

Niederschrift  
über die  
Sitzung des Regionalrates  
am 1. Oktober 2013  
in Arnsberg

Beginn: 09:30 Uhr  
Ende: 11:30 Uhr  
Anwesende: siehe Anwesenheitsliste (Anlage I)

## Tagesordnung für die Sitzung des Regionalrates am 1. Oktober 2013

1. Regularien
2. **Schwerpunktthema: Gesundheitsinfrastruktur in Südwestfalen**
  - a) Vortrag von Frau Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
  - b) Krankenhausrahmenplan
    - Information
    - Vorlage 16/03/13
  - c) Krankenhausinvestitionsprogramm 2013
    - Information
    - Vorlage 17/03/13
3. Zensus 2011
  - Information
  - Vorlage 18/03/13
4. Ziel 2-Förderung (EFRE)
  - Information über den Umsetzungsstand (Förderperiode 2007 bis 2013)
  - Vorlage 19/03/13
5. Städtebauförderung
  - Information über die Abwicklung des Stadterneuerungsprogramms 2012
  - Vorlage 20/03/13
6. Investitionspakt
  - Abwicklung 2012
  - Vorlage 21/03/13
7. REGIONALE 2013
  - Information über den Stand der Projekte und Förderverfahren
  - Vorlage 22/03/13
8. Landes- und Regionalplanung
  - a) Landesentwicklungsplan Nordrhein-Westfalen – Sachlicher Teilplan Großflächiger Einzelhandel
    - Information über das Aufstellungsverfahren
    - Vorlage 23/03/13
  - b) 1. Änderung des Regionalplans für den Regierungsbezirk Arnsberg – Teilabschnitt Oberbereich Siegen (Kreis Siegen-Wittgenstein und Kreis Olpe) im Gebiet der Stadt Freudenberg; Erweiterung eines Bereichs für gewerbliche und industrielle Nutzungen (GIB)
    - Aufstellungsbeschluss
    - Vorlage 24/03/13

9. Wasserrahmenrichtlinie
  - Information zum aktuellen UmsetzungsstandVorlage 25/03/13
10. Hochwasserrisikomanagement-Richtlinie
  - InformationVorlage 26/03/13
11. Mitteilungen und Anfragen
  - Mitteilung Nr. 11.1
  - Landesstraßenausbauprogramm für Maßnahmen des Landesstraßenausbauplanes 2014
  - Information

zu TOP 1: Der Vorsitzende, **Herr Droege**, eröffnet die Sitzung des Regionalrates und stellt fest, dass hierzu ordnungsgemäß eingeladen wurde und der Regionalrat beschlussfähig ist.

Er begrüßt Frau Dr. Prütting vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, die wegen der Erkrankung von Frau Ministerin Steffens zum Schwerpunktthema „Gesundheitsinfrastruktur in Südwestfalen“ referiert, und heißt auch die weiteren Sitzungsteilnehmer willkommen.

**Der Vorsitzende** stellt die Tagesordnung fest.

Zur Mitunterzeichnung der Niederschrift wird das Regionalratsmitglied **Horst Becker** benannt.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgende **Beschlüsse**:

Der Regionalrat genehmigt die vorliegende Niederschrift über die Sitzung des Regionalrates am 4. Juli 2013.

Der Regionalrat genehmigt die vorliegende Niederschrift über die Sitzung des Regionalrates am 10. September 2013.

zu TOP 2 a: Die Einführung des Vorsitzenden, die Rede von Frau Dr. Prütting sowie die nachfolgenden Diskussionsbeiträge sind als Anlage II beigefügt.

zu TOP 2 b: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 2 c: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 3: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 4: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 5: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Abwicklung des Stadterneuerungsprogramms 2012 zur Kenntnis.

zu TOP 6: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 7: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 8 a: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 8 b: **Herr Brunsmeier** verweist auf die der Vorlage zu entnehmenden erheblichen Bedenken und die Ablehnung hinsichtlich der Umweltbelange durch den Kreis Siegen-Wittgenstein, durch das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW und die Naturschutzverbände. Das Vorhaben werde von den Eigentümern der betroffenen Flächen kategorisch abgelehnt. Dem zur Verfügung stehenden, aber ungenutzten Gewerbeflächenangebot in nahe liegenden Gebieten entlang der A 45 („Rossmart“) werde bei positivem Beschluss ein

weiteres hinzugefügt. Er wisse nicht, ob man sich dies noch leisten könne oder wolle. Die Kosten für solche Planungen würden auf die Allgemeinheit umgelegt, nur wenige profitierten. Er erklärt, erhebliche Bedenken zu haben und bittet, den Aufstellungsbeschluss nicht zu fassen.

**Herr Niermann** thematisiert die Einordnung des Vorhabens mit dem Beschlussvorschlag in die planerischen Ebenen. Auf der Ebene der Regionalplanung werde der Weg für konkretere Prüfungen und Planungen freigemacht. Er bemerkt, die CDU-Fraktion würdige sehr wohl die Umweltbelange. Viele der in der Vorlage angesprochenen Dinge die Umweltaspekte betreffend würden nicht auf Ebene der Regionalplanung, sondern im weiteren Verfahren entschieden.

Weiterhin sei die Eigentumsfrage für die Regionalplanung kein relevantes Kriterium.

Vor dem Hintergrund, dass in der Stadt Freudenberg Gewerbeflächenbedarf bestehe, von den geprüften Alternativen die vorgeschlagene noch die mit den geringsten Umweltbeeinträchtigungen darstelle und andere Flächen nicht zur Verfügung ständen, werde eine Ablehnung des Beschlussvorschlages als unverantwortlich angesehen, da sie die wirtschaftliche Entwicklung der Stadt blockierte und hemmte.

**Herr Haardt** betont den aus Sicht auf die örtlichen Gegebenheiten bestehenden dringenden Bedarf der Stadt Freudenberg an Gewerbeflächen, die an anderer Stelle nicht zur Verfügung ständen, und plädiert, der Vorlage zuzustimmen.

**Herr Abel** pflichtet Herrn Niermann bei und teilt mit, die SPD-Fraktion habe eine Ortsbesichtigung vorgenommen. Es bleibe festzuhalten, dass die Stadt einen Bedarf habe. Die SPD-Fraktion werde dem Beschlussvorschlag zustimmen.

Der Regionalrat fasst **bei einer Nein-Stimme mehrheitlich** folgenden **Beschluss**:

1. Der Regionalrat nimmt den Bericht der Regionalplanungsbehörde über das Erarbeitungsverfahren zur 1. Änderung des Regionalplans für den Regierungsbezirk Arnsberg – Teilabschnitt Oberbereich Siegen im Gebiet der Stadt Freudenberg zur Kenntnis.
2. Den Anregungen des LANUV, des Landesbüros der Naturschutzverbände, der Waldgenossenschaften Bühl und Büschergrund, über die kein Einvernehmen erzielt wurde, wird nicht gefolgt.
3. Die 1. Änderung des Regionalplans für den Regierungsbezirk Arnsberg – Teilabschnitt Oberbereich Siegen im Gebiet der Stadt Freudenberg wird entsprechend der Anlage 4 aufgestellt.

zu TOP 9: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 10: Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:  
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

zu TOP 11: Es ist die **Mitteilung Nr. 11.1** versandt worden. Es ergeben sich keine Wortmeldungen.

Weiterhin liegt als Tischvorlage die Beantwortung der **Anfrage der CDU-Fraktion im Regionalrat Arnsberg vom 12.09.2013 zum Interkommunalen Gewerbe- und Industrieansiedlungsbereich „Brilon/Olsberg“ – Regionalplan Arnsberg TA Kreis Soest und Hochsauerlandkreis** aus.

**Herr Reuter** äußert sein Unverständnis über die Aufgabe dieses Vorhabens, in einer Zeit, in der man wisse, dass es nur noch interkommunale Gewerbegebiete gäbe.

Ebenfalls wurde als Tischvorlage die Beantwortung der **Anfrage der CDU-Fraktion im Regionalrat Arnsberg zum Verfahren Bundesverkehrswegeplan 2015 – Meldung der Straßenbauprojekte zur Bewertung an den Bund** verteilt.

**Herr Ewald** informiert zum Gespräch im Verkehrsministerium am 16.09.2013, dass seitens Herrn Regierungspräsident Dr. Bollermann und des Vorsitzenden des „Runden Tisches“ vorgeschlagen worden sei, eine Arbeitsgruppe (AG) zum Thema „Lückenschluss A 46“ zu gründen. Die SPD-Fraktion begrüße dies. Es solle bis Ende November eine Lösung erarbeitet und dem Bund gemeldet werden. Er schlägt vor, auch einen Vertreter der SPD-Fraktion, den stellvertretenden Regionalratsvorsitzenden Hans-Walter Schneider, in die AG zu entsenden.

**Der Vorsitzende** macht Ausführungen zum Ergebnis des Gespräches am 16.09.2013. Er erläutert, er selber solle als Regionalratsvorsitzender – nicht als Mitglied der CDU-Fraktion – Mitglied der AG werden und habe den Vorsitzenden der Verkehrskommission – und CDU-Fraktionsmitglied, Herrn Ludwig Schulte, sowie Herrn Werner von Buchwald als Vertreter der regionalen Wirtschaft für die Teilnahme an der AG vorgeschlagen. Darüber hinaus werde sicherlich der BUND vertreten sein. Die Teilnahmemöglichkeit von Herrn Schneider müsse geklärt werden. Er werde dies weitergeben. Hierzu besteht Einvernehmen.

**Herr Brunsmeier** legt seine Wahrnehmung der Gesprächsinhalte der Besprechung am 16.09.2013 dar. Er erläutert, erstmalig könnten anerkannte Naturschutzverbände eigene Alternativvorschläge – ohne Zustimmungserfordernis durch das Land oder den Regionalrat – einbringen. Der alternative Vorschlag sei seitens der Naturschutzverbände am 30.09.2013 fristgerecht beim Landesverkehrsminister eingebracht worden.

