bei einem Vater angesteckt. Damals wusste man über Corona noch nicht sehr viel. Wir haben zum Teil den Kreißsaal schließen müssen.

Ich will Ihnen nur deutlich machen, in welchem Spannungsfeld wir uns bewegen. Daher halte ich gesetzliche Regelungen für eine Pandemie im Moment nicht für sinnvoll, weil wir müssen in den Häusern sehr individuell, sehr tagesaktuell agieren.

Noch einmal: Man ist selbst Patient oder Bürger und hat Angehörige, die sich im Krankenhaus befinden. Ich kann Ihnen sagen, ich unterliege da den gleichen Dingen wie Sie alle auch. Daher schränken wir nicht leichtfertig die Besuchsregelungen eben einmal ein. Sie müssen vielfältig abwägen, ob Sie die Versorgung riskieren oder das machen.

Der Ehrlichkeit halber muss man auch einmal sagen, nicht jeder Besucher verhält sich so, wie er soll. In der Hochphase der Pandemie haben wir mit jedem Besucher jemanden mitgeschickt, der sichergestellt hat, dass er nur zu dem Patienten geht, weil wir haben mittlerweile alle möglichen Varianten erlebt. Auch haben wir erlebt – das sagen unsere Leute –, dass sie ins Zimmer kommen und die Maske nicht an ist. Wir haben auf mehreren unserer Intensivstationen – das kann ich Ihnen nachweisen – Fälle gehabt, bei denen durch dieses Verhalten Patienten im Bett angesteckt wurden. Die lagen schon zwei Wochen auf der Intensivstation und waren nicht COVID-krank, aber sie waren auf einmal nach zwei, drei Tagen positiv.

Ich will nur dafür werben, dass wir nicht Regelungen für eine Krisensituation schaffen. Entschuldigung, da spiele ich den Ball an Sie selbst zurück. Ich glaube, wir haben alle in den vergangenen zwei Jahren sehr viel gelernt und würden heute im Nachhinein mit dem Wissen von heute vieles anders machen. Daher bitte ich zu überlegen, ob man etwas reguliert, was in den normalen Zeiten an den Stellen kein Problem war.

Frau Middendorf, Sie haben gerade Beispiele genannt. Den einen Fall kenne ich. Ich finde es unsäglich, die betreuende Person nicht hineinzulassen, aber damals gab es einen Erlass vom Ministerium, dass wir die Hinweise sehr streng handhaben sollten. Ich glaube, die Einzelfälle – dafür gibt es Ihre Stelle auch – muss man im Einzelfall lösen, ohne dass wir das generalisieren. Das aus meiner Sicht zum Besuchsrecht. Ich habe die herzliche Bitte, nicht über das Ziel hinauszuschießen und den Normalfall nicht zu regeln.

Der andere Punkt war die Frage zu den Aufsichtsregelungen. Ich habe das gelesen und mich gefragt: Wie viele Fälle und welche Beispiele gibt es, in denen sich letztlich die Aufsicht, sprich die Bezirksregierung, nicht durchsetzen können? Die Beispiele hätte ich gerne gewusst. Es mag sie geben, aber man sollte anhand den Beispielen sehen, was die Bezirksregierungen machen.

Ich bin seit über 20 Jahren in Nordrhein-Westfalen direkt in den Krankenhäusern vor Ort tätig. Ich habe bis heute noch nicht erlebt, dass dann, wenn eine Bezirksregierung anfragt und etwas thematisiert, wir nicht eine vernünftige Lösung gefunden haben. Diese Art und Weise des Umgangs halte ich nach wie vor für richtig. Ich finde, das Androhen von Sanktionen usw. muss im Moment nicht sein, weil ich glaube, alle Krankenhäuser zeigen in der Pandemie, wie flexibel sie agieren. Ich sage Ja dazu, dass wir in Einzelfällen daneben liegen und Fehler machen, aber machen Sie bitte nicht den Einzelfall zur Regel. Das dazu.

Am Anfang ist der Mutterschutz angesprochen worden. Man kann über alles nachdenken, aber ich finde, das gehört nicht in dieses Gesetz, weil wir können diese Regelungen schlecht nur für Mitarbeiter des Krankenhauses machen. Das müssten Sie dann unseren Verwaltungskräften usw. erklären. Wenn, ist das ein allgemeines Thema, das dann aber woanders hingehört und aus meiner Sicht nicht hier hingehört.

Ich glaube, ich habe alle Punkte abgearbeitet. Wenn nicht, bitte ich um Nachsicht und eine Erinnerung.

Christian Engler (Sana Kliniken AG, Region Nordrhein-Westfalen): Frau Gebhard, meine Damen, meine Herren! Herzlichen Dank, dass ich mich einbringen kann.

Herr Vincentz, Sie fragten auch nach dem jetzt schon teilweise umfangreich besprochenen Umgang mit den Besuchsregelungen. Ich möchte das an der Stelle in einer ähnlichen Art unterstützen, wie Herr Morell das sagte. Wir müssen aufpassen, dass wir einen Extremfall, die Pandemie, nicht zum Anlass nehmen, Grundsätzliches zu regeln, das gut geregelt war. Wir müssen auch verstehen, dass die nächste extreme Situation möglicherweise ganz andere Regelungen braucht. Es geht darum, dass wir uns an das herantasten, was spezifisch erforderlich ist, und nicht an das, was man für jeden dieser Fälle vordenken kann. Ich glaube, das würde nicht gelingen.

Ich meine auch, dass uns das Herantasten über die Erlasse im Krankenhaus gutgetan hat, weil wir Regelungskorridore bekommen haben, die wir in der gerade angesprochenen Flexibilität gut ausführen konnten und die auch notwendig waren, um uns an den Standorten unterschiedlich verhalten zu können. Denken Sie an die verschiedenen Wellenbewegungen, die Berge, die Täler, die in den Besuchsregelungen ein anderes Verhalten nach sich gezogen haben.

Ich glaube, dass das trotzdem ruckelt und hier oder da zu Situationen führt, die problematisch erscheinen. Ja, so ist das. Ich meine aber, dass wir dadurch doch ganz überwiegend unsere Mitarbeiter, die Patienten oder auch besonders zu schützende Patienten verantwortlich versorgt haben.

Frau Middendorf, Sie sprachen von onkologischen Patienten. Ich glaube, das ist genau die Gratwanderung, weil wir es sehr schnell mit Patienten zu tun haben, die trotz Impfung oder Ähnlichem mehr gar keine Immunmöglichkeit haben, um adäquat auf eine solche Infektion reagieren zu können. Also ist da das Schutzbedürfnis noch sehr viel höher.

Ich glaube, wir Krankenhäuser haben dazu beigetragen, mit dieser Verantwortung unmissverständlich gerade und richtig umzugehen, dafür einzustehen und diesen Schutz zu organisieren. Ich glaube, das war wichtig.

Insofern glaube ich, wenn wir zwischen dem Schutz und den Besuchsmöglichkeiten abwägen, haben wir das für alle Gruppen, je nach Wellenlage, immer gut ermöglicht. Es ist so, dass das in solchen Lagen nicht perfekt möglich ist. Ich glaube aber, dass wir über die Erlassmöglichkeit ausreichend Einflussmöglichkeiten haben, etwas zu regeln und auszugestalten, was völlig reicht.

