

interessant werden, weil dann gründlich aufgearbeitet worden ist.

Übrigens wäre es auch nicht dumm, wenn zwischen Bund und Ländern in der Frage des Wahlalters keine Unterschiede beständen und nicht jedes Land seine eigene Suppe kochte. Ob das Durcheinander, dass junge Leute mit 16 oder 17 Jahren den Landtag wählen dürfen, den Bundestag und das EU-Parlament aber nicht, wirklich klug ist, ist die Frage.

(Christian Dahm [SPD]: Aber bei Kommunalwahlen dürfen sie doch wählen, oder?)

Ich glaube, statt solche Anträge zu stellen, wäre es klug, die Arbeit einer solchen Kommission abzuwarten und sich das Ergebnis genau anzuschauen.

Für uns als Landesregierung – das will ich schon sagen – hat es große Bedeutung, junge Menschen am politischen Geschehen zu beteiligen. Da gibt es übrigens auch noch eine Menge anderer Möglichkeiten. Es existiert nicht nur diese eine Möglichkeit. So gibt es politische Jugendorganisationen. Auch hier im Landtag findet das eine oder andere statt. Ich glaube, junge Leute können sich in den politischen Diskurs einbringen. Das tun sie übrigens auch. Sie haben auch Wirkung.

Ich habe meine Zweifel daran, ob es nur um das Wahlalter geht. Aber wenn man über diese Frage diskutiert, dann sollte man es gründlich machen, gut abwägen und auch die ganzen Wechselwirkungen bedenken. Deshalb ist heute vermutlich nicht der richtige Zeitpunkt, um so etwas mal schnell für ein Bundesland zu entscheiden. – Herzlichen Dank.

(Beifall von der CDU – Vereinzelt Beifall von der FDP)

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

Wir kommen zur Abstimmung. Die Fraktion der SPD hat gemäß § 44 unserer Geschäftsordnung eine **namentliche Abstimmung** zu dem **Antrag Drucksache 17/11173** beantragt. Nach Abs. 2 dieses Paragraphen erfolgt die namentliche Abstimmung durch Aufruf der Namen der Abgeordneten. Die Abstimmenden haben bei Namensaufruf mit Ja oder Nein zu antworten oder zu erklären, dass sie sich der Stimme enthalten. Ich bitte Frau Abgeordnete Watermann-Krass, nun mit dem Namensaufruf zu beginnen.

(Der Namensaufruf erfolgt.)

Meine Damen und Herren, haben alle Abgeordneten ihre Stimme abgegeben? – Das ist der Fall. Dann schließe ich die Abstimmung und bitte die Schriftführer, die Auszählung vorzunehmen.

Im Einvernehmen mit den Fraktionen stelle ich die Bekanntgabe des Ergebnisses der namentlichen Abstimmung zunächst zurück.

Ich rufe auf:

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

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

erste Lesung

Ich eröffne die Aussprache und erteile als erstem Redner für die Fraktion der CDU dem Abgeordneten Preuß das Wort.

Peter Preuß (CDU): Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die NRW-Koalition hat sich zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung der Menschen in Nordrhein-Westfalen zu verbessern und die strukturellen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Als Instrument dazu dient der Krankenhausplan, der die Erreichbarkeit des Krankenhauses insbesondere im Akutfall und die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Sinne bester Qualität der medizinischen Versorgung zum Inhalt hat.

Es geht also bei der Krankenhausplanung nicht um die Schließung von Krankenhäusern, sondern um die bestmögliche medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie haben einen Anspruch darauf, und wir sehen uns in der Verantwortung, diesen Anspruch zu erfüllen.

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Das ist aber ein Widerspruch, Herr Kollege!)

Der bisherige Krankenhausplan verfolgt zwar den richtigen Ansatz – er ist zugegebenermaßen der Einstieg in die qualitätsorientierte Planung gewesen –, erweist sich jedoch als weitgehend wirkungslos, weil im Mittelpunkt der derzeitigen Krankenhausplanung als Maßstab die Anzahl der Krankenhausbetten und nicht die medizinische Leistung steht.

Der Patient braucht natürlich ein Bett. Aber er braucht vor allem in schwerwiegenden und komplizierten Fällen eine gute, spezialisierte, unter Umständen hochspezialisierte, von der Erfahrung des Arztes oder des Operateurs getragene Behandlung seiner Erkrankung. Das wollen wir sicherstellen.

Die bisherige Planungsmethodik ist problematisch, weil sie eine gezielte Steuerung der stationären medizinischen Versorgung verhindert, eine transparente Abbildung der Versorgung nicht möglich ist und sich keine Aussage über die Qualität der Leistung treffen

lässt; es geht schließlich um Betten und nicht um die medizinische Qualität.

Im Jahr 2017 wurden zum Beispiel 30.000 Operationen im Bereich „Prothesen für Kniegelenke“ an 233 Standorten durchgeführt. Rund 53 % der Eingriffe wurden in Krankenhäusern vorgenommen, die weniger als 100 solcher Fälle im Jahr behandeln. Das bedeutet, dass diese Krankenhäuser im Durchschnitt auf nicht ganz zwei Eingriffe pro Woche kommen.