**Der Vorsitzende** beendet die Sitzung um 11:30 Uhr.

.....  
Droege, Vorsitzender

.....  
Becker, Ratsmitglied

.....  
Launhard, Schriftführerin

# ANLAGEN

## Anwesenheitsliste

für die Sitzung des  
**Regionalrates**  
 am 1. Oktober 2013  
 in Arnsberg

Beginn: 09:30 Uhr  
 Ende: 11:30 Uhr

### Stimmberechtigte Mitglieder

Name	anwesend
Abel, Roland	x
Banschkus, Bernd	x
Becker, Horst	x
Dahlhoff, Jürgen	x
Droege, Hermann-Josef (V)	x
Ewald, Wolfgang	x
Hansen, Fred Josef	x
Hoffmann, Axel	
Kramer, Rolf	x
Niermann, Guido	x
Pendzich, Michael	x
Reuter, Elmar	x
Schneider, Hans-Walter	x
Schulte, Ludwig	x
Zeppenfeld, Friedhelm	x

### Beratende Mitglieder

Name	anwesend
Arenz, André	
Brase, Willi	x
Brunsmeyer, Klaus	x
Haardt, Ottmar	x
Hemme, Fritz	x
Molkentin-Syring, Monika	x
Müller, Martina	x
Niemand, Meinolf	x
Römer, Wolfgang	x
von Buchwald, Werner	x
Hochsauerlandkreis	x
Märkischer Kreis	x
Kreis Olpe	x
Kreis Siegen-Wittgenstein	
Kreis Soest	x

V = Regionalratsvorsitzender

### Kommissionsmitglieder, die nicht dem Regionalrat angehören

Goesmann, Gritta
Kirmizikan, Katja
Mense, Christel

### Gäste

Prütting, Dr. Dorothea Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
Six, Kornelia Stadt Freudenberg



**Bezirksregierung Arnsberg**

<b>Name</b>	<b>anwesend</b>
Dr. Bollermann, Gerd Regierungspräsident	<b>x</b>
Milk, Volker Regierungsvizepräsident	<b>x</b>
Kirchner, Michael Abteilungsleiter	
Aßhoff, Ferdinand Abteilungsleiter/Regionalplaner	<b>x</b>
N. N. Abteilungsleiter/in	
Müller, Bernd Abteilungsleiter	<b>x</b>
Sikorski, Andreas Abteilungsleiter	
Kopietz, Sebastian Persönlicher Referent	<b>x</b>
Söbbeler, Christoph Pressestelle	<b>x</b>
Nölke, Frank Dezernat 24	<b>x</b>
Grote, Dr. Gabriele Dezernat 24	<b>x</b>
Hesseling, Monika Dezernat 25	<b>x</b>
Krusat-Barnickel, Bettina Dezernat 32	<b>x</b>
Kestermann, Rainer Dezernat 32	<b>x</b>
Storm, Jürgen Geschäftsstelle	<b>x</b>
Launhard, Karen Geschäftsstelle	<b>x</b>
Duffe, Birgit Geschäftsstelle	<b>x</b>

### TOP 2 a: Schwerpunktthema: Gesundheitsinfrastruktur in Südwestfalen

#### Vortrag von Frau Dr. Dorothea Prütting, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW

##### Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:

Wir haben uns, das will ich gleich auch in Richtung der Zuhörer sagen, bereits in der Strukturkommission, aber auch ganz grundsätzlich in früheren Sitzungen des Regionalrates bzw. der ein oder anderen Kommission damit auseinandergesetzt, inwieweit der Regionalrat kommentierend, kritisierend und analysierend sozusagen überhaupt die Befugnis hat, sich mit der Krankenhausversorgung in Südwestfalen auseinanderzusetzen und dieses Thema letztendlich sogar nicht nur bezogen auf Krankenhäuser zu diskutieren, sondern die grundsätzliche Frage – auch öffentlich bewusst – zu stellen, welche Perspektiven bieten sich uns eigentlich in Bezug auf die medizinische Versorgung, sehr grundsätzlich, in Südwestfalen? Wir haben in den letzten Jahren in Teilen der Region erlebt, dass einige Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen schließen mussten, aber auch deshalb, weil ganz grundsätzlich im Zuge gesundheitspolitischer struktureller Weichenstellungen die Existenzbedingungen dieser Krankenhäuser schlicht und ergreifend einfach nicht mehr erfüllt waren. Heute sind wir in der Situation, dass manche Weichenstellungen durch landesgesetzgeberische Maßnahmen vorgenommen werden, vorgenommen wurden und dass auf der anderen Seite manchmal – ich sage es einmal bewusst kritisch, vielleicht auch zugespitzt, vielleicht auch gar nicht so ganz richtig – nicht nachvollziehbar ist für die geneigte Öffentlichkeit, aber vor allem für den Menschen in der Region, für den potenziellen Patienten, wer eigentlich an welchen Schrauben dreht, welche Rolle die Politik hat, welche Rolle die Krankenhausträger selbst spielen bei ihrem Bemühen um wirtschaftliche Existenzbedingungen, welche Rolle die kassenärztliche Vereinigung spielt und vor allen Dingen, ob die Versorgung in der grundmedizinischen Ausstattung, also das Hausärztesystem mit den offenkundigen Problemen, überhaupt noch hinreichend Ärzte in den ländlichen Bereich hineinzubekommen, auf Dauer funktionieren kann, ob man zu neuen Strukturen kommen kann oder kommen muss, z. B. eine Perspektive bieten hinsichtlich einer Verknüpfung oder Vernetzung der ambulanten Versorgung, wie wir sie bisher kennen, im hausärztlichen Bereich, in der Verbindung zu stationären Angeboten. Wir alle wissen, dass Krankenhäuser grundsätzliche betriebswirtschaftliche Probleme haben. Selbst eine schwarze Null ist eher nicht mehr zu erzielen. Und die Frage stellt sich bei der Vorfrage, welche Kreishaushalte z. B. oder andere öffentliche oder halb-öffentliche Kassen leisten Defizitabbau, wie tragfähig dieses System auf Dauer noch ist?

Und die Frage, die wir uns auch im Vorfeld gestellt haben, ist: Gibt es am Ende eine Problematik, die sich auch dadurch beschreiben lässt, dass die aufgeworfenen oder angerissenen Fragen sich im sogenannten Ballungsraum anders darstellen als im sogenannten ländlichen Raum, also die Frage der Erreichbarkeit, der Erreichbarkeitsdefizite? Mit der Frage dahinter: Nimmt Politik diese möglicherweise strukturellen Unterschiede überhaupt wahr bzw. ist die Entwicklung der Versorgung der Menschen im Ballungsraum sehr grundsätzlich und strukturell besser als im ländlichen Raum und haben nicht die Menschen im ländlichen Raum den gleichen Anspruch auf gleiche Gesundheitsversorgung und gleiche Gesundheitsqualität wie diejenigen, die in einem Ballungsraum zu Hause sind? Spannende Aspekte, die wir aufgenommen haben mit der sehr grundsätzlichen Fragestellung, wie geht es weiter mit der Gesundheitsversorgungsstruktur, der Angebotssituation hier in unserem südwestfälischen Raum, für den wir sprechen, für den wir zuständig sind, und ist es richtig oder falsch, dass möglicherweise Korrekturbedarf besteht in der Gesundheitspolitik ganz grundsätzlich, aber insbesondere mit Blick auf die Ausstattung der medizinischen und der Versorgungsangebote bei Einrichtungen der Gesundheit im weiteren Sinn, also der Krankenhäuser, der Kliniken, der Fachdisziplinen und wo sind die Grenzen, die aufgrund fiskalischer Bedingungen aufgezeigt werden? Fragen und Sorgen, die uns umtreiben, die Menschen in diesem Raum umtreiben, auf die die Kommunalpolitik in aller Regel keine abschließenden Antworten geben kann, obwohl auch kommunale Fragen entsprechend gestellt werden von Bürgern, die Angst haben um ihre Versorgung und deswegen, Frau Dr. Prütting, können Sie sicher ein Füllhorn

von Informationen über uns ausschütten, mit denen wir dann so oder so umzugehen haben und wo wir vielleicht am Ende des Tages etwas mehr Durchblick haben und vielleicht auch Zuversicht schöpfen können, dass es alles gar nicht so dramatisch ist, wie ich es manchmal empfinde. Sie haben das Wort.

**Frau Dr. Prütting:**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Regierungspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, Sie haben es gerade schon gehört, Frau Ministerin ist leider erkrankt. Ich möchte Ihnen gerne ihre Grüße übermitteln. Sie bedauert es sehr, dass sie heute nicht kommen konnte. Sie hätte gerne mit Ihnen diskutiert. Ich darf mich kurz vorstellen, mein Name ist Dorothea Prütting. Ich leite die Abteilung Gesundheit, d. h. also alle die Fragen, die der Herr Vorsitzende eben angesprochen hat, sind bei mir an der fachlich richtigen Adresse. Ich freue mich auf die Diskussion mit Ihnen.

Gerne möchte ich Ihnen das übermitteln, was Frau Ministerin heute zum Einstieg sagen wollte. Es geht ihr – und da knüpfe ich an das an, was gerade ausgeführt wurde – sehr darum, eine flächendeckende, wohnortnahe medizinische Versorgung als besonders wichtiges Anliegen der Landesgesundheitspolitik zu sichern. Wir sehen hier nicht nur den stationären Bereich, sondern auch die ambulante Versorgung, für die die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) den Sicherstellungsauftrag haben. Das Land hat den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung zusammen mit den Kommunen übernommen. So steht es in unserem Krankenhausgestaltungsgesetz. Für eher ländlich geprägte Räume ist das Thema heute von besonderer Dringlichkeit und deshalb möchten wir uns auch damit auseinandersetzen. Menschen in der Großstadt haben Orte mit hoher komfortabler Versorgungsdichte und sie vergessen dann auch manchmal, wie wichtig das Thema im ländlichen Raum ist. Hier sind es die langen Wege zu den Fachärztinnen und Fachärzten und zu den spezialisierten Kliniken. Obwohl die Versorgungslage im südwestfälischen Raum insgesamt stabil ist, gibt es natürlich Risiken, denen wir entgegensteuern.

Ich brauche den demografischen Wandel und seine Folgen nicht besonders hervorzuheben. Trotzdem einige Eckdaten für Südwestfalen, um den Handlungsbedarf hier deutlich zu machen. Im Märkischen Kreis – ich beziehe mich auf das Jahr 2000 – sind es heute 32.000 Einwohner weniger, im Hochsauerlandkreis 18.000, Siegen-Wittgenstein 16.000 Einwohner, eine Entwicklung, die fortschreitet. So wird der Hochsauerlandkreis – derzeit ca. 263.000 Einwohner – bis 2030 um rund 30.000 Einwohner auf rund 234.000 schrumpfen. Das sind Zahlen, die aus IT.NRW und dem Bertelsmann-Wegweiser Kommunen entnommen sind. Das märkische Südwestfalen wird bis 2020 etwa 45.000 Einwohnerinnen und Einwohner verlieren, was der Größe einer ganzen Kleinstadt entspricht. Mit dem Einwohnerverlust ist natürlich auch ein Erwerbersonenverlust verbunden. Also gehen hier auch potenzielle Fachkräfte, die für den demografischen Wandel gefragt sind, – im Bereich der Medizin, im Bereich der Pflege – zurück. Soviel zur demografischen Ausgangslage.