Insofern wäre auch meine herzliche Bitte zu überdenken, ob es wirklich weiterer Regelungen bedarf, weil Sie haben politisch alle Möglichkeiten, im notwendigen Fall viel besser, viel spezifischer das zu regeln, was jetzt erforderlich ist. Im Grundsatz lief das doch jahrzehntelang gut.

Frau Hannen, Sie haben die Patientenfürsprecher angesprochen. Da möchte ich mich den Vorrednern anschließen. Ich finde gut, dass sie deutlich unabhängiger sind. Ich finde es auch gut, dass wir an der Stelle eine andere Form von Austausch, Weiterbildung und Professionalisierung sehen. Ich glaube, das Gesetz ist da noch einmal einen guten Schritt weitergegangen. Das, was jetzt erfolgt, muss auf der Ebene vor Ort zwischen Krankenhaus und dem jeweiligen Fürsprecher stattfinden. Da menschelt es dann. Die einen können es gut miteinander, die anderen nicht so, aber ich glaube, darauf sollten wir Wert legen und vielleicht auch Beispiele herausstellen, bei denen das besonders gut über ihre Strukturen funktioniert. Wenn wir das herausstellen, sind wir da als Land auf einem sehr, sehr guten Weg.

Herzlichen Dank.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann sind wir schon bei den Krankenkassen und Herrn Dr. Löser, der für alle den Hut aufhat. Es wurde eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Daher ist das kein Problem.

Dr. Simon Löser (AOK Rheinland/Hamburg / Verband der Ersatzkassen e. V.): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Zu den Themen ist schon sehr, sehr viel gesagt worden. Ich sortiere einfach einmal das, was wir noch an zusätzlichen Argumenten haben, damit es nicht zu viele Dopplungen gibt.

Herr Preuß hatte gefragt, welchen Mehrwert wir darin sehen, dass per Rechtsverordnung zusätzliche Meldeverpflichtungen gesetzt werden können. Es ist tatsächlich so, dass es schon wahnsinnig viele Meldeverpflichtungen gibt und der Aufwand in den Häusern groß ist, was DIVI, Infektionsschutzgesetz usw. angeht.

Es gibt aber in der Gesetzesbegründung einen Punkt, der uns aufhorchen lässt und den Mehrwert deutlich macht, und zwar wird diese Rechtsverordnung erlassen, damit das Land eine Steuerung der Versorgungskapazitäten vornehmen kann. Wenn wir uns einmal die Versorgungszahlen, Coronazahlen ansehen, dann wird eines deutlich: Wir haben ein System, das eigentlich auf 19 Millionen stationäre Fälle in Deutschland – nicht in NRW – ausgelegt ist, und wir waren mit 16,5 Millionen Fällen permanent sozusagen am Abgrund und wussten nicht, wie wir das stemmen sollten. Es gab also eine wahnsinnig große Diskrepanz zwischen Überforderung auf der einen Seite und Unterauslastung auf der anderen Seite.

Die Coronapandemie hat die stationäre Versorgung in Deutschland nicht an Kapazitätsgrenzen geführt, sondern sie hat dazu geführt, dass die Belastung sehr, sehr ungleich verteilt ist. Dies mit dem Ergebnis, dass wir jetzt sehr viel Krankenhauspersonal haben, das wirklich mit den Nerven am Ende ist und sich verausgabt hat. Hier wäre eine schlaue, intelligente Kapazitätssteuerung natürlich für die nächste Notlage sehr

hilfreich, damit diese Diskrepanzen vielleicht nicht auftreten und man die in Deutschland vorhandenen Kapazitäten so nutzt, dass wir nicht in die Gefahr kommen, dass eine Triage droht und alle Patienten versorgt werden können.

Ich will sagen, dass die Informationslücken, was zum Beispiel das Personal auf den Intensivstationen angeht – das ist jetzt in dieser Regelung vorgesehen –, sehr gut über eine solche Rechtsverordnung gefüllt werden könnten. Gleichzeitig würde derjenige, der die Rechtsverordnung erlässt, dann dafür verantwortlich sein, dass die Steuerung der Versorgungskapazitäten vorgenommen wird. Der Mehrwert dieser Regelung ist, dass man über eine Steuerung der Versorgungskapazitäten, die dann in der nächsten Notlage benötigt werden – vielleicht trifft es wie bei EHEC wieder die Niere oder vielleicht haben wir eine Naturkatastrophe und es ist eher ein unfallchirurgisches Ereignis –, die entlasten kann, die total unter Druck stehen. Über eine Rechtsverordnung die Möglichkeit zu bahnen, steuerungsrelevante Informationen zu haben, ist sicher gut. Deshalb sind wir als Kostenträger dafür, dass diese Möglichkeit gegeben wird.

Herr Mostofizadeh hatte nach den Hospitalisierungsinzidenzen und Professor Karagiannidis gefragt, der hierzu diverse Male etwas gesagt hat. In der Tat ist es so, dass die Hospitalisierungsinzidenz, so wie sie im Moment vom RKI benutzt wird, zeitlich irgendwo komisch über das Meldedatum abgegrenzt wird und nicht so richtig gut hilft, dass man durch eine schlaue Ergänzung die Zahlen verbessern kann. Dabei stellt sich die Frage, was man auf Landesebene und was man auf Bundesebene machen kann, um flächendeckend zu einer verbesserten Einschätzung zu kommen.

Nachdem Professor Karagiannidis erwähnt worden ist, will ich auf das eingehen, was er getwittert hat. Er hat gesagt, die ECMO-Sterblichkeit in Deutschland ist so hoch wie in keinem anderen Land. Patienten an der ECMO sterben in Zweidrittel der Fälle. Das liegt an einer fehlenden Steuerung der ECMO in Deutschland. Auch das ist wieder ein Hinweis darauf, dass wir durch eine datengestützte Kapazitätssteuerung/-planung möglicherweise in solchen Situationen eine weitere Verbesserung der Versorgung bekommen könnten.

In jüngster Zeit ist wieder die Frage aufgetreten, ob die Patienten wegen oder mit COVID in den Krankenhäusern liegen. Bis vor ein paar Monaten hat man sich noch verdächtig gemacht, dass man möglicher Coronaleugner ist, wenn man die Frage mit oder wegen Corona gestellt hat. Ich glaube, inzwischen ist das anerkannt ein großes Thema in den Krankenhäusern, weil man viele Zufallsbefunde, viele Nebendiagnosen hat, die vielleicht gar nicht so schrecklich große Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf an sich haben. Auch das ist ein Punkt, der natürlich durch weitere Datenmeldungen und -ergänzungen sicher noch konkreter aufgearbeitet werden könnte und zusätzliche Informationen liefern könnte, wie bedrohlich die Situation wirklich ist.

Kurzum, man muss sagen, es ist schon relativ intensiv geregelt, wie viel gemeldet werden muss. Die Belastung bei der statistischen Datenerfassung ist sicher vorhanden. Wenn man sich das Coronadashboard für Nordrhein-Westfalen einmal im Netz anschaut, dann ist das wirklich gut. Man kann ihm viele Informationen entnehmen. Man kann die Hospitalisierung gut entnehmen. Man kann schauen, wie viele Leute beatmet werden, wie viele Leute auf Intensivstationen liegen. Das wird alles relativ zeitnah dar-

gestellt. Es ist also nicht so, dass wir ein riesiges Defizit stopfen, aber mit der Möglichkeit dieser Rechtsverordnung sehen wir – vielleicht nicht mehr für diese Notlage, sondern möglicherweise für die nächste – die Option, dass man aufgrund einer soliden Datenbasis eine intelligenterere Versorgungssteuerung schneller etablieren kann als das offensichtlich in den letzten zwei Jahren im Rahmen der Coronapandemie passiert ist.