Ähnliche Beispiele finden sich in dem zur Krankenhausplanung eingeholten Krankenhaugutachten zu weit komplizierteren, schwerwiegenderen Eingriffen, die eine hohe Spezialisierung erfordern, wie die Pankreasoperation.

Vor diesem Hintergrund ist es zwingend, die Krankenhausplanung neu aufzustellen. Der vorliegende Gesetzentwurf zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes bildet die dafür notwendige Voraussetzung.

Statt Bettenzahlen sollen medizinische Leistungsbe-
reiche und Leistungsgruppen definiert werden, um Über- bzw. Unterversorgung auszuschließen, unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden und die Verschwendung von Investitionsmitteln und Personalressourcen zu verhindern.

Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen. Sie orientieren sich vor allem an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung.

Die Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen ab. Ziel der neuen Leistungsgruppensystematik ist eine bedarfsorientierte Planung: Nicht jedes Krankenhaus muss alles anbieten, vielmehr sollen die Krankenhäuser einer Region die medizinischen Leistungen anbieten, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind.

Im Übrigen soll mit diesem Gesetzentwurf auch ein weiteres wichtiges Problem angegangen werden, nämlich der Schutz von Patientenunterlagen, um Fälle zu verhindern, in denen Patientenakten verloren gehen oder einfach liegen gelassen werden. Das soll in Zukunft verhindert werden. Der Krankenhausträger soll verpflichtet sein, Schutzmaßnahmen zu treffen und diese beispielsweise in der Situation einer drohenden Insolvenz gegenüber der Aufsichtsbehörde nachzuweisen.

Wir freuen uns auf die Diskussion im Ausschuss und stimmen der Überweisung selbstverständlich zu. – Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von der CDU und Susanne Schneider [FDP])

Präsident André Kuper: Vielen Dank, Herr Kollege. – Für die Fraktion der FDP rufe ich die Abgeordnete Frau Schneider auf.

Susanne Schneider (FDP): Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Unser aller Ziel ist es doch, den Menschen hier in Nordrhein Westfalen eine gute Gesundheitsversorgung zu bieten.

(Beifall von der FDP)

Wir, die Union und die FDP-Landtagsfraktion, wollen diese noch verbessern. Deswegen legen wir Ihnen heute unseren Gesetzentwurf vor.

Zu dieser Gesundheitsversorgung zählen für uns sowohl höchstmögliche Qualität als auch eine gute Erreichbarkeit. Das gilt insbesondere für die Krankenhäuser in unserem Land.

Unsere Krankenhäuser stehen vor etlichen großen Herausforderungen. Der demografische Wandel mit zunehmend älter werdenden Patienten und Patientinnen verändert die Anforderungen an die Versorgung.

Dem Fachkräftemangel bei Ärzteschaft und Pflege können wir nur mithilfe attraktiver Arbeitsbedingungen abhelfen.

Und wir alle wollen die Chance der Digitalisierung und die Chancen von E-Health stärker nutzen.

Die Coronapandemie hat aber auch gezeigt, wie wichtig eine leistungsfähige, gut ausgestattete und differenzierte Kliniklandschaft ist. Die NRW-Koalition aus Union und FDP hat bereits einiges getan, um die Krankenhäuser besser für die Zukunft aufzustellen. So haben wir in dieser Legislaturperiode die Mittel für die pauschale Förderung von Investitionen gleich zu Beginn einmalig um 250 Millionen Euro erhöht und zusätzlich eine Einzelförderung eingeführt, über die bis 2020 knapp 200 Millionen Euro für gezielte Investitionen zur Verfügung gestellt wurden.

Darüber hinaus übernimmt das Land seinen Anteil an der Kofinanzierung der Mittel aus dem Strukturfonds des Bundes.

Hinzu kamen in diesem Jahr Mittel in Höhe von 1 Milliarde Euro für ein Sonderinvestitionsprogramm. 1 Milliarde Euro zusätzlich – so viel Geld stand unseren Krankenhäusern noch nie zur Verfügung.

(Vereinzelt Beifall von der FDP und der CDU)

Neben der Förderung von Investitionen ist aber die Krankenhausplanung das wesentliche Instrument, um Strukturverbesserungen anzustoßen.

Da hat die vorherige rot-grüne Landesregierung wenig erreicht. Die bettenorientierte Planungsmethodik und die langwierigen Umsetzungsprozesse haben Veränderungen bisher eher verhindert.

Das im September 2019 vorgestellte Gutachten zur Krankenhausplanung hat deshalb eine grundlegende Reform empfohlen: Anstelle der bisherigen Planung anhand von Bettenzahlen soll künftig eine

detaillierte Ausweisung sogenannter Leistungsgruppen und Leistungsbereiche treten.

Damit sollen aufgetretene Fehlentwicklungen – eine Überversorgung in den Ballungsgebieten und damit Doppelstrukturen einerseits und eine teilweise Unterversorgung in ländlichen Regionen andererseits – vermieden werden.

Unser Ziel ist, die Versorgungsqualität durch eine stärkere Spezialisierung zu fördern. Dazu ist es sinnvoll, spezifische Behandlungsangebote an bestimmten Standorten zu konzentrieren und vermehrt auf Kooperationen zwischen den Krankenhäusern zu setzen.