Auf der anderen Seite ist unser Versorgungssystem, das momentan nicht geeignet ist, alle Herausforderungen zu bewältigen, oft zu starr, zu verkrustet. Es gibt sehr viele Partikularinteressen, zu wenige sektorenübergreifende Kooperationen, eine unsichere Finanzlage und zugleich veränderte Bedarfe, auf die noch einzugehen sein wird.

Zu den Handlungsfeldern: Ich nehme zunächst die ambulante medizinische Versorgung in den Blick. Am dringendsten ist hier – der Herr Vorsitzende hat es eben auch angesprochen – die hausärztliche Versorgung. Da macht uns die Zukunft große Sorgen, insbesondere wenn wir unserem Anspruch künftig gerecht werden wollen, eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung zu gestalten. Das Thema Überalterung ist bekannt. In Westfalen-Lippe sind 45,6 % aller Hausärztinnen und Hausärzte älter als 55 Jahre, d. h. in Zahlen 2.268. Für ganz NRW gilt, dass ein mögliches Ausscheiden von rund 5.000 Hausärztinnen und Hausärzten in den nächsten 10 bis 15 Jahren erfolgen wird – und das angesichts des Nachwuchsmangels.

Einige Kommunen in Südwestfalen haben heute schon bei der hausärztlichen Versorgung rechnerisch eine Unterversorgung. Sie wissen, man spricht von Unterversorgung, wenn man einen Versorgungsgrad von unter 75 % hat, z. B. in Altena im Märkischen Kreis sind es 72,2 %, in Meinerzhagen, in Kierspe – sehr nah dran – 75,8 %. Brilon hat 81 %. Das sind bedrängende, beängstigende Zahlen. Es ist vor allem vor diesem Hintergrund unerlässlich, dass wir auf eine kleinräumige Verteilung blicken. Dann werden erst die Versorgungslücken sichtbar. Denn wenn man rechnerisch ein großes Planungsgebiet hat, kann man oft vor Ort die Lücke nicht so gut erkennen. Ähnlich ist es bei manchen Fachärztinnen und Fachärzten sowie in der Psychotherapie. Eine kritische Versorgung haben wir im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Planungsregion Siegen mit 82,4 %.

Daraus ergeben sich zahlreiche Aufgaben für die Politik. Wir müssen die Bedingungen für die integrierte Versorgung verbessern. Wir müssen Klarheit über die Situation schaffen. Das ist eine Aufgabe der Bedarfsplanung. Wir müssen die hausärztliche Medizin bereits im Studium stärken. Wir müssen die Niederlassungsförderung intensivieren bzw. fortsetzen. Es wurde das Hausarztaktionsprogramm in den Jahren 2005 bis 2010 (*veröffentlicht am 15.9.2009*) ins Leben gerufen, das jetzt ausgebaut wird. Es läuft in Südwestfalen recht gut. Hier haben 16 Gemeinden bereits von diesem Programm profitiert. Und ein weiterer Aspekt kommt dazu: Wir müssen sehen, dass wir möglicherweise Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland anwerben können.

Die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich – ich hatte es bereits gesagt – ist vor allem Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier muss man auch das Instrument der Delegation überlegen, d. h. wie können Ärztinnen und Ärzte sich auf ihre Hauptaufgabe konzentrieren, wie können sie sie besser oder intensiver erledigen, wenn sie z. B. von bürokratischen Aufgaben entpflichtet werden.

Es kommt ein weiterer Aspekt hinzu. Frauen haben andere Lebensmodelle als Männer. Man muss darauf eingehen, wie die Arbeitszeiten gestaltet werden – familienfreundliche Arbeitszeiten. Das ist übrigens nicht nur ein Thema, das Frauen interessiert, sondern auch Männer. Eine Schwierigkeit, die immer wieder auftritt ist die Tätigkeit auf halben Arztsitzen. Von den Erträgen können die Betroffenen nicht leben. Hier muss in der Tat die Politik handeln und das Sozialgesetzbuch V ändern, damit man andere Sitzaufteilungen vornehmen kann. Mit einem „Dreiviertel-Sitz“ – so hat man uns gesagt – könnte durchaus ein Auskommen gesichert werden. Auch die Zusammenarbeit, die Teambildung sind Instrumente zur Überbrückung prekärer Situationen. Im Kern geht es aber insgesamt darum, die Rahmenbedingungen für den Beruf der Ärztin und des Arztes attraktiver zu machen. Dazu gehört natürlich auch die Frage der Konvergenz. Es kann nicht sein, dass in Südwestfalen die Ärztinnen und Ärzte weniger Einnahmen erzielen als z. B. in einem anderen Bundesland.

Nun zur stationären Versorgung, zum neuen Krankenhausplan 2015: Natürlich haben die demografischen Entwicklungen auch Auswirkungen auf die stationäre Versorgung. Ich möchte einige wenige Herausforderungen nennen: Multimorbidität, Umgang mit Demenzkranken, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und auch die Frage der kulturellen Öffnung und der geschlechtergerechten Versorgung. Seelische Erkrankungen und das Thema Hygiene – z. B. MRSA – stellen zunehmende Anforderungen an das Personal. Die Krankenhausplanung muss diese Fragen mitbeantworten. Es kommt darauf an – das habe ich wiederholt gesagt, die flächendeckende Versorgung neben – und das ist wichtig – konsequenter Patientenorientierung und Stärkung der Fachlichkeit zu sichern. Eine Qualitätsorientierung muss im Vordergrund stehen. Was nutzt den Patientinnen und Patienten wirklich? Die Richtschnur für den Fortschritt muss bestimmt werden in Medizin und Technik. Unerlässlich ist dabei die Einbeziehung der regionalen Betrachtung. Auf die Psychiatrie muss man eine neue Sicht haben. Das haben wir versucht umzusetzen, indem wir Psychiatrie und psychosomatische Versorgung zusammengeführt haben. Und ein weiterer wichtiger Faktor ist natürlich die Frühgeborenen-Versorgung. Eine der Grundideen unserer Krankenhausplanung ist zudem die Vernetzung und die fachliche Zentrierung.

Der Krankenhausrahmenplan ist am 23.07.2013 in Kraft getreten und gilt für rd. 370 Krankenhäuser. Dieser Krankenhausrahmenplan muss nun konkretisiert werden. Die Konkretisierung beginnt jetzt, wenn wir uns mit den regionalen Planungskonzepten, an denen alle Beteiligten vor Ort mitwirken müssen, auseinandersetzen. Natürlich haben die Bezirksregierungen als zuständige Behörden eine wichtige medizinische, sachverständige Rolle. Die Letztentscheidung über die neuen Strukturen und Kapazitäten wird aber durch das Ministerium getroffen, nachdem alle Beteiligten an der Krankenhausversorgung noch einmal angehört worden sind, also ihre Argumente einbringen konnten. Wir befinden uns hier in einem Prozess ständiger Weiterentwicklung. Der Dialog ist dabei unabdingbar mit der GKV, mit der PKV, mit der Krankenhausgesellschaft, mit den Ärzteorganisationen und – das ist neu – der Patientenvertretung zu führen. Der Beauftragte für die Patientinnen und Patienten der Landesregierung wird in diesem Prozess künftig regelmäßig gehört werden.

Bei allen nötigen Nejustierungen ist aber klar, um Probleme wirklich lösen zu können, müssen wir letztlich zu einem anderen Verständnis von Krankheit und Gesundheit kommen. Im Grundsatz müssen wir fragen, was brauchen die Menschen, was wünschen die Menschen, um länger gesund zu bleiben und schneller gesund zu werden? Das soll an vier Beispielen verdeutlicht werden.

Thema Versorgung im Alter: Postoperatives Delir. Dazu wird derzeit ein Modell angeboten, das im Raum Münster entwickelt worden ist. Es gibt Praxisseminare „Der alte Mensch im OP“. Wir haben eine sehr große, erfreuliche Nachfrage zu diesem Thema erfahren, so dass die angebotenen Seminare schon überbucht sind. Sie werden selbstverständlich wiederholt werden.

Ein zentrales Zukunftsthema wird auch der Umgang mit Demenz sein. Auch hier gibt es Projekte zur Umsetzung demenzsensibler Maßnahmen im Krankenhaus.

Alle diese Aspekte spiegeln sich in dem großen Thema Geriatrie wider. Das Geriatriekonzept ist ein Teil des neuen Krankenhausplans. Wir möchten versuchen, den alten Menschen schon beim Eingang in das Krankenhaus besser zu helfen, indem mit Screenings und Assessments eine Orientierung dazu gegeben werden kann, was die Menschen tatsächlich brauchen. Es ist für alte Menschen sehr, sehr schwierig, wenn sie von zu Hause in das Krankenhaus wechseln, wenn sie nicht wissen, wo sie sich befinden und was mit ihnen fachlich geschieht. Das soll mit diesen Methoden zielgerichtet verändert werden.

Das zweite Beispiel, das ich erwähnen möchte, ist die Lebenswelt. Sie muss man auch in den Blick nehmen; denn angesichts knapper werdender Ressourcen muss die Passgenauigkeit des Systems erhöht werden. Hier ist das Stichwort Gendermedizin wichtig. Insoweit gibt es neue Erkenntnisse. Die Bedarfe von Männern und Frauen sind unterschiedlich. Beide gehen unterschiedlich mit ihren Krankheiten um. Die Medikamente wirken anders. Es gibt deutliche Versorgungsunterschiede und deutlich unterschiedliche Erkrankungsrisiken. Frauen erleben heute noch stärker als Männer eine Mischung aus Über-, Unter- und Fehlversorgung, z. B. bei den Psychopharmaka, bei kardiovaskulären Erkrankungen und der Hormonversorgung. Wir haben in Bochum das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit, das Schwerpunkte zur frauenzentrierten geburtshilflichen Versorgung und der Gesundheitsversorgung bei psychischen Erkrankungen sowie bei gewaltbetroffenen Frauen bearbeitet. Hier – denken wir – können wir etwas bewirken, wenn dieses Zentrum seine Arbeit fortsetzt.

Das dritte Beispiel, das ich erwähnen möchte, ist die Inklusion. Wir müssen inklusiv denken. Wir haben in Nordrhein-Westfalen 14 % der Bevölkerung, die mit anerkannten Behinderungen umgehen muss. Die Tendenz ist steigend. Vor diesem Hintergrund hat sich die Landesgesundheitskonferenz 2013 zum Ziel gesetzt, eine Entschließung zu fassen. Den Arbeitstitel darf ich Ihnen nennen „Von der Integration zur Inklusion – Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern“. Sie wissen, dass in der Landesgesundheitskonfe-

renz alle am Gesundheitswesen Beteiligten vertreten sind, und ich denke, dass es sehr wichtig ist, dass hier Ziele formuliert und Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden.