Frau Hannen hatte die Besuchsregelung angesprochen und gefragt, ob bei den Kostenträgern möglicherweise Rückmeldungen angekommen sind. Die Antwort lautet ja. Vor ein paar Tagen hatten wir wieder eine Rückmeldung von einem sehr verzweifelten Sohn, der nicht mehr zu seiner Mutter gelassen worden ist. Auch hier muss man sagen, natürlich müssen die Krankenhäuser ihr Personal schützen. Die Krankenhäuser müssen auch den Betrieb aufrechterhalten. Deshalb ist hier eigentlich ein sehr fieser Spagat notwendig, wie viel Besuch lasse ich zu und wie schütze ich den Versorgungsbetrieb effizient.

Ein Punkt lässt sich aber nicht wegdiskutieren. Die Häuser agieren total unterschiedlich. Ein Weg müsste eigentlich richtig sein. Auch wenn man die Fachabteilungsstreuung berücksichtigt, wenn man vielleicht Häuser der erweiterten Grundversorgung mit einigen onkologischen Patienten hat, stellt sich die Frage, warum das eine Haus eine Onlineregistrierungsmöglichkeit hat, über die man sich als Angehöriger melden kann, ich bin der konstante Ansprechpartner, ich kann über das Internet meine Slots belegen, während wir in einem anderen Haus ein komplettes Besuchsverbot haben. Das würde eigentlich nicht gut übereinander gehen. Möglicherweise könnte man hier noch über regionale Differenzen bei den Inzidenzen diskutieren. Ich glaube aber, dass hier eine generelle gesetzliche Regelung der Besuchsrechte helfen kann, dass man eine gemeinsame Grundlage schafft und den Spagat zwischen Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der anderen Patienten und der Ermöglichung von Besuch einheitlich und faktenbasiert schaffen kann.

Besuche sind auch zur Qualitätssicherung sehr wichtig. Wir haben anekdotisch relativ heftige Fälle berichtet bekommen. Es ist so, dass ein regelmäßiger Besuch auch immer eine Art niederschwellige QS für die Versorgung des Patienten ist. Die Bedürfnisse der Patientin, des Patienten, wenn sie vielleicht demenziell erkrankt sind und sich nicht mehr so gut äußern können, werden vielleicht im Rahmen der täglichen Pflege nicht so gut transportiert, aber wenn man täglich Besuch bekommt, ist dann noch ein kleiner QS-Filter vorhanden. In einzelnen Fällen ist aufgefallen, dass das nicht mehr so ist und Patienten wirklich unter die Räder kommen, weil dann die Transmissionsleistung, die Angehörige beim Besuch übernehmen, wegfällt. Das ist anekdotisch und kein Massenphänomen, aber es ist gut, wenn man jeden einzelnen Fall vermeidet.

Deshalb auch von unserer Seite aus noch einmal die Bekräftigung, Besuch ist nicht nur als weicher Faktor wichtig, weil man sich als Patient wohler fühlt und das den Genesungsprozess fördert, sondern der regelmäßige Besuch von Freunden, von Angehörigen ist insgesamt noch einmal eine gute Absicherung für Patientinnen und Patienten, die sich nicht so gut selbst äußern können und ihre Bedürfnisse nicht so klar artikulieren können.

Vielen Dank erst einmal.

Susanne Quast (Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – FÜR ALLE!):
Schönen guten Tag zusammen! Mein Name ist Susanne Quast. Ich vertrete die Volksinitiative für gesunde Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen.

Ich habe unsere Stellungnahme mitgebracht. Darin haben wir uns primär auf den § 2 bezogen. Ich kann aber auf jeden Fall aus der Sicht der Volksinitiative sagen, dass uns die Themen, die hier besprochen worden sind – insbesondere von Herrn Blum und Herrn Tomayo –, genauso begleiten.

Ich glaube, Besuchsregeln gesetzlich zu verankern, ist schwierig. Wir wissen, wie wichtig Besuch ist. Wir wissen, wie schwierig es in einer Situation wie einer Pandemie ist, alle gleichermaßen zu schützen und niemanden in einen Nachteil zu bringen. Ich glaube, man kann darüber diskutieren, ob es richtig ist, dass alle das gleiche Verfahren anwenden – da gibt es sicherlich Unterschiede –, aber es ist auch enorm wichtig, dass wir Regeln schaffen, die alle Beteiligten schützen. In der Pandemie, auch in der Unkenntnis, was auf uns zukommt, war es sehr, sehr schwierig, auf der einen Seite die Beschäftigten zu sichern und auf der anderen Seite die Patienten zu sichern und auf der dritten Seite die soziale Komponente nicht völlig unter den Tisch fallen zu lassen. Ich denke, wir haben viel gelernt. Ich glaube aber nicht, dass wir eine gesetzliche Verankerung brauchen, weil wir in diesen Bereichen ganz, ganz viel subtil arbeiten müssen, und das kann man nicht pauschal regeln.

Ich führe ein Beispiel aus meinem näheren Umfeld von mir an. Ein guter Freund von mir lebt in Frankreich, und seine Mutter war ganz am Anfang der Pandemie verstorben. Er durfte nicht zur Beerdigung seiner Mutter. Das betrifft nicht direkt das Krankenhaus, aber daran sieht man die Schwere der emotionalen Beteiligung und auch die Problematik, in der viele Menschen mit Gesetzen und Regelungen umgehen müssen, die sie umsetzen müssen, aber genau wissen, dass das manchmal für den einzelnen Menschen sehr schmerzhaft ist, der davon betroffen ist.

Ich glaube nicht, dass es eine gute Lösung geben wird, wenn wir eine gesetzliche Regelung schaffen. Das ist gerade im Krankenhaus immer sehr, sehr schwierig.

Zum § 2, zur Struktur, die hier angesprochen wird, würden wir als Krankenhausinitiative gerne das sagen, was Herr Blum schon gesagt hat: Eine zusätzliche Struktur zu denen zu schaffen, die es schon gibt, um eine Verbindung zwischen Krankenhausversorgung, KV-Versorgungsstrukturen und ambulanten Strukturen wie niedergelassenen Ärzten und Ähnlichem zu genießen, wird sehr, sehr schwierig, weil wir alle sehr, sehr unterschiedlichen Strukturen und Vorgaben unterliegen. Wenn wir in die zentrale Notaufnahme eines Krankenhauses gehen, dann haben wir ganz klare Vorgaben, was wir dort zu leisten haben. Die Manchester-Triage ist schon genannt worden. ESI ist auch genannt worden. Dem müssen wir auch nachkommen, weil wir können oft nicht auf den ersten Blick sehen, wie gefährdet ein Patient ist. Manchmal sieht man das sehr einfach, manchmal können wir es aber nicht sehen. Das heißt, wir brauchen eine zügige Information, um sicherzustellen, dass der Patient gut versorgt ist.