Was wir hingegen auf keinen Fall wollen, ist eine weitreichende Zentralisierung wie zum Beispiel in Dänemark. Die wohnortnahe Grundversorgung muss auch in Zukunft gewährleistet sein – vor allem auch im ländlichen Raum.

Um die Krankenhausplanung neu aufstellen zu können, brauchen wir die vorliegende Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes. Damit schaffen wir die Rechtsgrundlage für das neue Planungsverfahren.

(Zuruf von Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE])

Zudem regeln wir konkrete Abgrenzungen der Leistungsgruppen. Dazu können Operationen und Prozedurenschlüssel, die sogenannten OPS-Codes, aber auch ICD-Codes zur Krankheitsklassifikation oder andere geeignete Verfahren genutzt werden.

Mit diesen Instrumenten wollen wir eine Planung erreichen, die sich an der Versorgungsqualität und der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser orientiert.

Ich freue mich schon auf die Diskussion im Ausschuss und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von der FDP und der CDU)

Präsident André Kuper: Vielen Dank, Frau Kollegin. – Für die Fraktion der SPD spricht nun die Abgeordnete Frau Gebhard.

Heike Gebhard (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen! Die Fraktionen von CDU und FDP haben uns heute einen Gesetzentwurf vorgelegt, um vor allem die Krankenhausplanung zu verändern. Angekündigt war uns der Gesetzentwurf eigentlich von der Landesregierung, doch offenbar war die Landesregierung nicht schnell genug, um ihren eigenen Zeitplan einzuhalten,

(Zuruf)

denn sonst hätte sie jetzt erst die Verbändeanhörung außerhalb des Parlaments machen müssen.

(Beifall von der SPD – Vereinzelt Beifall von den GRÜNEN)

Anders als der Kollege Preuß und die Kollegin Schneider es gerade vorgetragen haben, ist das erklärte Ziel nicht etwa, die landesweite stationäre Versorgung sicherzustellen oder gar zu verbessern, sondern – ich zitiere aus dem Gesetzentwurf –, „der Tendenz einer medizinischen Überversorgung in den Ballungszentren und teilweise einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten“ zu begegnen.

(Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Ja, ist doch so!)

Das machen Sie daran fest, dass – und ich zitiere erneut aus dem Gesetzentwurf – in keinem anderen Bundesland bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt würden als in Nordrhein-Westfalen.

Wo ist denn, liebe Kolleginnen und Kollegen von CDU und FDP, die Analyse für diese Ursache? Glauben Sie wirklich, dass die höheren Fallzahlen in der Onkologie, bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei geriatrischen Komplexbehandlungen oder bei Frühgeborenen durch höhere Bettenkapazitäten zustande kommen? Sind da nicht vielleicht auch äußere Faktoren wie die jahrzehntelange körperliche Belastung durch Arbeit und Industrie in unseren Ballungsräumen zu berücksichtigen?

Wollen Sie wirklich vor die Patientinnen und Patienten treten und ihnen sagen: „Statistisch gesehen seid ihr gar nicht krank“? Ausweislich dieses Gesetzentwurfes wollen Sie ein Instrumentarium schaffen, um gezielt Krankenhauskapazitäten zu steuern. Da reiben sich einige vermutlich verwundert die Augen. Schwarz-Gelb will steuern und den Wettbewerb einschränken?

Wie lautete noch 2007 die damalige Begründung für die Abschaffung der Detailplanung bei den Krankenhäusern durch den damaligen Gesundheitsminister Laumann? Mit Erlaubnis des Präsidenten zitiere ich aus dem Protokoll vom 29. März 2007:

„Detaillierte Vorgaben engen den Handlungsspielraum von Krankenhäusern und Krankenkassen ein. Eine bis ins Einzelne gehende Krankenhausplanung behindert den Wettbewerb.“

Und weiter heißt es, dass einzelne Regelungen, wie die Streichung des Verbots von Parallelvorhaltungen, gestrafft werden sollten.

Wozu hat die Einführung dieses Wettbewerbs bei gleichzeitiger Scharfschaltung der diagnosebezogenen Fallpauschalen denn geführt? – Die Krankenhäuser befinden sich in einem ruinösen Wettlauf um diejenigen Leistungsangebote, mit denen sich die besten Erlöse erzielen lassen. Einige sprechen von Kannibalismus unter Krankenhäusern.

Das dünnt einerseits notwendige Versorgungsangebote aus und führt andererseits zu parallelen Angeboten in unmittelbarer Nachbarschaft. Heute beklagen Sie diese, aber genau das war das Ziel Ihrer Änderungen von 2007.

(Beifall von der SPD)

Bereits gegen Ende der vorigen Legislaturperiode stand für meine Fraktion fest, dass nach zehn Jahren Krankenhausplanung nach schwarz-gelben Regeln die Fehlentwicklungen inzwischen für alle soweit sichtbar geworden sind, dass sich ein breiter Konsens für eine erneute Korrektur hin zu mehr Planung und Steuerung entwickelt.

(Zuruf – Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Ja, also!)

Fest stand und steht für uns aber auch, dass dies nur mit zielgerichteter Investitionsförderung gelingen kann. Die von Kollegin Schneider gerade herausgestellte Milliarde – darauf sollte man hinweisen – ist ausschließlich Corona geschuldet und stammt aus dem bereitgestellten Rettungsschirm; es ist keine Regelförderung für Krankenhäuser.