Und das vierte Beispiel ist das Thema Partnerschaft: Wir müssen grundsätzlich denken: Regionalisierung statt Zentralisierung. Das sogenannte 90a-Gremium des Sozialgesetzbuches V, das man als eine große Einrichtung etablieren kann, aber auch als eine kleine, ist in Nordrhein-Westfalen in der zweiten Variante eingeführt worden. In unserem Land gibt es die Landesgesundheitskonferenz, so dass ein kleineres Gremium ausreicht, in dem im Augenblick die Krankenkassen, die Krankenseite und die ambulante ärztliche Seite mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten sind. Hier werden je nach Thema immer wieder andere Expertinnen und Experten aus der Gesundheitsversorgung beigezogen. Dieses 90a-Gremium betrachten wir als eine große Chance. Es werden sektorenübergreifende Versorgungsfragen diskutiert. Ebenfalls Ziel ist, Handlungsempfehlungen zu erarbeiten und konkrete Projektinitiativen. Ein Thema – das ist vorhin auch bei dem Herrn Vorsitzenden schon angeklungen – ist z. B. das Überleitungsmanagement. Auch die Verbesserung medizinischer Versorgung in Pflegeeinrichtungen wird diskutiert. Wenn das Gremium etwas entwickelt hat, wird die Landesgesundheitskonferenz die Dialogplattform sein, auf der die Themen intensiviert und weiter diskutiert werden.

Ich darf zum Abschluss kommen. Die Versorgung – gerade in ländlichen Regionen, wo ein besonderer Ressourceneinsatz erforderlich ist, setzt voraus: Das Gesundheitswesen nicht rein fiskalisch als Markt zu sehen, sondern vielmehr die Bedarfe der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund zu stellen. Denn sonst haben viele Teilregionen keine Chancen mehr. Die Gesundheitsversorgung ist kein Ort, an dem Kundinnen und Kunden über das beste Angebot verhandeln können. Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen: Es geht nicht darum, Wettbewerb außen vor zu lassen. Aber der Wettbewerb muss um die beste Versorgung gehen und dafür möchten wir werben. Wir sind gerne offen für Ideen und Gespräche. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!

### **Diskussionsbeiträge**

#### **Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:**

Danke Frau Dr. Prütting. Ich würde jetzt gerne die Diskussion eröffnen bzw. dann auch selbstverständlich zu Fragestellungen aufrufen, schicke aber vielleicht ein oder zwei Fragen von meiner Seite aus voraus:

Welche Krankenhäuser werden in Südwestfalen in den nächsten zehn Jahren überleben oder geschlossen werden oder teilweise abbauen? Haben sich Kassenärztliche Vereinigungen in der Art und Weise, wie sie bisher Aufgaben wahrgenommen haben, vielleicht überlebt? Ist Gesundheitspolitik – ich sage es einmal ganz zugespitzt – bei dem, was da in Konsensrunden oder Nicht-Konsensrunden verabredet wird, im wahrsten Sinne des Wortes ein Geschäft zu Lasten Dritter?

#### **Herr Reuter, Vorsitzender der CDU-Fraktion:**

Herr Vorsitzender, Herr Regierungspräsident, meine Damen und Herren, wir haben im Ältestenrat des Regionalrates – ich glaube zu Beginn der Wahlperiode – einvernehmlich zwischen den politischen Kräften festgelegt, dass das Thema Gesundheitsversorgung in Südwestfalen eines der zentralen Themen dieser Wahlperiode sein soll und wir haben dazu verschiedene Anläufe unternommen, überwiegend auch gesteuert hier aus dem Haus, d. h. von der Administration, sich des Themas anzunehmen. Aber ähnlich wie der Vorsitzende schon festgestellt hat, scheitert man teilweise daran, dass es bestimmte Vorgaben, bestimmte Strukturen im Gesundheitswesen gibt, die dazu führen, dass die örtliche Ebene oder auch die regionale Ebene aus politischer Sicht dann möglicherweise mit ihrem Begehren, sich des Themas anzunehmen, nicht überzeugen kann. Von daher gesehen hatten wir große Hoffnung, heute mit der zuständigen Landesministerin auch eine politische Diskussion zu diesem Thema zu beginnen. Bedauerlicherweise ist das nun nicht möglich, aber gleichwohl, meine ich, müssten wir diese Sitzung und diesen Tagesordnungspunkt nutzen, um wenigstens den Einstieg in dieses Thema zu behalten. Denn ich denke, so sehr ich viele Aussagen in Ihrem Vortrag,

Frau Dr. Prütting, schätze und glaube, dass das auch überwiegend zutreffende Beschreibungen sind und auch teilweise wirksame Gegenmaßnahmen. Wir müssen aber auch noch einmal – was der Vorsitzende gesagt hat – die Sicht der Menschen in dieser Region in diese Diskussion einbringen. Das ist das, was wir, die CDU-Fraktion, über die Strukturkommission in die heutige Sitzung eingebracht haben, weil wir uns mit diesem Thema in der Vergangenheit intern befasst haben und aus den Stadt- und Gemeinderäten und aus den Kreistagen über die Mandatsträger eben diesen Fragenkatalog zusammengetragen haben. Ich hätte darauf schon gerne heute auch Antworten.

Zum Vortrag und zu dem, was mir spontan an Erkenntnissen geblieben ist: Es ist bedauerlich, dass die Bedarfsplanung – so sage ich keck – für die ambulante Versorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegt. Ich habe kürzlich an einer Sitzung im Landeshaus in Münster teilgenommen, wo es um diese Dinge ging, und ich sage das hier in öffentlicher Sitzung, wenn da ein Vertreter der KV sagt: „Sie haben ja auch nicht an jeder Ecke einen Briefkasten stehen.“ – und er meinte damit, an jeder Ecke eine Arztpraxis, dann ist das ja Ausdruck einer gewissen Haltung. Und mit dieser Haltung kann man die Probleme im ländlichen Raum oder überhaupt in der Gesellschaft nicht lösen, wenn es um die Zukunft des Gesundheitswesens geht. Von daher gesehen habe ich ehrlich gesagt ernsthafte Zweifel, ob die Bedarfsplanung bei der KV ohne jeglichen wirtschaftlichen und politischen Einfluss anderer Beteiligter richtig aufgehoben ist. Sie sprachen an, dass eine Änderung des Sozialgesetzbuches V in der Frage der Arztsitze hier notwendig wäre. Mich würde einmal interessieren, ob es eine Initiative aus Nordrhein-Westfalen gibt oder von anderer Stelle, diese Änderung möglichst bald herbeizuführen.

Zum Krankenhausplan haben Sie gesagt, die Konkretisierung beginnt jetzt. Dann ist es ja auch richtig, dass wir uns jetzt mit diesem Thema befassen. Und sie sagten weiterhin, die Bezirksregierung spielt eine wichtige Rolle. Wäre für mich an uns und an das Haus die Frage, wo und wie der Regionalrat an der Stelle eingebunden wird.

Und schließlich will ich sagen, was Sie in Ihrem Vortrag genannt haben, Regionalisierung statt Zentralisierung, das wäre – glaube ich – in der Tat ein wirksames Mittel, um die Probleme, die im ländlichen Raum bestehen, differenzierter aufzunehmen und vielleicht auch differenzierte Lösungen zu entwickeln.

Ich wiederhole noch einmal meine Bitte, ich habe schon das dringende Anliegen – denn wir haben ausreichend Zeit gelassen – die Fragen, die wir in unserem Brief vom 10. September aufgeworfen haben, auch heute beantwortet zu bekommen.

#### **Herr Ewald, Vorsitzender der SPD-Fraktion:**

Herr Vorsitzender, Herr Regierungspräsident, ich gebe meinem Vorredner recht, die Gesundheitsversorgung ist natürlich eines der zentralen Themen in Südwestfalen. Und das ist natürlich entscheidend, ob sich Menschen, die sich entschließen, hier zu bleiben, sicher sein können, so gesundheitsversorgt zu sein, wie in anderen Regionen auch. Denn – Sie haben die Probleme der demografischen Entwicklung ja richtig angesprochen: Wenn man aber etwas genauer hinschaut, ist es weniger der – ich sage einmal – „Sterbeüberschuss“, der die Bevölkerungszahlen drückt, sondern es sind Abwanderungen. Und ich wiederhole das, was ich gerade gesagt habe, die Frage der Gesundheitsversorgung und die Qualität der Gesundheitsversorgung ist eine der entscheidenden Fragen, ob Menschen abwandern oder bleiben. Insofern zunächst einmal danke für Ihren Vortrag. Das haben Sie richtig erkannt und ich denke die Probleme sind auch in Düsseldorf angekommen. Wo wir jetzt nicht ganz so glücklich sind mit Ihren Aussagen, das sind die Lösungen. Die sind in meinen Ohren – ich sage einmal – merkwürdig verschwommen, etwas allgemein auch gehalten. Zum Teil bieten sie auch keine neuen Ansätze, sondern darüber diskutieren wir eigentlich schon recht lange. Die Frage ist, was macht Politik oder was macht Politik in Düsseldorf oder auch in Berlin konkret, um diese Fragen, die auch durch meinen Vorredner angesprochen worden sind und die uns auch dringend beschäftigen, zu lösen. Schönen Dank.