Jetzt noch zusätzlich eine weitere Struktur innerhalb der schon bekannten Strukturen abzufragen, um eine Vereinheitlichung zu schaffen und gegebenenfalls auch Steuerungsprozesse zu nutzen, damit ein ambulanter Patient, der tatsächlich einer ist, wieder in eine ambulante Struktur zurückgebracht werden kann, bedarf vieler Schritte, die wir, glaube ich, vorher regeln müssen und die mit dem jetzt angesprochenen System nicht vergleichbar wären. Das wäre aktuell eine zusätzliche Belastung für die Menschen, die das tun. Man kann solche Dinge sicherlich dann nutzen, wenn sich jemand telefonisch meldet und fragt: Wo soll ich hingehen? In der aktuellen Situation wäre das in der direkten Versorgungsstruktur der Krankenhäuser eine Belastung, die wir sehr kritisch sehen. Sie sichert den Patienten auch nicht so ab, wie durch die Vorgaben, unter denen wir aktuell arbeiten.

Deshalb würde ich mir da ein differenzierteres Bild wünschen, auch wenn wir das Bedürfnis haben, die wir Patienten besser zu steuern und die Überlastung gerade in den zentralen Aufnahmen, die wir jetzt haben und die unbestritten ist, besser in den Griff zu bekommen. Ich glaube, dann es ist aber umso wichtiger, dass wir auf der einen Seite wissen, wir arbeiten so schnell und so sicher, dass der Patient auf jeden Fall einer guten Versorgung zugeführt wird. Wir müssen aber dann eine Selektion vornehmen können, wenn die Manchester-Triage zur Anwendung kommt. Sie haben sie bis Grün beschrieben, aber es gibt theoretisch auch noch Blau. Das wäre dann der Patient, der in die ambulante Versorgung zurückgebracht wird. Da müssen wir eine Sicherungsebene schaffen, wie er dahinkommt und wie wir ihn versorgen, aber die gibt es noch nicht so richtig.

Auf der anderen Seite haben wir die KV-ärztlichen Strukturen, die diesen Vorgaben gar nicht unterliegen. Ich glaube, auch da muss eine Brücke geschaffen werden, obwohl ich mir sicher bin, dass die meisten Patienten anhand ihrer persönlichen Probleme sehr genau wissen, ob sie zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen. Es wird aber auch immer wieder jemanden geben, der sich falsch entscheidet. Auch den müssen wir sichern, damit er in eine sichere Versorgung kommt.

Ich habe noch eine Frage von Herrn Vincentz zu beantworten. Sie haben mich zum Mutterschutz, stillende und schwangere Frauen angesprochen. Da würde ich mich gerne Herrn Morell anschließen. Ich glaube, das kann nicht in dieses Gesetz aufgenommen werden.

Vielen Dank.

(Miguel Tamayo-Korte [Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein]: Darf ich direkt etwas dazu sagen?)

Vorsitzende Heike Gebhard: Nein, wir führen keine Diskussion unter den Sachverständigen, sondern das ist ein Gespräch zwischen den Abgeordneten und den Sachverständigen.

Wir kommen dann zu Herrn Bornes und zum PatientInnen-Netzwerk. Bitte schön.

Gregor Bornes (PatientInnen-Netzwerk Nordrhein-Westfalen [per Video zugeschaltet]): Sehr geehrte Frau Gebhard, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung und Ihre Fragen. Ich bin zu zwei Themen befragt worden, und zwar zum Thema „Besuchsrecht“ und zum Thema „Patientenfürsprecherinnen“.

Zum Besuchsrecht kann ich ganz grundsätzlich sagen, es hat während der ganzen Zeit der Pandemie erhebliche Beschwerden zum Besuchsrecht gegeben. Einige Fälle sind uns schon geschildert worden. In der Regel ist das bis jetzt so dargestellt worden, als wären Besuchende diejenigen, die Patienten und Krankenhaus gefährden. Ich sehe grundsätzlich ein, dass wir gerade am Anfang der Pandemie in der Situation waren, dass wir die Gefahrenlage nur schwer einschätzen konnten und deshalb auch stärkere Restriktionen bis hin zu völligen Besuchsverboten ausgesprochen worden sind. Ich kann Ihnen aber sagen, die letzte Beschwerde, die bei uns eingelaufen ist, stammt von Anfang dieses Jahres. Ich glaube, inzwischen muss es ganz andere Möglichkeiten geben, um Besuche zu ermöglichen.

Wir begrüßen vom PatientInnen-Netzwerk ausdrücklich die gesetzliche Fassung. Im Übrigen beinhaltet die durchaus, dass man Besuchsverbote oder Einschränkungen erlassen kann. Sie müssen aber gut begründet und für Patientinnen und Patienten bzw. die Besuchenden nachvollziehbar sein. Insofern halten wir es für ausgesprochen hilfreich und nützlich, das zu tun.

Zum Thema „Gefährdung von Patientinnen, die besucht werden“, kann ich Ihnen nur sagen, wir haben eine ganze Menge Beschwerden zu Menschen bekommen, die sich im Sterbeprozess befanden und die in diesem Prozess von ihren Angehörigen nicht besucht werden durften. Da frage ich mich ehrlich gesagt, wie da das Potenzial einer Ansteckung noch verschlimmert werden kann. Hier muss auf jeden Fall regelmäßig und sehr intensiv nachgeschaut und das Recht auf Besuch gewährleistet werden.

Ich will das noch an einem anderen Fall ein bisschen verdeutlichen. Es gibt eine Menge Menschen, die nicht nur demenziell erkrankt sind, sondern auch solche, die durch alle möglichen Anlässe Hirnverletzungen erlitten haben, die in einem sehr verwirrten Zustand im Krankenhaus aufwachen, sich dann in einer vollkommen fremden Umgebung befinden und sich womöglich überhaupt nicht mehr artikulieren und orientieren können. In solchen Fällen nur von fremden Menschen umgeben zu sein, ist katastrophal. Deshalb ist an dieser Stelle der Besuch nicht nur – ich sage einmal – nett und aus sozialen Gründen hilfreich, sondern er ist auch medizinisch absolut notwendig. Insofern sollte man ausdrücklich ernstnehmen, dass wir hier nicht nur – ich sage einmal – von einer netten Maßnahme sprechen, die aus sozialen Gründen wichtig ist, sondern sie ist in sehr vielen Fällen medizinisch notwendig.

Zu den Patientenfürsprecherinnen kann ich Ihnen aus meiner persönlichen Sicht sagen, wir unterstützen in Köln schon seit dem Jahr 1999 die Kölner Patientenfürsprecherinnen, indem wir einen Arbeitskreis eingerichtet haben, zu dem wir sie regelmäßig einladen. Wir haben schon im Jahr 2008 Forderungen erhoben, indem wir gesagt haben, es muss unbedingt vereinheitlichende Regelungen geben. Auch die Handlungsempfehlungen waren ein wichtiger Baustein – Herr Blum hat sie schon angesprochen – auf dem Weg, das Amt zu normieren. Ich kann Ihnen sagen, die Bandbreite von Patientenfürsprechenden ist riesig. Es gibt nach wie vor bis heute Krankenhäuser,

die keine Person haben. Es gibt riesige Krankenhäuser, wie zum Beispiel die Uniklinik Köln, die eine Person haben. Es gibt Krankenhäuser, die benennen ehemalige Chefärztinnen und -ärzte für dieses Amt. Dann gibt es solche, die seit 20 Jahren im Amt sind und noch nicht eine einzige Beschwerde erhalten haben. Es gibt also eine Riesenbandbreite. Daher macht es absolut Sinn, das endlich per Gesetz zu normieren.