(Beifall von der SPD und den GRÜNEN)

Ihren Fehler, die Einzelförderung 2007 abzuschaffen, haben Sie bereits in dieser Legislaturperiode korrigiert.

(Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Nein!)

Jetzt soll bei der Krankenhausplanung die Korrektur Ihres zweiten Fehlers aus 2007 erfolgen. So weit, so gut. Doch schaut man sich den vorliegenden Gesetzentwurf an, kann der alte Satz vom Tiger bemüht werden: als Tiger gesprungen und als Bettvorleger gelandet.

Lautete die politische Ankündigung das ganze Jahr über gebetsmühlenartig, dass das Bett als Planungsgröße wegmüsse, heißt es jetzt im Gesetzentwurf, dass Krankenhausplanung künftig nicht mehr allein anhand der Bettenzahl vorgenommen werden solle.

– Das heißt, es ist sehr wohl vorgesehen, dass nach dem zukünftigen Krankenhausplan in den Feststellungsbescheiden Planbettenzahlen und Behandlungsplatzzahlen ausgewiesen werden, um die Versorgungskapazitäten im Ist und Soll darzustellen.

Statt der früheren Bezeichnung „Abteilung“ wird jetzt der Begriff „Leistungsbereich“ eingeführt, der sich im Wesentlichen an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildung orientiert. Gleichzeitig legen Sie in § 31 fest – ich zitiere wieder aus dem Gesetzentwurf – dass das Krankenhaus „nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert“ ist.

Also bleibt es doch bei der Struktur. Statt der 2007 verteufelten Detailplanung werden nun unterhalb der

Leistungsbereiche Leistungsgruppen geplant. Das heißt, Sie machen vor allem eines: eine Umetikettierung.

Da man inzwischen festgestellt hat, dass man sich bei der zusätzlichen Festschreibung von quantitativen Parametern wie Mindestfallzahlen verfassungsrechtlich auf sehr dünnem Eis befindet, soll das nun auf Leistungen von hoher Komplexität beschränkt werden. Das heißt, dass es auf die viel zitierten Knie-OPs nicht zutrifft.

Zusammenfassend kann ich Folgendes feststellen: In Anbetracht der vor über einem Jahr erfolgten bombastischen Ankündigung einer neuen mutigen Krankenhausplanung ist das, was jetzt vorliegt, nicht besonders originell. Und in Anbetracht dessen, was der gestern eingebrachte Landeshaushalt alles nicht enthält, um einen solchen Prozess erfolgreich gestalten zu können, birgt dieser Prozess große Risiken für unsere Gesundheitsversorgung.

Deren Sicherstellung ...

Präsident André Kuper: Frau Kollegin, die Redezeit ist deutlich überschritten.

Heike Gebhard (SPD): ... müssen wir uns im Ausschuss verantwortungsvoll annehmen. Wir sehen der Beratung im Ausschuss daher mit Freude entgegen.

(Beifall von der SPD)

Präsident André Kuper: Danke schön. – Für die Fraktion der Grünen spricht nun der Abgeordnete Mostofizadeh.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Herr Präsident! Werte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zunächst auf Kollegin Gebhard eingehen. Frau Kollegin, Sie haben die wichtigen Punkte bezüglich dieses Gesetzentwurfs herausgearbeitet. Trotzdem möchte ich versöhnlich mit dem Positiven anfangen.

Ausdrücklich positiv finden wir die zweite Regelung, in der es um die Insolvenzen geht, und in der das angepackt und klargestellt wird. Es hat in der Vergangenheit nämlich ärgerliche Einzelfälle gegeben, bei denen diese Insolvenzen tatsächlich dazu geführt haben, dass zum Schaden der Betroffenen bzw. der Versicherten Patientenakten nicht mehr auffindbar waren. Diese Regelung halten wir also ausdrücklich für richtig.

Wir halten es auch ausdrücklich für richtig, sich – wie es ursprünglich geplant war – die Krankenhauslandschaft anzuschauen und sich dem Problem zu stellen, dass es auf der einen Seite eine hohe Belastung

und auf der anderen Seite eigentlich zu wenig Fachpersonal gibt, um das abwickeln zu können.

Ich will auch in Zeiten von Corona und starker Belastungen sowie angesichts der Diskussion, die im Ballungsgebiet Rhein-Ruhr geführt wird, deutlich sagen: Wer Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen plant, der muss auch sagen, wo das Fachpersonal herkommen soll, das in diesen Krankenhäusern arbeiten und die Leistungen erbringen soll, die wir uns vorstellen. Das gehört zur Wahrheit einfach dazu.

(Beifall von den GRÜNEN)

Da das so ist, muss ich Ihnen allerdings einige Fragen dazu stellen, wie ernst Sie es denn meinen. Ich bin dabei durchaus auf derselben Fährte unterwegs, wie Frau Kollegin Gebhard sie ausgelegt hat.

Im letzten Jahr wurde tatsächlich die Abschaffung des Bettes als Planungsgröße beschlossen – Frau Gebhard hat einiges dazu gesagt –, und wir sind durchaus bereit, dies mitzutragen. Wir sind auch bereit, eine andere Struktur mitzutragen.