### **Frau Dr. Prütting:**

Ich darf bei den ersten Fragen des Herrn Vorsitzenden beginnen. Welche Krankenhäuser überleben? Sie wissen, dass wir den Krankenhausrahmenplan aufgestellt haben, d. h. wir haben die Struktur vorgegeben, auf deren Basis anhand der Planungskonzepte vor Ort im Einzelfall diskutiert wird, welche Angebote tatsächlich durch Konzentration wegfallen müssen. Wir sind von einer Größenordnung von 10.000 überzähligen Betten ausgegangen. Im letzten Krankenhausplan war diese Zahl ebenfalls prognostiziert. Der Abbau ist ein Prozess, der über eine längere Zeit – Zielhorizont 2015 – umzusetzen ist. Wenn das Ziel nicht erreicht werden sollte, wird sich der Prozess verlängern. Es wird im Krankenhausplan nicht vom Land vorgegeben, dass bestimmte Krankenhäuser aus der Versorgung ausscheiden sollen. Es ist auch ausdrücklich nicht vorgesehen, dass kleinere Krankenhäuser eher zu schließen oder mit anderen zu fusionieren sind als Einsparungen bei größeren Krankenhäusern vorzunehmen. Hier wird es wirklich darum gehen, die einzelnen Einheiten der Versorgungsangebote aufeinander abzustimmen. Wir müssen dafür sorgen – und das ist auch eine Bitte an die Region – dass sich die Krankenhäuser nebeneinander zukunftsfähig machen. Beispiel: Wie führt man keinen ruinösen Wettbewerb nach dem Motto, „Ich muss unbedingt meine Chirurgie behalten, auch wenn die andere in ein paar Meter Entfernung liegt.“ Das kann nicht das Ziel sein. Zukunftsfest sind wir dann, wenn wir komplementäre Angebote vorhalten. Bestimmte Grundstrukturen müssen selbstverständlich vorhanden sein. Wir haben immer gesagt – und das steht auch im Krankenhausplan – in einer Entfernung von 15 bis 20 Kilometern sollen die Patientinnen und Patienten ihr Krankenhaus in Anspruch nehmen können. Das heißt nicht, dass wir alle Krankenhäuser mit allen Disziplinen in dieser Entfernung vorhalten. Sie wissen, dass wir hier eine Abstufung haben zwischen Grund- und Maximalversorgung bzw. regionaler Versorgung. Also insofern wird es nach wie vor ein gestuftes Angebot geben. Und es ist natürlich eine Illusion zu glauben, man könne willkürlich ein Krankenhaus aus der Versorgung herausnehmen. Das geht nicht. Wir haben gewachsene Strukturen, wir haben Besitzstände und wir haben die Verpflichtung bei vorhandenen Ressourcen zu prüfen, was sinnvoll und nicht sinnvoll ist. Insofern brauchen wir die Hilfe der Krankenhausträger, wir brauchen die Hilfe der Beteiligten vor Ort, der Kommunen, wir brauchen die Hilfe auch aus Ihren Reihen, die Anstöße geben müssen, wie gedacht werden soll, wie ggf. ein Angebot ausgebaut, verringert oder konzentriert werden soll. Ich möchte Ihnen ausdrücklich die Sorge nehmen, dass ex cathedra, entschieden wird. Das Land möchte eine Entwicklung aufeinander zu, um den regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Das ist unser Ziel.

Sie hatten eine zweite Frage nach der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gestellt. Ist es denn sinnvoll, dass die KV den Sicherstellungsauftrag weiter behält? Diese Diskussion wird seit längerem geführt. Sie muss letztlich auf Bundesebene entschieden werden. Aber ich möchte eines zu bedenken geben: Hier besteht ein System, das zu einer Händelbarkeit der Probleme führt. Es ist ein System, in dem Aufgaben konzentriert werden. Wenn man allein bedenkt, wie schwierig und umfangreich die Koordination in der Krankenhausplanung ist, bei der wir erhebliche Ressourcen brauchen wie z. B. die Kommunen vor Ort, die Bezirksregierungen und das Ministerium, dann wird die Dimension deutlich, in der der Sicherstellungsauftrag umzusetzen ist. Wenn wir nicht an irgendeiner Stelle bündeln, wie es in der ambulanten Versorgung die KV tut, dann weiß ich nicht, wie man das System händeln sollte, wenn jeder vor Ort machen könnte, was er wollte. Es gibt an dieser Stelle schon eine gewisse Bewegung. Die Länder haben dafür gesorgt, dass sie im gemeinsamen Bundesausschuss mitwirken können. Ich habe etliche Sitzungen als Vertreterin für Nordrhein-Westfalen beim Bundesausschuss mitgemacht, in denen es um die Bedarfsplanungsrichtlinie ging. Insofern muss ein neuer Rahmen geschaffen werden. Das ist eine ganz schwierige Diskussion. Wenn man nicht in irgendeiner Form Ressourcen bündelt und kanalisiert, um zu Ergebnissen zu kommen, sehe ich große Schwierigkeiten. Zusammenfassend: Natürlich gibt es Probleme und diese Probleme müssen wir auch angehen und zwar mit Interesse und Ernst. Ich denke, dass man zunächst noch einmal überlegen muss, was man an den vorhandenen Strukturen



verbessern kann, wie die Arbeitsweise optimiert werden kann und was inhaltlich möglich ist. Das sollte vorrangig sein, bevor man über das Bestehen der KV nachdenkt.

Es wurde gesagt, die Gesundheitspolitik sei ein Geschäft zu Lasten Dritter. Das nehme ich einmal als Überschrift. Die Strukturen führen zum Scheitern der Gesundheitspolitik, das war Ihre Aussage, Herr Reuter. Wie ist das zu verstehen? Wenn Sie sagen, die Arztsitze müssen vermehrt werden, wir dürfen keine Unterversorgung haben, dann stellt sich natürlich schon die Frage: Hat das Land eine Bundesratsinitiative gestartet, um eine andere Teilbarkeit der Arztsitze zu fordern? Sie wissen – wenn wir im Bundesrat etwas umsetzen wollen, brauchen wir Unterstützung, d. h. wir müssen abstimmen, wie wir eine solche Bundesratsinitiative starten. Es gibt hier bereits eine Diskussion. Ich bin auch Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Dort ist das Thema angekommen. Ich denke, das ist eine Aufgabe für die kommende Legislaturperiode.

Zudem wurde die Konkretisierung der Krankenhausplanung, die Rolle der Bezirksregierung angesprochen. Darauf bin ich eben schon einmal eingegangen. Ich denke, der Regionalrat sollte auch Ideen einbringen. Die konkrete Frage aber richtete sich – glaube ich – an Herrn Regierungspräsidenten.

Dann die Frage der Regionalisierung: Es ist richtig, und da komme ich auch schon wieder zu dem, was Sie, Herr Ewald, angesprochen hatten, es ist richtig, dass ich natürlich noch kein perfektes Lösungskonzept vorlegen wollte, sondern es darum geht, dass wir an verschiedenen Ansätzen anpacken wollen und deshalb auch verschiedene Lösungsansätze in der Entwicklung sind. Sie sind somit zwangsläufig auch noch etwas verschwommen. Ich nehme den Auftrag an, dass wir hier konkretisieren müssen.

Die hausärztliche Versorgung ist ein sehr großes Problem. Wir versuchen, weitere Ideen zu finden. Wir sind in Gesprächen mit den Universitäten. Wir sind mit unserem Wissenschaftsressort selbstverständlich in Gesprächen. Kann man die Ausbildung verändern? Wie kann man versuchen, Menschen an den öffentlichen Gesundheitsdienst heranzubringen? Wie können die Betroffenen mit uns diskutieren? Und wie kann man – das ist wieder eine Sache, bei der ich denke, das sollten sich auch die Regionen überlegen – die Regionen attraktiver machen? Ich selbst lebe sehr gerne auf dem Land. Andere Menschen, die andere Lebensvorstellungen haben, wollen in der Stadt leben. Da müssen wir gemeinsam überlegen, wie wir die Angebote intensiver und attraktiver gestalten können. Ich glaube auch, dass es richtig ist, an dieser Stelle ein Miteinander hinzubekommen, dass man – Stichwort medizinische Versorgungszentren – Überlegungen anstellen muss, wie man mit Krankenhäusern enger zusammenarbeiten kann bzw. überlegen muss, welche Modelle es gibt, auch seitens der ambulanten Versorgung, um die Regionen auszustatten. Es gibt z. B. Varianten mit Sprechstunden an definierten Stellen. Es gibt die Möglichkeit von Zweigpraxen. Das Sozialgesetzbuch V bietet verschiedene Möglichkeiten an.

Ein weiterer ganz wichtiger Faktor ist – und das ist auch das, was in Ihrem Papier angesprochen worden ist – die sektorenübergreifende Versorgung. Hier ist das Haupthindernis die Finanzierung. Die getrennten Finanzierungswege erschweren uns – weil die stationäre Versorgung anders finanziert wird als die ambulante – ein Zusammengehen. Das wird noch ein ganz dickes Brett sein, das zu bohren ist. Da brauchen wir auch den Bund im Boot. Das werden wir als Länder allein gar nicht schaffen. Zunächst so viel.

**Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:**

Danke Frau Dr. Prütting. Herr Regierungspräsident war auch angesprochen worden qua Bezirksregierung, bitte!

**Herr Regierungspräsident Dr. Bollermann:**

Ich hatte die Frage zwar etwas anders verstanden, aber ich nehme da gerne Stellung. Frau Dr. Prütting hat zu Recht gesagt, dass auch wir eine Rolle spielen. Aber, meine Damen und

Herren, es ist eine Rolle, die ich im Moment als eine begrenzte Handlungsrolle sehe, eine sehr begrenzte Handlungsrolle. Insofern nehmen wir heute bereits vor allen Dingen bei Konflikten die Rolle wahr, Gesprächspartner zu sein, Moderator zu sein. Aber da wir ja auch über die Zukunft reden, lassen Sie mich sehr deutlich sagen, wir haben, was die Gesundheitsversorgung angeht, ähnliche Strukturen oder ich könnte mir vorstellen, dass wir ähnliche Strukturen hätten bei der Gesundheitsversorgung und der Debatte dazu, wie wir sie bei der Landesplanung haben. Ich sage es einmal ganz klar: Nun hat Frau Dr. Prütting ja deutlich gemacht, dass das viel komplizierter ist, dass der Bund noch im Spiel ist, aber ich könnte mir, wenn ich einen Wunsch frei hätte, durchaus sagen, dass ich hier eine stärkere Rolle des Regionalrates, der Kommunen, der Kreise im Miteinander sehe. Und die KV ist natürlich hier in einer besonderen Rolle, die ich in der jetzigen Struktur zu respektieren habe und davon auch ausgehen muss. Aber wenn man das einmal systemisch betrachtet – das ist ja die Frage, die man auch bei einer politischen Debatte zu diskutieren hat, welche systemischen Zusammenhänge sind da – dann kann sich für mich durchaus diese Forderung ergeben, auch aus Sicht der Bezirksregierung, der Administration. Aber da würde mich vielmehr die politische Meinung auch vor Ort interessieren, wie die Regionalratsmitglieder das sehen, wenn wir das politisch diskutieren, dass man ähnlich, wie die Landesplanung organisiert ist, so etwas dann auch stringenter im staatlichen und in der Abstimmung mit dem kommunalen Handeln hat. Aber das ist eine Zukunftsdebatte, von daher kann ich nur sagen, aktuell sehr klar bezogen auf die Probleme werden wir uns da immer als Moderator, als Vermittler einbringen, wo es unsere Aufgabe ist, aber wir haben auch die Rolle der KV zu respektieren und das tun wir auch. Von daher gibt es überhaupt keine Debatte.