Wir würden gerne noch einen Schritt weitergehen. Herr Blum hatte schon angesprochen, dass es auch einmal passieren kann, dass ein Krankenhaus über längere Zeit eine Patientenfürsprecherin nicht nachbesetzt. Das wird durch die Stellvertretungsregelung schon ein Stück weit aufgefangen. Wir würden aber sehr dafür plädieren, dass wir in Zukunft die Kommunen damit beauftragen, Patientenfürsprecher in den Krankenhäusern zu benennen und sie da einzubauen. Dann haben wir eine ganz andere Beobachtung, Zugänglichkeit und Unabhängigkeit.

So viel zuerst einmal.

Vielen Dank.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Damit haben wir die erste Runde geschafft. Mir liegt schon eine Wortmeldung vor. Ich schaue aber in die Runde, wie viele weitere Wortmeldungen es seitens der Damen und Herren Abgeordnete gibt. – Danke schön. – Dann hat das Wort Kollege Neumann.

Josef Neumann (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Ich habe noch zwei, drei Nachfragen.

Zum einen würde mich noch einmal grundsätzlich die Meinung insbesondere aus der Sicht der Hausärzte interessieren, wie Sie den vorliegenden Gesetzentwurf sehen, um die Krankenhäuser für die aktuelle, aber auch für wie auch immer geartete, hoffentlich nicht kommende Pandemien krisenfest zu machen. Ist das ausreichend, oder müsste da aus Ihrer Sicht noch einiges passieren?

Dann habe ich noch eine Nachfrage an Frau Quast von der Volksinitiative. In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie noch einmal das Thema „SmED-Modell“ und sprechen hier von einer Gefährdung der Patientensicherheit auch im Rahmen der Ersteinschätzung in der Notfallversorgung. Ich bitte Sie, dazu noch einmal etwas auszuführen.

Darüber hinaus habe ich noch eine Frage an die Krankenkassen, an Dr. Loeser. Das Spannende in Ihrer Stellungnahme ist, dass Sie im Fazit schreiben: „Dabei ist aber festzustellen, dass die absehbar kritische Situation in der stationären Versorgung in NRW ab 2023 hierüber nicht abgemildert wird.“ Ich bitte Sie, noch einmal auf das Thema einzugehen.

Vielen Dank.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich hatte gedacht, dass die CDU oder die Regierungsfractionen nachfragen, da doch eine ganze Menge am Entwurf zu ändern wäre, wenn Sie den Mitteilungen der Sachverständigen folgen.

Ich würde gerne noch zu drei Punkten nachfragen.

Zur Aktensicherung im Insolvenzfall wird von allen der Entwurf zur Rechtslage scharf kritisiert. Können Sie mir kurz schildern, wie Sie sich vorstellen, dass das gemacht werden sollte? Was wäre also zu tun, um, was Sie selbst für richtig halten, die Patientendaten adäquat zu sichern? In der Stellungnahme hatten Sie explizit eine Versicherungslösung abgelehnt.

Zum Zweiten hat Herr Bornes vorgeschlagen – das war auch in der schriftlichen Stellungnahme zu lesen –, dass Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher vom Rat der jeweiligen Kommune benannt werden könnten. Was sagen Sie zu diesem Vorschlag? Ich bitte die Krankenhausvertreter, dazu Stellung zu nehmen.

Drittens leitet sich die Unabhängigkeit der Patientenfürsprecher für die Krankenhauseite davon ab, dass sie die Kosten für die Fortbildung nicht tragen wollen. Dagegen könnte ich zahlreiche Beispiele anführen. Wenn mein Auto vom TÜV geprüft wird, muss ich die Kosten auch tragen. In anderen Zusammenhängen müssten auch Verbraucherschutzauflagen getragen werden. Wieso glauben Sie, dass die Unabhängigkeit nur dann gewährleistet ist, wenn die Krankenhäuser nicht für die Kosten zuständig sind, und mit welchen Kosten rechnen Sie überhaupt?

Peter Preuß (CDU): Ich habe doch noch eine Nachfrage an Herrn Dr. Funken und Herrn Vosseler. In ihrer schriftlichen Stellungnahme begrüßt die Kassenärztliche Vereinigung die verbindliche Einführung eines qualifizierten und standardisierten Erstein-schätzungsverfahrens in den Krankenhäusern. Es wird angeregt, das sektorübergreifend zu gestalten. Das ist eben von einem Sachverständigen auch angesprochen worden. Es würde mich interessieren, was Herr Dr. Funken als Vertreter des Hausärzterverbandes oder auch Herr Vosseler ergänzend dazu sagen können.

Martina Hannen (FDP): Ich möchte auch noch einmal einsteigen. Herr Neumann hat gerade bezüglich SmED eine Frage an die Volksinitiative gestellt. Ich würde gerne Herrn Tomayo von der KV zu diesem Sachverhalt hören, wie er das aus seiner Sicht beantworten würde.

Herzlichen Dank.

Vorsitzende Heike Gebhard: Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Dann können wir in die Antwortrunde einsteigen, die gegenüber der ersten Antwortrunde etwas kleiner geworden ist. Als Erster hat wieder Herr Blum das Wort. Bitte schön.

Matthias Blum (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Ich versuche, mich wieder kurz zu halten.

Herr Mostofizadeh, zur Aktensicherung im Insolvenzfall: Wir sind unter uns. Deshalb nenne ich Ihnen unsere Überlegungen, was wir uns grob an der Stelle vorstellen können. Wir könnten uns vorstellen, einen Fonds zu bilden, in den – das wird Sie vielleicht überraschen – die Krankenhäuser zunächst einen überschaubaren Betrag einzahlen. Dieses Geld würde dann zu verwahren und in einem solchen Fall zu aktivieren sein.

Dann würde zum Beispiel von der Bezirksregierung, die das möglicherweise übernimmt, jemand beauftragt, der diese Akten sichert und über den entsprechenden Zeitraum dafür sorgt, dass die Patientinnen und Patienten einen Zugriff haben. In die Richtung denken wir und glauben, dass das vielleicht eine Lösung sein könnte. Eine Versicherungslösung gibt es nicht. Das Ganze über Rückstellungen zu machen, würde die Liquidität der Häuser und auch die Jahresabschlüsse belasten. Das halten wir nicht für adäquat. Daher wäre das aus unserer Sicht vielleicht ein denkbarer Weg.

Benennung durch die Kommune: Ich glaube, es wäre sinnvoll, die Benennung über die Krankenhäuser weiter zu machen. Ich glaube schon, dass man welche findet. Wir haben in der Vergangenheit schon welche gefunden. Um das noch einmal klarzustellen, uns geht es nicht darum, sich davon in irgendeiner Form zurückzuziehen, indem wir sagen, dass wir selbst welche finden und dann benennen. Mit denen müssen wir schließlich ein vernünftiges Miteinander und einen Weg finden, damit umzugehen. Wir haben in den Handlungsempfehlungen auch gesagt, es soll ein Büro zur Verfügung gestellt werden etc. Das kann man alles nachlesen. Ich meine, die Benennung sollten weiter die Häuser machen, weil ich keinen Mehrwert sehe, wenn dies durch die Kommunen geschieht.

Hilfreich wäre allerdings, wenn man nicht auf Anhieb jemanden findet ... Man muss jemanden finden, der in irgendeiner Form über die sozialen Kompetenzen verfügt. Dann muss es eine entsprechende Weiter- und Fortbildung geben. Das Curriculum, das der Landesverband erstellt hat, ist sehr vielschichtig aufgestellt.