Ich sage auch ausdrücklich: Ich bin nicht dafür, Krankenhäuser oder einzelne Abteilungen – ich will mich da gar nicht festlegen – am Leben zu erhalten, in denen es zum Beispiel 300 oder 400 Geburten gibt – wir könnten auch noch andere Bereiche heraussuchen –, was dazu führen würde, dass Leistungen möglicherweise nur durchschnittlich angeboten werden, auf der anderen Seite aber Personal fehlt, um Leistungen erbringen zu können, die fachlich erforderlich sind. Das ergibt für niemanden Sinn – weder für diejenigen, die dort arbeiten, noch für diejenigen, die die Leistungen brauchen. Das will ich vorwegschicken.

Herr Minister Laumann, ich will aber auch etwas zu der Diskussion in Essen sagen. Sie schreiben in Ihrem Gutachten, welches bezeichnenderweise in meiner Heimatstadt Essen, in der Norbertstraße an der Messe Essen, veröffentlicht worden ist, klipp und klar, dass Rhein und Ruhr eigentlich übermöbliert sind. Das Ärzteblatt schrieb davon noch vorgestern in einem Beitrag. Laut Gutachten würden dort viel zu viele Leistungen angeboten.

Nun kann man sich fragen, was das denn dann heißt. Heißt das, dass es mehr Krankenhäuser in Essen oder in der Rhein-Ruhr-Region geben soll? Oder bedeutet das eine Konzentration? Und wie wollen Sie es dann angehen?

Als es diese Diskussion in Essen gab, habe ich mitbekommen, dass das Ministerium angeschrieben wurde, als das Konzept von Contilia vorgelegt wurde. Es wurde gefragt, wie eine Konsolidierung gesehen würde. Daraufhin kam ein Schreiben aus dem Ministerium, in dem es hieß: Wir finden das richtig. Wir finden auch die Richtung richtig. Wir hätten uns vielleicht in Nuancen ein anderes Konzept vorgestellt.

Gleichzeitig wird in Essen aber suggeriert, eine Stadt wie Essen könne ein eigenes Krankenhaus bauen, die alten Strukturen am Leben halten und vielleicht auch noch Leistungen aufbauen. – Herr Minister, das passt vorne und hinten nicht zusammen. – Und es waren beides Christdemokraten, die das ausgeheckt haben, Herr Minister Laumann.

(Beifall von den GRÜNEN)

Herr Kollege Preuß, deswegen frage ich auch nach der Ernsthaftigkeit Ihres Gesetzgebungsvorhabens. Sie haben damit eingeleitet, dass es nicht um Schließungen gehe. – Doch, es wird um Schließungen gehen. Es wird um Konsolidierungen gehen. Es gibt ausdrücklich Strukturgelder dafür, dass Stationen geschlossen und Bereiche zusammengelegt werden. Dann sagen Sie das auch. Dann diskutieren Sie das auch offen.

Zur Offenheit will ich auch sagen: Ich fordere ausdrücklich, dass die Beteiligten mit einbezogen werden. Damit meine ich nicht nur die Krankenhausgesellschaften – die müssen dabei sein –, sondern auch die Betroffenen. Wir haben lange über die Frage der Barrierefreiheit und die Einbeziehung der Menschen, die Assistenzen im Krankenhaus brauchen, diskutiert.

Wir müssen in einem offenen Dialog mit den Menschen in Nordrhein-Westfalen darüber diskutieren, wie unsere Krankenhauslandschaft aussieht. Da geht es nicht um einzelne Paragraphen, wie sie jetzt geändert werden sollen. Darüber werden wir uns im Ausschuss sicherlich inhaltlich unterhalten.

Ich fordere, dass aber auch über solche Faktoren wie eine Erreichbarkeit in 20 oder 30 Minuten – im letzten Jahr waren es noch 30 Minuten, jetzt sind es 20 Minuten – diskutiert wird. Herr Minister, dann legen Sie uns bitte schön Daten vor, was das erfordert und welche finanziellen Auswirkungen es hat. Was bedeutet es konkret vor Ort?

Liebe Kolleginnen und Kollegen von der SPD, wir haben doch gemeinsam ein Interesse daran, zu wissen, worüber wir hier sprechen. Ich möchte keinen Popanz darüber aufbauen, ob hier oder da etwas geschlossen wird oder nicht. Ich will aber ganz genau wissen, wie die Prognose aussieht. Wenn wir eine Entscheidung treffen, möchte ich wissen, was wir damit anrichten – auch in der Struktur. Herr Minister, Sie sind gefordert, dies zu liefern. Und Sie hätten heute auch diesen Gesetzentwurf liefern müssen.

Der Überweisung an den Ausschuss stimmen wir selbstverständlich zu.

(Beifall von den GRÜNEN – Vereinzelt Beifall von der SPD)

Präsident André Kuper: Vielen Dank. – Für die Fraktion der AfD spricht nun Herr Dr. Vincentz.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Man kann den regierungstragenden Fraktionen im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie dem Gesundheitsminister Laumann sicherlich einiges vorwerfen. Frau Gebhard hat dies sehr eindrucksvoll getan; anscheinend hat sich als Vorsitzende des Ausschusses einiges aufgestaut, was jetzt mal herauskommen ist. – Sehr gut; es hat mich gefreut, das mal zu sehen.