#### **Herr Hansen, Bündnis 90/DIE GRÜNEN:**

Ich bin jetzt kein ausgewiesener Gesundheitspolitiker – ich glaube, wie die meisten hier im Raum nicht – aber man stellt schon eine allgemeine Hilflosigkeit fest, wenn man über den Bereich redet. Meistens ist es dann irgendwann die KV oder der Bund, der Bedingungen anders setzen müsste und man stellt also relativ schnell fest, man kann es selbst vor Ort kaum regeln. Dann kommt immer auch der Hinweis auf die Demografie, wobei man dann vor Ort feststellen muss, es mangelt den Ärzten ja nicht an Patienten, sondern es mangelt den Patienten an Ärzten, also das ist ja ein umgekehrtes Verhältnis. Das heißt also, ich stelle mir das immer vor, wenn man in dem Bereich Gesundheit von einer staatlichen Daseinsfürsorge sprechen würde, wir würden unsere – nehmen wir einmal ein extremes Beispiel – unsere Polizei so organisieren. Dann wäre es zufällig, ob da jemand so einen Polizeiposten aufmacht oder nicht oder analog, ob da ein Arzt ist oder eben nicht. Das kann es ja nicht sein. Also wenn ich im Grunde diese Basisversorgung auf dem Land sicherstellen will, müssten die Regionen schon einen stärkeren Einfluss bekommen als das bisher der Fall ist. Da hilft den Patienten der Hinweis auf irgendwelche höheren Instanzen überhaupt nicht. Also ich glaube, dass man das auch nach Düsseldorf mitnehmen sollte, dass wir schlicht und einfach der Meinung sind – Herr Dr. Bollermann hat das ja auf einer anderen Ebene angeschlossen, bei der Planung – dass das ein Punkt ist, den wir bei der Daseinsfürsorge sehr gerne übernehmen würden, wenn wir denn entsprechenden Einfluss in diesem Bereich gewinnen könnten. So und da würden wir uns natürlich auch die Hilfe des Landes wünschen, vielleicht auch gegen den Bund oder mit dem Bund, da entsprechende Strukturen, eine Basisversorgung hinzubekommen, dass eben dann sonst ein Ansiedlungsverbot für Ärzte in anderen Bereichen kommt, wenn hier entsprechende Lücken sind. Das machen wir in allen anderen Bereichen der Daseinsfürsorge auch. Da wird auch geguckt, dass wir zumindest die Basis haben. Also ich glaube, es ist ein Fehler im System, es zu marktwirtschaftlich laufen zu lassen. Grundversorgung und Markt schließen sich da ein Stückchen weit aus oder wenn Markt, dann müsste man gucken, dass die Hausärzte und die Fachärzte hier im ländlichen Raum die Möglichkeit haben, ähnlich gut zu verdienen, wie das offensichtlich in der Stadt ist. Also das sind Punkte, auf die wir einfach drängen müssen, wobei ich auch nicht glaube, dass wir da eine schnelle Lösung bekommen.

**Frau Dr. Prütting:**

Vielen Dank. Ich würde darauf gerne direkt antworten. Wir haben das Problem der Verteilung, das Sie gerade angesprochen haben. Wir haben Regionen, in denen wir eine Überversorgung haben, d. h. über 110 % der Arztsitze sind besetzt. Bei der Umverteilungsdiskussion haben sich die Länder bereits eingebracht. Wir verlangen nämlich, dass die Bedarfsplanungsregionen anders geschnitten werden müssen. Man muss eine kleinräumigere Betrachtung vornehmen, um Lücken zu erkennen. Denn derzeit sagt uns die KV, nach ihrer Bedarfsplanung seien die Planungsbezirke zu 100 % besetzt. Bei großräumiger Betrachtung stimmt das, weil die Lücken nicht erkennbar sind. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie entwickelt sich in die richtige Richtung. Jetzt besteht nur folgendes Problem: Wenn Sie in den Regionen, in denen Sie tatsächlich eine Überversorgung haben, umverteilen wollen, können Sie das nicht ohne weiteres, weil es Besitzstände gibt. Dann dürfen selbstverständlich aber keine neuen Zulassungen mehr erfolgen. Damit haben Sie aber trotzdem noch nicht erreicht, dass andere Ärztinnen und Ärzte in die unterversorgten Regionen gehen. Das ist eine Schwierigkeit, bei der wir nicht einfach auf den Bund verweisen, sondern z. B. versuchen, mit dem Hausarztprogramm attraktiver zu werden. Da tut es mir natürlich schon etwas weh, wenn Sie sagen, das ist eine gewisse Hilflosigkeit. Aber ich glaube, diese Hilflosigkeit zeigt sich in anderen Ländern genauso wie bei uns, weil wir mit den Instrumenten, also den 16 Maßnahmen des Hausarztaktionsprogramms, die bereits in Südwestfalen gegriffen haben, natürlich noch nicht das Gesamtproblem lösen können. Das ist richtig. Da möchte ich auch nichts beschönigen. Ich wäre allerdings dankbar, wenn Sie regional weitere Ideen beisteuern könnten. Wir versuchen bei der Ausbildung anzusetzen, wir versuchen in den Regionen anzusetzen und Ärztinnen und Ärzte dort hinzubringen. Wir setzen auch an mit neuen Modellen, wie man sich die Sitze teilt, wie man mit Zweigpraxen arbeitet. Das sind alles Versuche, die das Problem noch nicht lösen, weil auch einfach zu wenige Ärztinnen und Ärzte überhaupt in die Versorgung wollen. Ein richtiger Ansatz liegt m. E. in der Ausbildung. Die Ausbildung macht z. B. jetzt schon Folgendes: Es werden neue Curricula entwickelt, so dass die Allgemeinmedizin stärker im Studium implementiert ist. Es werden außerdem im Bereich der Weiterbildung Elemente eingebaut, eine Praxistätigkeit und nicht nur eine Weiterbildung im Krankenhaus abzuleisten. Die Absolventen werden von dem Eindruck geprägt: „Ich war im Krankenhaus. Das hat mir gefallen. Dort will ich tätig sein.“ Hinzu kommt noch ein anderes Phänomen. Bisher wird in der Tat in der Arztpraxis die Weiterbildungszeit schlechter bezahlt als im Krankenhaus. Hier hat es schon eine Verbesserung gegeben, ein kompletter Ausgleich ist noch nicht erfolgt. Auch daran arbeiten wir.

**Herr Reuter, Vorsitzender der CDU-Fraktion:**

Ich würde gerne noch einmal auf das, was wir niedergeschrieben haben, zurückkommen, auch um festzustellen, ob ich Ihren Vortrag richtig verstanden habe. Also beispielsweise haben wir unter Ziffer 4 gesagt, dass wir die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung für die Zukunft nicht für ideal halten. Beide Bereiche miteinander zu verbinden, macht bessere Qualitäten und vielleicht auch wirtschaftlich bessere Strukturen. Ich habe Sie jetzt so verstanden, dass es tatsächlich eine Reihe von Überlegungen gibt, die in diese Richtung führen. Ich versuche jetzt nur noch einmal festzustellen, das Thema ist nicht vom Tisch. Weil wir wirklich glauben – gerade im ländlichen Raum – wenn all die Bemühungen, die Sie jetzt gerade noch einmal beschrieben haben, die ambulante Versorgung zu verbessern, wenn die in dem ein oder anderen Fall nicht erfolgreich sind, dann wäre es ja denkbar, dass in Verbindung mit einem durchaus kleineren Krankenhaus über ein medizinisches Versorgungszentrum beide Versorgungsbereiche vor Ort vernünftig bedient werden können. Also meine Frage war, das ist wohl nicht zu Ende, die Überlegung an der Stelle, so habe ich Sie verstanden, sondern das kann ein Weg in die richtige Richtung sein.

Dann steht unter Ziffer 5 die Geschichte mit dem Entlass- und Überleitungsmanagement. Wiederum die Frage – wenn ich Sie richtig verstanden habe, Sie haben gesagt, im Geriatriekonzept ist so etwas enthalten: Also die Befindlichkeit älterer Menschen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist ein besonderer Auftrag bei der Fortschreibung des Krankenhausplanes auch bedacht zu werden? Auch die Frage, habe ich das richtig verstanden?

Dann würde ich gerne noch einmal zu den Ziffern 1 bis 3 kommen, weil ich dazu jetzt noch keine Antworten gehört habe. Ich fasse das einmal so zusammen: Es geht in allen drei Punkten um die Zukunft der kleineren Krankenhäuser und um das, was daran hängt. Und was die Menschen gerade auch in den Kreistagen, die Mandatsträger, beschäftigt, ist ja die Frage des Rettungsdienstes. Wie kann ich Rettungsdienst mit vernünftigen Hilfsfristen mit ordentlich besetzten Funktionen auf den Einsatzfahrzeugen dennoch organisieren, wenn das eine oder andere kleinere Krankenhaus mit internistischer Medizin nicht mehr da ist, das ist ja das Hauptanliegen. Deswegen frage ich mich, warum im Krankenhausrahmenplan dieser Gesichtspunkt nicht auftaucht? Dass also die Organisation des Rettungsdienstes oder der Verlust dessen Gesichtspunkt sein muss, der in diesen Konsensrunden zwischen den Beteiligten verpflichtend bedacht werden muss. Wenn er nicht verpflichtend bedacht wird, haben wir in der ländlichen Region demnächst ein Riesenproblem. Damit hängt zusammen die Mindestgröße bei der Zahl der Intensivbetten; ich weiß jetzt nicht, ob es noch als Anforderung im Krankenhausrahmenplan enthalten ist. Wenn es noch enthalten ist, wie es im ersten Entwurf stand, lese ich bei der Krankenhausgesellschaft, dass 22 % der Krankenhäuser in NRW schon heute diese Mindestgröße nicht mitbringen. Das werden ja vermutlich auch eher solche im ländlichen Raum sein, wiederum ein Problem für den Rettungsdienst.

Und letztlich diese Geschichte: Die schwierige Ertragsituation kleinerer Krankenhäuser hängt ja wohl – wie uns Fachleute sagen – mit dem System der Fallpauschalen zusammen. Dazu möchte ich unbedingt positiv hervorheben das, was Sie auch herausgestrichen haben, nämlich eine intensive Kooperation von Häusern in einer Region statt Wettbewerb – wie wir es gesagt haben – um den letzten Patienten. Aber ist das denn jetzt auch ein verpflichtender Grundsatz geworden im Krankenhausrahmenplan oder überlässt man das dem freien Spiel der Kräfte? Dann behaupte ich einmal, wird das auch nicht erfolgreich sein. Denn ich erinnere mich auch wiederum an eine Krankenhausplanungskonferenz, wo die kommunalen Vertreter – Kreise, Städte und Gemeinden – den Verwaltungsleitern der Krankenhäuser gesagt haben: „Hier steht ein Kuchen auf dem Tisch,“ – bildlich gesprochen – „der ist zu verteilen. Lasst uns doch vernünftige Stücke daraus schneiden.“ Und dann sagen die zwei oder drei mächtigsten Verwaltungsleiter: „Das können Sie sich abschminken. Das funktioniert sowieso nicht.“ Gespräch zu Ende. Wenn das so weitergeht, dann haben wir nach wie vor ein handfestes Problem im ländlichen Raum. Ist diese intensive Kooperation Bestandteil, wichtiger Grundsatz im Krankenhausrahmenplan und verpflichtend zu beachten, ähnlich wie die Obacht auf die Rettungsdienststrukturen?