Noch zur Kostentragung: Ich glaube, dass in der Vergangenheit die Häuser die Fortbildung jeweils übernommen haben. Uns ging es letztendlich darum, dass man dann, wenn man das gesetzlich verankert, ... Ich sage einmal, es ist für den Gesetzgeber immer relativ leicht hinzugehen und noch einen Beauftragten und noch einen Beauftragten für den Krankenhausbereich vorzusehen. Egal wer ansonsten mit solchen Sachen immer belastet wird, aber bei den Krankenhäusern werden solche Beauftragten ins Leben gerufen, aber die Finanzierung sollen die Krankenhäuser immer selbst übernehmen. Das können wir beim besten Willen an der Stelle nicht einsehen. Wenn man das ins Gesetz schreibt, meinen wir, dass es im Hinblick auf die Neutralität – das geht es uns weniger ums Geld als mehr darum, dass die Neutralität gegeben ist – eine Lösung geben müsste. Schließlich gibt es an der Stelle keine Refinanzierung.

Ich hoffe, dass ich damit alle Fragen beantwortet habe. Ich meine, das wäre es gewesen.

Vielen Dank.

(Ingo Morell [Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.:
Darf ich noch kurz von der Krankenhauseite aus eine Ergänzung zu
den Kosten vornehmen?])

Vorsitzende Heike Gebhard: Bitte schön.

Ingo Morell (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.): Es geht nicht so sehr um die Kosten, sondern ich finde, wenn das dem Land wirklich wichtig ist – uns

ist es wichtig, weil wir es schon seit Jahren machen –, dann kann das Land auch Kosten tragen, um deutlich zu machen, dass es dem Land wichtig ist.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann wäre Herr Tomayo an der Reihe.

Miguel Tamayo Korte (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): An mich wurde keine Frage gerichtet.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herr Neumann hatte eine Frage an Frau Quast gerichtet. Frau Hannen hatte diese Frage an Sie weitergegeben.

Es wäre wohl sinnvoll, wenn Herr Neumann seine Frage wiederholt, damit die Frage klar ist.

Josef Neumann (SPD): Es geht mir insbesondere um SmED und die Frage, ob das für die Notfalleinschätzung ausreichend ist, und den Hinweis, dass dies auch eine Patientengefährdung bedeuten könnte. Darum geht es mir.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann schlage ich vor, dass zunächst Frau Quast antwortet.

Susanne Quast (Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – FÜR ALLE!): Wir haben das sehr kritisch bewertet. Wir sehen auch, dass es wichtig ist, eine Verzahnung zwischen den sektorenübergreifenden Strukturen hinzubekommen. Wir sehen aber auch kritisch, dass SmED andere Grundstrukturen anlegt als zum Beispiel die Manchester-Triage. Damit haben wir gerade, wenn es um Patientensicherheit geht, aktuell ein Problem.

Ich nenne einmal ein Beispiel. Sie dürfen mich gerne korrigieren, wenn es nicht ganz perfekt ist. Ich habe versucht, es richtig zu verstehen und auszuformulieren. SmED zeigt Dringlichkeitsstufen an, „sofort ins Krankenhaus“, „Termin beim niedergelassenen Arzt“, „Hausmittel reichen erst einmal auch“. Ich nehme jetzt einmal diese drei Punkte.

„Sofort ins Krankenhaus“ benennt die Struktur SmED mit einem Zeitfenster von sechs Stunden. Wir glauben, dass ein Notfallpatient wesentlich schneller versorgt werden muss und vor allem wesentlich schneller betrachtet werden muss, um entscheiden können, wie er versorgt wird. Wenn dann tatsächlich das Hausmittel reicht, ist alles gut, aber wenn es nicht reicht, dann sind sechs Stunden aus unserer Sicht für die sichere Versorgung eines Patienten definitiv zu lang. Deshalb ist keine Gleichwertigkeit gegeben. Wir müssen dieses System tatsächlich modifizieren, anders aufstellen, um insbesondere das zu erreichen, was erreicht werden soll, nämlich eine übergreifende Struktur, die den Patienten sichert und ihn auch sicher dahinbringt, wo er hin muss. Das ist für uns momentan nicht ersichtlich. Deshalb lehnen wird das aktuell ab.

Ist das ausreichend, Herr Neumann?

(Josef Neumann [SPD]: Ja, danke!)

Muss ich sonst noch etwas beantworten?

Vorsitzende Heike Gebhard: Nein, mehr Fragen sind an Sie nicht gerichtet worden. – Jetzt kann Herr Tomayo nachlegen. Danach folgt Herr Vosseler.

Miguel Tamayo Korte (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Dem kann ich so gar nicht widersprechen, wenn ich die alte Version von SmED betrachte, die für die telefonische Ersteinschätzung entwickelt wurde. Wir haben aber die Weiterentwicklung SmED Plus angesprochen. Die ist, darauf wollte ich vorhin zu sprechen kommen, für den gemeinsamen Tresen im Krankenhaus gedacht, wo das gleiche Ersteinschätzungssystem durchgeführt wird. Wir reden jetzt über Sekunden, die länger benötigt werden – es geht vielleicht um eine Minute –, um diesen Algorithmus abzufragen.

Beim Algorithmus muss man nicht die Angst haben, dass man sich in die Hände eines Automaten begibt. Am Anfang werden natürlich Vitalzeichen und solche Sachen abgefragt. Das, was am Dringendsten ist, wird in den ersten zehn Sekunden abgefragt. Dann wird keine Diagnose gestellt, sondern es wird, wie das auch richtig ist, ein Vorschlag zur Versorgungsebene gemacht. Dann gibt es am gemeinsamen Tresen immer noch eine Person, die die Einschätzung bestätigen muss und sagt, links kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder rechts Notaufnahme. Das ist das Modell einer funktionierenden sektorenübergreifenden Versorgung, das Fehlbelegungen vermeidet und Notaufnahmen enorm entlastet. Das ist heute leider nicht in jedem Krankenhaus, das über eine Notaufnahme verfügt, umzusetzen. Wir schaffen immer mehr Notdienstpraxen mit gemeinsamen Tresen. Gemeinsam mit der Landesregierung haben wir uns verpflichtet, das immer weiter aufzubauen. Das ist ein Riesenprojekt beider KV'en. Ich denke, da sind wir auf einem ganz guten Weg.

Absolute Zustimmung, die Patientensicherheit muss gewährleistet sein. Dafür machen wir auf Bundesebene auch etliche Studien, damit dieses Ersteinschätzungssystem mit der Erweiterung – es enthält dann noch die weiteren Stufen, die jetzt schon Manchester-Triage enthält –, funktioniert.

Carsten Vosseler (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrter Herr Preuß, vielen Dank für die Frage.

Herr Tomayo hat schon sehr ausführlich zum Ersteinschätzungsverfahren SmED ausgeführt. Ich möchte Sie nicht langweilen, indem ich das wiederhole. Damit aber kein falscher Zungenschlag hineinkommt, es ist keinesfalls so, dass wir als KVWL fordern, dieses Ersteinschätzungsverfahren müsse in allen Krankenhäusern und in allen Bereitschaftsdienstpraxen eingesetzt werden. Es ist vielmehr so, dass wir das im telefonischen Dienst der 116 117 in der Arztrufzentrale im Einsatz haben und bereits jetzt in den Krankenhäusern und in den Krankenhäusern, in denen wir Portalpraxen betreiben, ein anderes Ersteinschätzungsverfahren verwendet wird. Ob es SmED Plus heißt oder die Manchester Triage oder ein weiteres System ist, uns wäre nur wichtig, dass dann,

wenn man diesen Punkt angeht, beide Sektoren mitgedacht werden und sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren genutzt wird, die sich idealerweise gegenseitig befruchten oder sogar für beide Sektoren nutzbar sind.