(Angela Lück [SPD]: Das ist doch Quatsch!)

Aber man muss an dieser Stelle auch sagen – das gehört zur Wahrheit dazu –: Beide – sowohl die regierungstragenden Fraktionen als auch der Gesundheitsminister – trauen sich in dieser Legislaturperiode, die wirklich dicken Bretter zu bohren. Das ist zuerst bei der Pflegekammer so gewesen, die sicherlich für keinen Gesundheitspolitiker ein leichtes Terrain ist, insbesondere angesichts der Vorgänge in Niedersachsen. Wir haben sicherlich alle sehr unterschiedliche Meinungen dazu, aber das Thema ist angegangen worden. Man hat sich da nicht weggeduckt.

Ähnlich ist es jetzt mit dem Dritten Gesetz zur Krankenhausplanung. Wir haben lange darauf gewartet. Auch da müssen wir zur Kenntnis nehmen: Natürlich gibt es Diskussionen darüber. Einige zentrale Kritikpunkte, die ja offensichtlich sind und auf dem Tisch liegen, hat Frau Gebhard soeben vorgetragen.

Auf der anderen Seite steht aber, dass der Status quo so, wie er ist, gar nicht länger hinnehmbar ist. Wir haben eine Situation – das haben Sie richtig beschrieben –, in der Krankenhäuser sich gegenseitig kannibalisieren, da die Finanzierung der Krankenhäuser im aktuellen System auf Dauer nicht dafür ausreicht, dass sie weiter nebeneinander bestehen.

Am Ende dieses Prozesses setzen sich – Marktwirtschaft hin oder her – nicht zwangsläufig die Krankenhäuser mit der besten Qualität durch, sondern unter Umständen die Krankenhäuser, die es schaffen, an der einen oder anderen Stelle am kreativsten zu sparen.

Sich dem anzunehmen und sich dem Ganzen durch einen Perspektivwechsel – weg von den Betten und weg von dem eingefahrenen System – neu zu nähern und es neu zu planen, finde ich, wie gesagt, erst einmal sehr mutig.

Ich habe so ein bisschen den Eindruck, dass in der Öffentlichkeit in dieser sehr angespannten Lage – diese Unsicherheit überträgt sich auch ein bisschen auf die Klinikchefs – oftmals nicht ganz ankommt, was tatsächlich in diesen Gutachten steht. Da werden offenbar zwei Gutachten ein wenig miteinander vermengt. Bei dem einen oder anderen politischen Mitbewerber habe ich den Eindruck, dass dies oftmals auch gewollt geschieht.

In etwa zur gleichen Zeit ist nämlich eine Studie der Bertelsmann Stiftung erschienen, die es so sah, dass jedes zweite Krankenhaus überflüssig sei. Das wird immer so ein bisschen in einer Melange miteinander vermengt, und es wird gesagt: Herr Laumann möchte jedes zweite Krankenhaus schließen. – Das sind aber zwei unterschiedliche Studien. Das eine ist die Studie der Bertelsmann Stiftung – darin enthalten sind übrigens Aussagen, die jahrelang auch von einem prominenten SPD-Politiker auf Bundesebene im Bereich „Gesundheit“ mitgetragen wurden –, und das andere sind die Pläne, die hier vorliegen.

Es geht also nicht darum, Kliniken im großen Stil zu schließen.

Das wird an der einen oder anderen Stelle vielleicht gar nicht vermeidbar sein; denn niemand, der sich mit dem Thema auseinandersetzt, kann leugnen, dass wir an der einen oder anderen Stelle eine Überversorgung haben, die auch ungesunde Elemente in dem System mit sich bringt.

Aber es geht eben nicht darum, das in der Masse zu tun, sondern es anhand von Qualität und Fallpauschalen bzw. Fallgruppen auszurichten. Und das ist durchaus sinnvoll; denn auch da liegen die Vorteile genauso wie die Nachteile – Sie werden sicherlich miteinander aufgewogen und diskutiert werden müssen – auf der Hand.

Ein Operateur, der nicht nur zwei Schilddrüsen im Jahr oder im Monat, sondern eine gewisse Anzahl davon operiert, wird – so wird es Ihnen jede Studie belegen können – bis zu einem gewissen Schwellenwert – ab einem bestimmten Wert wird die Qualität auch wieder schlechter – erst einmal deutlich besser werden. Sich in diese Richtung zu entwickeln, eine bessere Qualität für den Patienten zu wollen, das finde ich erst einmal nicht falsch.

Auch wir werden der Überweisung des Antrags zustimmen. Wir werden das natürlich weiterhin aktiv – auch kritisch – begleiten. Wir wissen ja noch nicht genau, in welche Richtung sich das Ganze bewegt. Aber das Vorhaben an sich sehen wir erst einmal sehr positiv. – Danke.

(Beifall von der AfD)

Präsident André Kuper: Vielen Dank. – Für die Landesregierung erteile ich das Wort Herrn Minister Laumann.

Karl-Josef Laumann^{*)}, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bei aller Unterschiedlichkeit wird hier wohl jeder zustimmen, dass es unsere Pflicht ist, die bestmögliche medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen sicherzustellen, und dass wir auch dafür sorgen müssen, eine wohnortnahe Versorgung

der Bevölkerung durch Krankenhäuser auch für die Zukunft sicherzustellen.