**Frau Dr. Prütting:**

Noch einmal ein ganz klares Ja zur sektorenübergreifenden Versorgung. Ich hatte auch gesagt, dass das 90a-Gremium bereits damit befasst ist. Es werden in diesem Zusammenhang Modelle entwickelt.

Zweite Frage, Entlassungsüberleitungsmanagement, ebenfalls ein Thema des 90a-Gremiums. Ich wiederhole: Das Thema wird weitergeführt. Ich wollte nur betonen, dass der Krankenhausplan dafür auch den Boden bereitet hat. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, den man nicht vernachlässigen darf.

Rettungsdienst ist kein Bestandteil des Rahmenplans. Er ist ganz bewusst nicht im Rahmenplan integriert, weil er kein Bestandteil der Krankenhausversorgung ist, sondern eine Auswirkung der Krankenhausversorgung. Auf der anderen Seite nehmen wir dieses Thema sehr ernst. Es hat bereits eine Arbeitsgruppe – zuletzt am 12.09. – getagt. Sie wird sich im November wieder zusammensetzen und einen Leitfadentext entwickeln. Es geht nämlich nicht nur darum, wie der Rettungsdienst organisiert wird, sondern auch um den Notärztemangel, ein eigenes Thema. Wir haben zunehmend weniger Notärzte. Auch daran wird bereits gearbeitet.

Mindestgrößen, Intensivbetten: Bei dieser Angabe geht es um eine Orientierungsgröße, die wir für sinnvoll halten, wenn man wirtschaftlich und qualitativ gut arbeiten will. Das heißt nicht, dass nicht im Einzelfall die regionale Besonderheit berücksichtigt wird. Es scheitert ein Krankenhaus nicht deshalb, weil es diese Zahl nicht erreichen kann. Das haben wir immer wieder betont, das haben wir auch im Landtag noch einmal erörtert. Die Krankenhausgesellschaft hatte große Sorgen und hat das immer wieder vorgetragen. Eine Orientierungsgröße ist keine verbindliche Vorgabe. Aber es ist natürlich sinnvoll, diese Orientierung anzustreben. Nur wenn es nicht geschafft werden kann und das Krankenhaus für die Versorgung notwendig ist, reicht eine geringere Bettenzahl. Zusammen mit den Bezirksregierungen haben wir jedes Mal dann, wenn es um Intensivkapazitäten ging, ganz klar gesagt, wenn sie nötig sind, müssen sie im Einzelfall sofort und völlig unbürokratisch erhöht werden. In der Praxis waren wir über die Jahre, denke ich, ganz flexibel. Das wird so bleiben. Da kann ich Ihnen die Botschaft mitteilen.

Sie hatten noch einen weiteren Punkt, das Ertragssystem. Das Ertragssystem ist in der Tat ein schwieriges Thema. Normalerweise folgt das pauschalierte Entgeltsystem dem Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“. Dann hätte ich eine generelle Benachteiligung kleiner Krankenhäuser im System nicht. Leider haben wir eine sogenannte doppelte Degression. Damit geht eine Absenkung des Landesbasisfallwertes einher. Krankenhäuser ohne Mengenzuwächse sind in der Tat benachteiligt. Diese Schwierigkeit sehen wir, das wissen wir und müssen besonders sorgfältig beobachten, wie sich die einzelne Struktur entwickelt.

#### **Herr Schneider, SPD-Fraktion:**

Sehr geehrte Frau Dr. Prütting, Herr Vorsitzender, Herr Regierungspräsident, ich wollte noch einmal darauf eingehen, auf die Wünsche und wie es darum ging, dass wir uns – wie mit der Landesplanung – auch mit der Krankenhausplanung beschäftigen. Ich wollte davor einfach nur warnen, wenn ich sehe, wie schwer wir uns tun, Gewerbegebiete auszuweisen und bei Windenergie und da schon manchmal nicht den Mut haben, zu Entscheidungen zu kommen, möchte ich uns einmal sehen, wenn wir hier über Krankenhäuser entscheiden wollten und so etwas. Ich würde davor warnen, dass wir uns das zumuten sollten. Ich glaube nicht, dass das sinnvoll wäre.

Das nächste ist, das ist eine Sache der Kommunen und die Kommunen müssen sich da einigen. Da finde ich ganz gut, dass wir hier in einer Stadt tagen, die auch schon gezeigt hat, dass sie das kann. Das Arnsberger Modell hat ja gezeigt, dass die Krankenhäuser sich hier vor Ort geeinigt haben und das erwarte ich einfach auch von den Krankenhausträgern vor Ort, dass sie es schaffen, dort Einigung herbeizuführen ohne die berühmten Eifersüchteleien. Darüber haben wir auch schon gesprochen. Wenn wir nämlich hier etwas entscheiden wollen, braucht man dazu auch Geld. Wir tun hier so, diskutieren als ob es im luftleeren Raum passiert. Alles, was wir hier diskutieren, ist mit viel Geld verbunden, mit Menschen, die Geld verdienen wollen, seitens der Ärzte, seien es die Pfleger. Wir sagen immer, die müssen alle höher bezahlt werden. Das Ganze ist auch durchaus sinnvoll, ich bin dafür, dass alle ihren Anteil an dem System haben, nur man kann nicht fordern, alle sollen viel Geld verdienen oder sollen gut bezahlt werden, gleichzeitig wollen wir aber kein Geld dafür ausgeben. Das ist immer etwas schwierig. Deswegen meine Bitte, sich da nicht zu verheben.

Das nächste wäre das Thema Grundversorgung: Da sehe ich natürlich schon ein Problem. Sie sagen, alle 15 bis 20 Kilometer sollen Krankenhäuser erhalten bleiben. Das ist auch richtig so. Ich komme aus Winterberg. Wir haben dort ein Krankenhaus, das sehr viel davon profitiert, dass wir touristische Sportarten haben, die durchaus dazu führen, dass ab und zu jemand dorthin muss. Ich habe mich einmal erkundigt, allein von der Grundversorgung könnte es wahrscheinlich gar nicht „leben“. Und deswegen meine Frage: Wie kann man sicherstellen, dass kleine Krankenhäuser, die wirklich nur diese Grundversorgung anbieten, auch überleben können? Wie kann man das organisieren, ohne dass diese Krankenhäuser sich jetzt auch noch komplizierte Operationen zumuten? Wir haben ja einen Wettbewerb im Hochsauerlandkreis zwischen Kliniken, die sich gegenseitig die „Hüften wegnehmen“ – ich sage es jetzt einmal so. Da muss man aufpassen, wie kriegen wir das geregelt – das war

auch die Frage von Herrn Reuter – dass diese kleinen Krankenhäuser existieren können. Darum möchte ich bitten, dass man versucht, das hinzubekommen.

**Herr Haardt, Vertreter der Sportverbände:**

Frau Dr. Prütting, sehr geehrte Damen und Herren, zwei Aspekte möchte ich noch in die Diskussion einbringen, wobei einen schon Herr Reuter erwähnt hat. Aus Sicht des Landessportbundes möchte ich darauf hinweisen, dass wir in unseren Sportvereinen beispielsweise auch sehr viele Nachsorgegruppen haben und für uns war es immer wichtig, hier auch an kleine Krankenhäuser angedockt zu sein. Beispielsweise bei den Herzsportgruppen muss zwangsläufig ein Arzt vor Ort sein, ohne den dürfen wir unsere sportliche Betätigung nicht machen. Jetzt ist es natürlich auch leider der Fall, dass wir immer weniger Ärzte finden, die bereit sind, dann diese Herzsportgruppen zu leiten, dass also die Gefahr besteht, dass wir solche Angebote nicht mehr vorhalten können. Es sind schon Gruppen geschlossen worden. Und hier gibt es einen Vorschlag von Seiten auch des Sports, dass wir sagen, dann versuchen wir, den Gegebenheiten Herr zu werden, indem wir beispielsweise Rettungsassistenten, die ja wirklich voll und gut ausgebildet sind, in Herzsportgruppen einsetzen können. Das wird auch verhindert, zumeist auch von der Kassenärztlichen Vereinigung. Darum möchte ich bitten, auch im Zuge dieser gesamten Überlegungen, dass noch mit in die Überlegungen einzubeziehen. Wir vom Sport sind bereit, auch Projekte mit Ihnen gemeinsam durchzuführen, wie wir das sichern können, dass weiterhin solche Nachsorgegruppen existieren können.

Zweiter Punkt, Herr Reuter, ich stimme Ihnen vollkommen zu – ich spreche hier als Vorsitzender des Deutschen Roten Kreuzes bei uns in der Region – wir haben große Probleme, unsere Rettungswachen, unsere Notarztstellen zu besetzen, auch heute schon, weil immer weniger Ärzte die Zusatzqualifikation Rettungsdienst haben, sie auch vielfach nicht mehr von ihren Arbeitgebern dazu freigestellt werden, diese Zusatzqualifikation noch zu erreichen. Und wir stellen leider auch fest, dass auch Krankenhausträger sich aus dem Rettungsdienst verabschieden. Das ist ein Riesenproblem. Wir müssen also über die Kreise die entsprechenden Notärzte dann quasi einkaufen. Wir haben ländliche Regionen, wo der Notarzt dann auch abgemeldet wird – und man kann nur hoffen, dass der in der Nähe stehende Rettungshubschrauber dann bereit ist. Das ist ein Riesenproblem, das noch mehr auf uns zukommen wird. Das kann ich aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes auch sagen, hier muss unbedingt gehandelt werden für die Zukunft. Danke sehr.