Ich darf das einmal für Westfalen-Lippe und unsere Bereitschaftsdienstpraxen darstellen. Wir haben 63 allgemeinmedizinische Bereitschaftsdienstpraxen, 23 Kinderbereitschaftsdienstpraxen, zwei Bereitschaftspraxen für HNO und drei für die Augenheilkunde. Davon befinden sich nur fünf nicht an einem Krankenhaus. Insofern findet da schon eine gute Kooperation statt.

Viele von diesen, nämlich 25, sind echte Portalpraxen, die einen gemeinsamen Tresen für den ambulanten und den stationären Bereitschaftsdienst haben. Da wird schon eine Triagierung in eine der beiden Bereiche vollzogen, wie Herr Tomayo das gerade geschildert hat.

In Zukunft werden wir mit Sicherheit weitere Portalpraxisstandorte ausbauen. Wir entwickeln auch einzelne zu sogenannten INZ, Integrierten Notfallzentren, die sich schon seit einigen Jahren in der politischen Diskussion befinden. Ein Gesetzentwurf auf Bundesebene ist nach dem Jahr 2019 wieder einmal zurückgezogen worden, vielleicht wegen der Pandemie. Wir denken aber, dass der Trend in diese Richtung geht. Allerdings wird es nicht möglich sein, diese INZ flächendeckend über Westfalen-Lippe auszurollen; denn die dahinterliegenden Krankenhäuser erfüllen nicht alle die Strukturvorgaben, die bisher dafür notwendig sind. Deshalb werden wir weiter auch auf Portalpraxen setzen müssen. Uns ist daran gelegen, dass dort ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren angewendet wird. Das muss aber nicht SmED sein, sondern das kann sogar nicht SmED sein, allenfalls SmED Plus oder ein weiteres Ersteinschätzungsverfahren, das bisher schon im Einsatz ist.

Dr. Oliver Funken (Hausärzterverband Nordrhein e. V. [per Video zugeschaltet]): Ich habe zwei konkrete Fragen bekommen. Ich möchte mit der Frage von Herrn Preuß anfangen, ob die Ersteinschätzung systemübergreifend relevant ist. Ja, das glauben wir schon, weil in SmED Plus ist das Manchester-Triagesystem verankert. Das heißt, wenn für einen Patienten die Entscheidung für das Krankenhaus gefällt wird, läuft automatisch krankenhausorientiert das Manchester-Triagesystem, indem automatisch der Patient innerhalb des Krankenhauses entsprechend versorgt wird.

Der Nachteil eines direkten Manchester-Triagesystems ist der Blaubereich, der besagt, er muss gar nicht ins Krankenhaus. Das ist der ergänzende Teilbereich, der einen Großteil der Patienten schon vorher herausfiltert. Bevor der Patient ins Manchester-Triagesystem kommt, wird er automatisch schon durch das SmED Plus-System geschickt. Damit ist er im ambulanten Bereich zu halten.

Das bedeutet letztendlich, dass wir mit der Weiterentwicklung von SmED einen guten Schritt haben, Patienten in der Versorgungsrealität außerhalb der Krankenhäuser zu halten und damit die relevanten Patienten, die ins Krankenhaus müssen, herauszufiltern.

Gleichzeitig gibt es Triagisten, die immer noch die Möglichkeit haben, durchzugreifen. Das heißt, die können bei Inplausibilitäten immer aus einer Entscheidung heraus diese Funktion wahrnehmen und den Patienten dennoch in die stationäre Versorgung hineinbringen, sodass wir glauben, dass das sicher ist.

Ähnliche Systeme gibt es in anderen europäischen Ländern, die sich bewährt haben und auch validiert sind, sodass wir glauben, dass das der richtige Weg ist.

Das zu der Frage von Herrn Preuß.

Die zweite Frage kam von Herrn Neumann, der gefragt hat, ob Krankenhäuser krisenfest sind. Auch hier glauben wir, dass die Krankenhäuser für kommende Pandemien nicht krisenfest sind, weil die Flexibilitäten des Zugangs zum Krankenhaus in Pandemiezeiten hochemotional sind. Das heißt, es wird eine irrationale Entscheidung getroffen, die Patienten strömen in die Krankenhäuser und es kommt zu einer Überflutung. Deshalb glauben wir, dass hier eine Weiterentwicklung, ein extra Pandemiesatz im SmED-System enthalten sein müsste, indem vorher Patienten im ambulanten Bereich angesehen werden müssen, um zu prüfen, ob sie überhaupt dem stationären Bereich zugeführt werden müssen, ohne dass eine Ersteinschätzung ihrer Symptome stattfindet.

Ich nenne ein klassisches Beispiel. Aktuell strömen viele Patienten in die Krankenhäuser, die COVID positiv sind und Symptome haben, möglicherweise auch einer vulnerablen Gruppe angehören und sich, weil der Weg gebahnt ist, im stationären Bereich aufhalten, aber eigentlich durch die neu zugelassenen Medikamente im ambulanten Bereich behandelt werden könnten. Das ist das Gap, das wir jetzt haben, nämlich durch die Entwicklung hier einen neuen Schritt hineinzubringen. Das könnte man mit einer Weiterentwicklung ohne Weiteres auf künftige Strategien anpassen. Deshalb glauben wir, dass zum jetzigen Zeitpunkt die Krankenhäuser noch nicht konsequent krisenfest sind und wir jetzt zu Überbelastungen der Krankenhäuser im stationären Bereich kommen, wie das eingangs vonseiten der Krankenhausgesellschaft dargestellt wurde.

Vielen Dank.

Dr. Simon Löser (AOK Rheinland/Hamburg / Verband der Ersatzkassen e. V.):

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Ich habe von Herrn Neumann dankenswerterweise noch eine Frage zu unserem Fazit bekommen, das wir doch relativ offen gehalten haben.

Wir sehen zwar die Regelungen zum Besuchsrecht, zu den Patientenfürsprechern, zu den Daten und zur Aufsicht positiv. Der Zeitpunkt jetzt ist dann aber wieder überraschend, weil wir gerade mit Hochdruck daran arbeiten, die letzte Änderung des KHGG zu verdauen, mit anderen Worten, die Strukturveränderungen in Nordrhein-Westfalen einzuleiten.

Wir haben in unserem Fazit geschrieben, das sind sinnvolle Punkte, aber sie werden ab dem Jahr 2023 die kritische Situation der Häuser für sich genommen erst einmal nicht abfedern. Wir haben einen wichtigen Punkt, den man nicht vergessen darf. Die Coronaausgleiche werden im Jahr 2022 noch vorgenommen. Das heißt, im Jahr 2022

werden Erlösrückgänge der Krankenhäuser im Vergleich zum Jahr 2019 noch weitgehend ausgeglichen. Danach geschieht das vielleicht nicht mehr, je nach dem weiteren Verlauf der Pandemie. Unter der Haube stellen wir fest, dass enorme Leistungsrückgänge vorhanden sind, sodass ich glaube, dass wir dann, wenn wir in einen normalen Finanzierungsrhythmus hineinfallen, schnell in eine kritische Situation kommen werden.