Die Wahrheit ist, dass sich die Medizin in den letzten 15 Jahren natürlich verändert hat. Immer mehr individuelle Medizin führt auch zu einer stärkeren Spezialisierung. Krankenhauspolitische Entscheidungen aus dem Jahre 2005 ins Verhältnis zu krankenhauspolitischen Entscheidungen aus dem Jahre 2020 zu setzen, Frau Gebhard, ignoriert 15 Jahre medizinischen Fortschritt und 15 Jahre medizinische Realität.

(Beifall von der CDU)

Wir haben uns 2019 entschieden, ein sehr umfangreiches Gutachten in Auftrag zu geben, damit wir als Landesregierung überhaupt einmal wissen, was unsere Krankenhäuser in einem Jahr an Fällen bearbeitet haben. Das wusste vorher niemand. Niemand wusste, welches Krankenhaus wie viele Fälle in welchen Bereichen gemacht hat.

Dabei ist herausgekommen – Herr Preuß hat die Zahlen hier dargestellt; deswegen kann ich mir das sparen –, dass es in Nordrhein-Westfalen sehr viele medizinische Eingriffe in Krankenhäusern gibt, die weniger als einmal in der Woche vorgenommen werden, insbesondere sogar bei planbaren Eingriffen, also nicht bei Notfällen.

Seit 2005 ist auch klargeworden, dass es ein Verhältnis gibt zwischen Qualität, Fallzahlen und Strukturqualität der Einrichtungen, die es machen. Deswegen finde ich, dass – wie uns allen – einem Gesundheitsminister die bestmögliche Versorgung am Herzen liegen und dass ich auf diese Situation schlicht und ergreifend reagieren muss. Wir müssen feststellen, dass die bisherige Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen nicht mehr der bestmöglichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung verpflichtet war. Ich finde, auf diese Situation muss man auch reagieren.

Weiterhin muss man auch sehen, dass durch die Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin – die hat jedes Krankenhaus, das am Markt teilnimmt, im Krankenhausplan, wenn es keine Spezialklinik für Psychiatrie ist – jedes Krankenhaus im Grunde eine rechtliche Grundlage hat, rund zwei Drittel aller auf dem Markt denkbaren Fälle abzudecken.

Wir hatten in den letzten Jahren auch die Entwicklung, dass die Trägervielfalt gefährdet ist. Mit Trägervielfalt im Krankenhausbereich meine ich nicht nur die Vielfalt privater Träger. Wir brauchen einen guten Trägermix, aber keinen ruinösen Wettbewerb großer Kapitalgesellschaften. Es geht hier nicht um eine beliebige Ware, sondern es geht um das höchste Gut, die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger.

Schauen Sie sich an, wie sich die Trägerstruktur allein in den letzten ein, zwei Jahren in diesem Land verschoben hat. Jeder, der hier sitzt, muss wissen: Wenn wir nichts tun, wird das am Ende zum

Ausbluten der freigemeinnützigen Träger führen, und die Kapitalgesellschaften übernehmen den Krankenhausmarkt in Nordrhein-Westfalen.

(Beifall von der CDU)

Ich kenne keinen einzigen Fall, in denen eine Kapitalträgergesellschaft in gemeinnützige Strukturen umgewandelt wurde, ich kenne aber viele Fälle, in denen die Kapitalgesellschaften die gemeinnützigen Strukturen übernommen haben. Ich verstehe nicht, dass es nicht konsensfähig ist, dass wir uns dagegenstellen müssen.

Wir müssen jetzt gegensteuern. Dazu sind für mich sechs ganz wesentliche Punkte entscheidend.

Erstens. Grundsätzlich geht es bei den künftigen Planungen nicht mehr um Kahlschlag, sondern um sinnvolle Strukturen und bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung.

Zweitens. Deshalb werden wir statt der bisherigen Planung von Betten und Abteilungen künftig sogenannte Leistungsgruppen planen und diese mit Qualitätsanforderungen verbinden.

Drittens. Diese Leistungen werden so geplant, dass sie sich nicht ausschließlich in Ballungsgebieten befinden, sondern dass sie über das gesamte Land in zumutbarer Entfernung angeboten werden.

Viertens. Die neue Krankenhausplanung wird es ermöglichen, deutlich mehr Kenntnisse über die Leistung und Ausstattung der Krankenhäuser zu erhalten.

Fünftens. Wir wollen dem Bedarf in den Regionen mit qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung in den Krankenhäusern entsprechen.

Sechstens. Des Weiteren verbessert sich durch die Novelle des Krankenhausgestaltungsgesetzes der Datenschutz. Das ist heute auch schon angesprochen worden.

Diese neue Planungssystematik, für die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Grundlage geschaffen wird, wird derzeit erarbeitet. Es liegt mittlerweile ein Arbeitsentwurf von rund 30 Leistungsbereichen und 70 Leistungsgruppen vor. Darüber hinaus soll künftig festgelegt werden, welches Krankenhaus unter welchen Qualitätskriterien eine bestimmte Leistung erbringen darf.