**Frau Müller, Landschaftsverband Westfalen-Lippe:**

Herr Vorsitzender, Herr Regierungspräsident, Frau Dr. Prütting, als Vertreterin des LWL hier im Regionalrat Arnsberg möchte ich noch einmal sagen, dass wir den Krankenhausrahmenplan, was den Bereich der Psychiatrie angeht, ausdrücklich begrüßen. Wir finden die Neuregelung, Gerontopsychiatrie, Suchtkrankheiten und qualifizierte Entzugsbehandlung der Psychiatrie zuzuschlagen, richtig. Wir begrüßen auch den Bettenaufbau, wir wissen alle, dass im Erwachsenen-Bereich, aber auch im Kinder- und Jugend-Bereich der Bedarf außerordentlich groß ist. Auch die Einbeziehung der Psychosomatik ist der richtige Weg. Wir werden die regionale Umsetzung, den Regionalisierungsprozess jetzt eng begleiten und das gilt selbstverständlich auch für den Bereich hier in Südwestfalen. Wir wissen natürlich auch, dass in Südwestfalen mit den Angeboten, besonders auch in Marsberg, natürlich eine gute Versorgung gegeben ist und dass im Ruhrgebiet der Bedarf noch einmal drastisch höher ist, aber ich werde mich ganz sicher dafür einsetzen, dass hier in Südwestfalen die Angebote nicht abgebaut werden, möglicherweise auch gerade für Kinder und Jugendliche weiter ausgebaut werden. Vielen Dank.

**Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:**

Ich möchte gerne, Frau Dr. Prütting, bevor Sie antworten, in Bezug auf die abrechnungstechnischen Aspekte, die gerade angesprochen worden sind, noch zwei bis drei konkrete Fragen anschließen. Wie geht Politik künftig damit um, dass bestimmte Krankenhausleistungen völlig unterschiedlich vergütet werden? Also beispielsweise sind HNO-Patienten völlig

unlukrativ gegenüber chirurgischen Fällen. Wie ist es letztendlich zu verantworten – jedenfalls stellen sich viele Patienten die Frage, dass man nach einer durchaus gravierenden Operation nach drei Tagen mit „klaffender Wunde“ nach Hause geschickt wird? Und wie geht man damit perspektivisch um, dass z. B. eine Kinderklinik systembedingt bei einem zu geringen Einwohnereinzugsbereich keine Chance hat, auf auskömmliche betriebswirtschaftliche Ergebnisse zu kommen, aber trotzdem eine wichtige zentrale Versorgungsfunktion für eine relativ großräumige Fläche abdeckt? Und wie kann es richtig sein, dass auf Dauer eine solche Einrichtung nur mit dem dann abrechnungstechnisch relevanten Zusatz „besondere Einrichtung“ ausgestattet wird, um halbwegs auskömmliche betriebswirtschaftliche Kennziffern zu erreichen, aber darüber grundsätzlich eigentlich jedes Jahr von Neuem zu entscheiden ist? Also insoweit jedes Jahr von Neuem ein Ritt auf der Rasierklinge stattfindet. Das kann eigentlich nicht im Sinne des Erfinders sein. Und insoweit – und jetzt komme ich noch einmal auf den Ausgangspunkt Regionalrat zurück – stellt sich schon die Frage, auch an solchen Einzelaspekten aufgehängt, ob es nicht eine regionale Differenzierung geben muss in Bezug auf solche Fragestellungen gegenüber dem Ballungsraum, wo man im Grunde fast vor jeder Haustür eine entsprechende fachärztliche Disziplin zur Verfügung hat oder jedenfalls über kurze Distanz wechseln kann zwischen entsprechend gleichartigen Versorgungsangeboten.

**Frau Dr. Prütting:**

Vielen Dank für Ihre Fragen. Zunächst möchte ich sagen, ich freue mich, wenn auch einmal ein Lob kommt. Insofern freue ich mich über das Lob zur Psychiatrie, besonders darüber, dass die Regelung als sinnvoll angesehen wird.

Zu den nächsten Punkten wie der Grundversorgung: 15 bis 20 km nach Winterberg: Winterberg ist das Paradebeispiel für ein Krankenhaus, das, auch wenn es große Probleme hat, für die Versorgung nötig sein kann – im Winter mehr, im Sommer weniger. Das Haus liegt in einer Region, in der es erhalten werden muss, weil nämlich sonst die Grundversorgung nicht gesichert wäre, d. h. wir nehmen in Kauf, dass es ggf. defizitär arbeitet. D. h. aber auf der anderen Seite auch, dass wir ihm dadurch, dass wir es im Krankenhausplan belassen, die Bezahlung sichern. Denn es erhält seine Pauschalen vom Land. Es bekommt eine Betriebskostenfinanzierung von den Krankenkassen. Wenn wir das Haus aus dem Krankenhausplan herausnehmen würden, würde dies alles wegfallen. Das Haus könnte nicht überleben. Ebenso gilt auch für andere Regionen: Wir halten uns an unseren Grundsatz, eine Grundversorgung muss vorhanden sein in einem Umfeld von 15 bis 20 km. Wir haben – glaube ich – irgendwo einmal eine Ausnahme bis 25 km gemacht. Aber da sind die Straßenverhältnisse auch so, dass die Regelung tolerabel ist. Das würde z. B. für Winterberg nicht entsprechend gelten.

Sie hatten auch gefragt, ob sich der Regionalrat mit der Krankenhausplanung befassen sollte. Ich möchte nicht dahingehend missverstanden werden, dass das Land die Krankenhausplanung abgeben will. Wir sind dankbar für Ideen, aber wir möchten unseren Sicherstellungsauftrag behalten. Aber – wie gesagt – eine Mitwirkung ist etwas anderes.

Zum Thema Nachsorgegruppen, Landessportbund, Notwendigkeit eines Arztes vor Ort: Sie sprechen damit auch die Themen Delegation und Rettungsassistenz an. Mit diesen Fragen muss man sich in der Tat sehr vorsichtig auseinandersetzen. Wir haben Gespräche z. B. mit den Ärztekammern über die Frage geführt, was ärztliche Tätigkeit ist, wo man ärztlichen Sachverstand braucht und wo ein sehr gut qualifizierter Rettungsassistent handeln kann. Das Thema ist noch nicht ausdiskutiert. Wir arbeiten aber auch daran.

Zu den Notärzten habe ich schon vorhin etwas gesagt.

Dann hatten Sie, Herr Vorsitzender, von den Krankenhausleistungen, die unterschiedlich vergütet werden und den „blutigen“ Entlassungen gesprochen. Wir haben bereits versucht – und da hat sich gerade Frau Ministerin besonders engagiert, eine Erhöhung des Landesbasisfallwertes für NRW zu erreichen. Es funktioniert inzwischen eine Angleichung. Aber an dieser Stelle werden wir deshalb bundesweit keine Mehrheiten erzielen, weil sich quer durch

sämtliche Bundesländer die Interessenverschiedenheit zieht. Wir haben ein Land wie Rheinland-Pfalz, das einen hohen Basisfallwert hat, und wir haben ein Land wie Schleswig-Holstein, das am unteren Ende liegt. Es gibt inzwischen einen Korridor, in dem sich der Landesbasisfallwert bewegt und auf eine Mittellinie zuläuft. Aber Sie glauben doch nicht im Ernst, dass uns die anderen Länder Geld abgeben, damit wir in Nordrhein-Westfalen unsere Leistungserbringer besser bezahlen können? Das ist unser Problem. Frau Ministerin kämpft nach wie vor massiv um Verbesserungen. Aber insoweit werden wir wohl einfach keine Mehrheit erzielen können.

**Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:**

Darf ich einmal ganz kurz einhaken, wenn Sie sich den Fall vorstellen: Schwere OP, 85-jährige Person, alleinstehend, wird nach Hause geschickt. Wie soll das auf Dauer ohne mindestens entsprechend adäquate ambulante Dauerbetreuung funktionieren?

**Frau Dr. Prütting:**

Das ist genau die Frage, ob wirklich eine „blutige“ Entlassung vollzogen wird. Das bestreiten die Krankenhäuser. Das wird negiert. Vielleicht wäre es ganz hilfreich, Sie würden ein konkretes Beispiel nennen, damit wir einschreiten können. Das wäre ein Thema der Krankenhausaufsicht. Über das Entlassungsmanagement als solches haben wir bereits gesprochen.

**Herr Regierungspräsident Dr. Bollermann:**

Ich habe auch nur noch einmal eine Frage, Frau Dr. Prütting, Sie haben ja eben von Unterversorgung gesprochen, das aber nicht weiter konkretisiert. Sie haben das an den Städten Altena, Kierspe und Brilon deutlich gemacht. Bevor sich da irgendwelche Phantasien entwickeln, darf ich Sie vielleicht um Konkretisierung bitten, da wir ja auch eine öffentliche Veranstaltung haben und es sonst vielleicht in der Tat Interpretationen gibt, die Sie vielleicht gar nicht wollen. Deswegen wäre mir lieb, wenn Sie das noch einmal erläutern können, auch wenn Sie dazu noch einmal sagen können, was ist denn die Perspektive oder wo wird das aufgefangen oder wie gehen wir damit um.

**Frau Dr. Prütting:**

Zum Thema Unterversorgung hatte ich ausgeführt, dass sie zu bejahen ist, wenn der Versorgungsgrad unter 75 % liegt. Ich hatte die Zahlen genannt. Wir kämpfen in der Tat mit der Schwierigkeit, dass die Bereiche, die ich zitiert hatte, um diese Grenze herumspielen. D. h. sie haben jetzt noch keine Unterversorgung, aber sie sind nahe dran und durch die Entwicklung, dass sehr viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen werden, wird die Gefahr konkreter. Hier versuchen die Kassenärztlichen Vereinigungen, eine andere Regelung zu finden. Sie haben z. B. Modelle, bei denen sie eine Zweitpraxis zulassen, damit die Nachfrage zu bestimmten Sprechzeiten bedient werden kann. Soviel zur ambulanten Versorgung. Die Krankenhäuser sind noch wohnortnah vorhanden. Insofern, denke ich, ist die Situation im Augenblick schwierig, aber noch nicht so dramatisch zugespitzt, dass alle um die Versorgung fürchten müssen. Mit genau den Instrumenten, die wir vorhin andiskutiert haben und zu denen wir noch weitere finden müssen, müssen wir versuchen, die Zukunft zu gestalten.

**Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:**

Danke Frau Dr. Prütting. Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen mehr, dann könnten wir diesen Tagesordnungspunkt abschließen. Ich bedanke mich ausdrücklich, nicht nur für Ihren Vortrag, sondern für die sehr ausführliche Diskussion, die besonders sachbetont verlaufen ist. Ich denke, Sie werden aber auch mitnehmen, dass wir in der Region erhebliche Sorgen haben in Bezug auf die Zukunft des Gesundheitsversorgungssystems mit den unterschiedlichen Facetten, die heute angesprochen worden sind, und ich könnte mir sehr wohl vorstellen – auch aufgrund Ihres Hinweises auf die regionale und regionalpolitische Interessenlage, die Sie durchaus akzeptieren können – dass dieses Thema eine Wiedervorlage im Regionalrat erfahren wird zu gegebener Zeit, nicht monatlich, aber sicherlich spätestens im nächsten Jahr. Herzlichen Dank für Ihre Anwesenheit, gute Rückfahrt ohne Stau und frohes Schaffen!