Wir haben weitere drängende Themen. Das eine Thema ist die Ambulantisierung, die wir auf Landesebene nicht regeln können. Das ist ein Bundesthema, aber ich sage einmal, das Stichwort „Ambulant mit den Mitteln eines Krankenhauses“, was für sehr viele Patienten eine sinnvolle Sache wäre, ist nicht regelt. Da laufen wir Gefahr, dass Versorgungswirklichkeit und Finanzierungsmöglichkeiten auseinanderdriften.

Dann haben wir noch die Finanzierung an sich mit Vorhaltefinanzierung und Pflege als Baustelle.

Das einzige Thema, das wir im Land wirklich angehen können – ich habe es eingangs gesagt –, ist der Strukturwandel. Auch hier ist uns daran gelegen, dass wir daran weiter konstruktiv mit allen Beteiligten arbeiten und die neuen Rahmenvorgaben des Krankenhausplans angehen können.

Insofern ist unser Fazit als Kostenträger, wir unterstützen das, was im Vierten Änderungsgesetz vorgesehen ist. Man darf sich aber nicht der Illusion hingeben, dass wir damit die kritische Phase, die wir aus unserer Sicht im Jahr 2023 in Nordrhein-Westfalen ganz besonders sehen, maßgeblich abfedern können.

Man kann sich auch noch einmal das Regionalisierungsgutachten aus dem Jahr 2018 von Professor Wasem zum Morbi-RSA ansehen. In Nordrhein-Westfalen muss sowieso schon mehr Geld in der stationären Versorgung eingesetzt werden, als eigentlich aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung steht. Wir haben also generell im Land schon die Schiefelage. Hinzu kommen noch die Schiefelagen auf der Bundesebene, die ich eben skizziert habe. Das führt dazu, dass uns im Hinblick auf das Jahr 2023 ganz mulmig wird. Insofern lautet das Fazit: Das ist gut, aber wir müssen auch an dem anderen Thema intensiv dranbleiben.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Damit haben wir auch die zweite Runde abgeschlossen. Herr Neumann hat aber aufgrund der Beiträge noch eine Rückfrage. Wir liegen so gut in der Zeit, dass wir die zulassen können. Bitte schön.

Josef Neumann (SPD): Meine Frage beruht nicht so sehr auf den Rückmeldungen, sondern ich möchte gerne noch einmal Claudia Middendorf ansprechen. Ich glaube, wir sind uns alle einig, dass die Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhausbereich verbessert werden muss. Ich glaube, das ist unumstritten. Nun haben wir die Chance, mit dem Thema „Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher“ etwas zu tun.

Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme: „In diesem Sinne appelliere ich an die Krankenhäuser, die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher zukünftig in der Ausübung ihres Amtes bestmöglich zu unterstützen.“ Die Frage von mir lautet: Muss nicht

schon bei der Auswahl im Rahmen dieser Funktionen die Frage, ob jemand die Eignung besitzt, auch Menschen mit Behinderung überhaupt in diesem Themenfeld begleiten zu können, deutlicher herausgestellt werden? Wir wissen, Appelle hatten wir schon viele seit der UN-BRK und dem BTHG, aber sie haben uns im Gesundheitsbereich bisher nicht allzu viel gebracht.

Claudia Middendorf (Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen): Herr Neumann, herzlichen Dank für die Nachfrage.

Sicherlich muss man das Profil insbesondere im Hinblick auf Menschen mit Behinderung schärfen. Wie Sie wissen, nehmen wir im Krankenhaus explizit die Menschen mit Behinderung in den Fokus und sagen nicht, die laufen unter ferner liefen, sondern sie werden als Patientengruppe klar und deutlich benannt, sodass sich das Krankenhaus insbesondere auch auf diese Menschen einstellen muss.

Zum Profil ist zu sagen – das haben Sie auch den Wortbeiträgen entnehmen können –, dass Sie entweder Menschen haben, die selbst aus dem Krankenhausbereich kommen – seien es Ärzte oder Krankenschwestern, aber es gibt auch schon einmal einen Personalchef als Patientenführer, was, wie ich finde, eine sehr spannende Rolle ist –, oder es sind Menschen, die sehr viele Berührungspunkte über die Wohlfahrtsverbände haben. Die Wohlfahrtsverbände sind natürlich auch in den kommunalen Strukturen zu finden, sei es über die Caritas oder die Diakonie. Daher glaube ich, ist es entscheidend – deshalb habe ich sie auch gesondert benannt –, dass wir diese Menschen nicht irgendwo sehen, sondern das Profil schärfen. Das kann auch eine Qualifizierung sein.

In den ersten Modulen für die Patientenführer wird auf die Rechtsgrundlage eingegangen. Was ist ihre Aufgabe? Wie kann ich mir eine Struktur schaffen? Wie gehe ich auf Pflegepersonal und die Ärzteschaft zu? Gerade die Kommunikationsmöglichkeiten sind wichtig. Dazu gehört aber auch, wie ich mit Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Strukturen umgehe. Auch diese Fragestellungen sind wichtig. Daher glaube ich, sind die Qualifizierungen, um ein Handwerkszeug den Patientenführer an die Hand zu geben, ganz, ganz entscheidend.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Dann darf ich mich bei allen Beteiligten sehr herzlich bedanken und wünsche Ihnen noch einen erfolgreichen Tag, den – es ist noch hell – vielleicht der eine oder andere noch nutzen kann. Bis zum nächsten Mal. Ich schließe die Sitzung.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

Anlage

02.03.2022/03.03.2022

15

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Viertes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes
Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 17/15517

am Mittwoch, dem 2. Februar 2022
13.30 Uhr, Raum E3 A02

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Matthias Blum Düsseldorf	Matthias Blum Thorsten Ganse Hilmar Riemenschneider	17/4794
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Herrn Vorstandsvorsitzenden Dr. med. Frank Bergmann Düsseldorf	Miguel Tamayo Korte	17/4797
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Herrn Vorstandsvorsitzenden Dr. med. Dirk Spelmeyer Dortmund	Carsten Vosseler	17/4793
Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in NRW Claudia Middendorf Düsseldorf	Claudia Middendorf	17/4789
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) Ingo Morell Berlin	Ingo Morell	17/4808
Christian Engler c/o Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Regionalgeschäftsführer NRW Düsseldorf	Christian Engler	17/4804
Hausärzteverband Nordrhein e.V. 1. Vorsitzender Dr. Oliver Funken Köln	Dr. Oliver Funken <i>(per Videozuschaltung)</i>	---

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
AOK Rheinland/Hamburg Dr. Simon Loeser Düsseldorf	Dr. Simon Loeser	17/4792
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Dirk Ruiss Düsseldorf		
Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für Alle!“ Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V. Susanne Quast Köln	Susanne Quast	17/4788
Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. Düsseldorf	keine Teilnahme	---
PatientInnen-Netzwerk NRW Gregor Bornes Gesundheitsladen Köln e.V. Köln	Gregor Bornes <i>(per Videozuschaltung)</i>	17/4796
LAG Freie Wohlfahrtspflege des Landes NRW Der Paritätische NRW Wuppertal	keine Teilnahme	---
ver.di - Vereinte Dienstleistungsge- werkschaft Landesbezirk NRW Landesbezirksleiterin Gabriele Schmidt Düsseldorf	keine Teilnahme	---

Weitere Stellungnahmen:

Ärztammer Nordrhein

Stellungnahme 17/4812