Bis zum Ende des Jahres 2020 ist die Fertigstellung des Arbeitsentwurfes geplant, und Anfang 2021 soll dann der neue Plan im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorgestellt werden. Im Anschluss werden die regionalen Planungsverfahren von Amts wegen in allen 16 Planungsbezirken eingeleitet. Daraus soll dann Schritt für Schritt eine neue verbindliche Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen entstehen.

Dies ist natürlich ein Prozess, der auch eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt – völlig klar – und den wir natürlich in erheblichem Umfang auch mit Strukturmitteln, die wir als Land Nordrhein-Westfalen dafür vorgesehen haben, auch mit den Möglichkeiten, die wir durch den Strukturfonds des Bundes haben, begleiten werden. – Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von der CDU und der FDP)

Präsident André Kuper: Vielen Dank, Herr Minister Laumann. – Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen mehr vor; daher schließe ich die Aussprache.

Wir kommen zur Abstimmung. Der Ältestenrat empfiehlt die **Überweisung des Gesetzentwurfs Drucksache 17/11162** an den **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales** – federführend –, an den **Ausschuss für Heimat, Kommunales, Bauen und Wohnen** sowie an den **Ausschuss für Digitalisierung und Innovation**. Gibt es jemanden, der dagegen stimmen möchte? – Gibt es jemanden, der sich enthält? – Dann darf ich feststellen, dass die Überweisungsempfehlung einstimmig angenommen worden ist.

Vor Aufruf des nächsten Tagesordnungspunktes 5 rufe ich noch einmal den **Tagesordnungspunkt 3** auf und gebe Ihnen das **Ergebnis der namentlichen Abstimmung** bekannt. Ihre Stimme abgegeben haben 182 Abgeordnete. Mit Ja stimmten 72 Abgeordnete, mit Nein stimmten 110 Abgeordnete. Der Stimme enthalten hat sich niemand. Damit ist der **Antrag Drucksache 17/11173 abgelehnt**.

Ich rufe auf:

5 Einsetzung eines Untersuchungsausschusses zum Vorgehen der nordrhein-westfälischen Landesregierung im Zusammenhang mit dem Coronavirus Sars-CoV-2 und der Erkrankung Covid-19 gemäß Artikel 41 der Landesverfassung Nordrhein-Westfalen

Antrag
der Abgeordneten
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/11172

Ich eröffne die Aussprache und erteile als erstem Redner für die antragstellende Fraktion Herrn Dr. Vincentz das Wort.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Es gibt ein schönes passendes Zitat von Thomas Carlyle, einem schottischen Historiker, das ich mit Erlaubnis des Präsidenten gerne zitieren würde: „Der schlimmste aller Fehler ist, sich keines solchen bewusst zu sein.“

Das passt sehr gut in die Situation und weil Thomas Carlyle Schotte war. Er ist in Edinburgh geboren, und eben an der University of Edinburgh ist dieser Tage eine Studie erschienen – das ist, glaube ich, eine der wichtigsten Studien zu diesem Thema, die wir zu erwarten hatten –, die besagt, dass die Folgen eines Shutdowns, des Lockdowns schlimmer sind als eine clevere Herdenimmunität.

Das muss man erst einmal so entgegennehmen, denn im Hintergrund braut sich etwas ganz anders zusammen: Es gibt eine Great Barrington Declaration, die mittlerweile 9.000 namhafte Mediziner unterschrieben haben. Da sind Leute von der Stanford University, von Oxford, von Cambridge dabei.

Das sind wirklich namhafte Topleute, die bereits vor dieser Studie gesagt haben, dass ein Lockdown schlimmere Folgen haben wird als eine vernünftige anderweitige Politik. Sie fordern die Politik auf zu reagieren und diese Form von Handlungen einzustellen.

(Beifall von der AfD)

Heute – so schließt sich dann letztlich der Kreis – fordert die AfD in Nordrhein-Westfalen einen Parlamentarischen Untersuchungsausschuss zu den Abläufen und zu den Reaktionen auf die Infektionen mit dem Coronavirus.

Es gibt drei ganz unterschiedliche, aber grundlegende Gründe dafür, warum wir das hier gerne vorbringen wollen:

Für uns ergeben sich an verschiedenen Punkten hinreichende Verdachtsmomente für Verfehlungen der Regierung. Ich werde einige davon exemplarisch nennen; ich habe zwar nur acht Minuten Redezeit, aber einige werde ich exemplarisch herausgreifen.

Das fing schon ganz am Anfang der Krise an, als wir bei den ersten Malen, an denen wir zusammengekommen sind – damals noch in Präsenzsitzungen –, im Ausschuss miteinander debattierten und ich unter anderem die Frage an den Minister adressierte: Was machen wir eigentlich, wenn die Strategie des Robert Koch-Instituts der Fallnachverfolgung nicht aufgeht?

Die Antwort war: Wir haben keine Zweifel daran, dass diese Strategie funktioniert.

Damals war schon klar, dass sich das Land Nordrhein-Westfalen mit geschlossenen Händen im Spurt in den Rosengarten begibt, denn weitere Anfragen unserer Fraktion haben ergeben:

Es wurde an Flughäfen nicht vernünftig kontrolliert, wer aus Risikogebieten zu uns kam, wer vielleicht schon infiziert war.

Es wurden keine Hotspots kontrolliert. Als schon bekannt war, dass Menschen aus Ischgl zum Beispiel wieder zu uns eingereist sind, hat man nicht