

1. Eine gute Gesundheitsversorgung hat sich an den Bedürfnissen der Patient:innen zu orientieren. Dies kann nur durch eine gute Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) erreicht werden. Denn Gesundheitsversorgung ist keine Ware, sondern ein elementarer Teil der am Menschen auszurichtenden Daseinsvor- und -fürsorge! Dies beinhaltet insbesondere, dass sie patientenorientiert, barrierefrei und selbsthilfefreundlich zu sein hat.

Teilen sie die oben genannten Grundsätze und werden Sie Ihre Politik daran ausrichten?

Sind Sie bereit, ein Sonderinvestitionsprogramm zur zügigen Herstellung der Barrierefreiheit an allen Kliniken aufzusetzen?

Was wollen Sie konkret unternehmen, um die Gesundheitsversorgung selbsthilfefreundlich zu gestalten?

Antwort: *Als Notfallsanitäter und somit Teil unseres Gesundheitswesens, teile ich die genannten Grundsätze. Gesundheit ist keine Ware und hat keinen Preis. Davon getrennt ist das Gesundheitssystem aber von endlichen Ressourcen abhängig und muss durch uns, die Gesellschaft, finanziert werden. Der optimale Einsatz der Ressourcen beinhaltet unter anderem die Orientierung auf die Patient*innen, den einfachen Zugang zur Gesundheitsfürsorge (unter dem die Barrierefreiheit fällt). Die Patient*innen selbst haben das größte Interesse an der eigenen Gesundheit. Die Kompetenz der Patient*innen hin zu einer Mündigkeit zu entwickeln ist deshalb ein wichtiger Baustein einer optimalen Patientenversorgung. Letztendlich haben gut informierte Patient*innen die Möglichkeit einen Krankheitsverlauf oder das Entstehen von Krankheiten auch außerhalb des Gesundheitssystems eigenverantwortlich positiv zu beeinflussen. Durch Studien ist belegt, dass informierte Patient*innen bessere Therapieergebnisse zeigen als uninformierte. Dies unterstützte ich.*

Barrierefreiheit, vor allem im Gesundheitswesen, ist ein wichtiges Thema. Denn dies ermöglicht die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für alle Menschen. Der Fortschritt in diesem Bereich ist im allgemeinen und im speziellen im Gesundheitswesen nur langsam. Die Kassenärztlichen Vereinigungen muss zwar Listen mit barrierefreien Praxen zur Verfügung stellen, in 2019 waren aber (nach Angaben der KV) nur 25% der Praxen teilweise und 28% der Praxen vollständig barrierefrei. Das ist entschieden zu wenig. Zum Prozentsatz der barrierefreien Krankenhäuser gibt es keine belastbaren Zahlen, der Anteil ist aber mit Sicherheit deutlich größer als bei den Arztpraxen (ich schätze bei Akutkrankenhäuser über 90% - zumindest teilweise). Eine gesonderte Finanzierung des barrierefreien Ausbaus in Gesundheitseinrichtungen bestraft die, welche schon umgebaut haben und belohnt die Untätigen, welche jetzt zusätzliches Geld zum Umbau erhalten. Die Bereitstellung eines barrierefreien Angebots liegt in der Verantwortung der Träger von Gesundheitseinrichtungen und sollte gesetzlich mit Fristen und ggf. Sanktionen belegt werden. Zusätzlich benötigt wird eine Erfassung des aktuellen Status auf Einrichtungs-Ebene, welche auch die Art der Barrierefreiheit erfasst, welche abhängig von der Art der Behinderung (kognitiv, sensorisch oder motorisch).

Ich halte Ehrlichkeit für eine wichtige Charaktereigenschaft. Zum Thema Selbsthilfegruppen/Selbsthilfefreundlichkeit fehlt es mir einfach an Expertise um zu diesem Thema etwas Konkretes aber auch Gutes vorschlagen zu können. Ich bin aber jederzeit

bereit, mich in dieses Thema einzuarbeiten, die dortigen Probleme zu erörtern und mögliche Lösungsansätze zu besprechen.

2. Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist nur dann gewährleistet, wenn es - außer einigen wenigen Schwerpunktzentren z.B. für Opfer von Verbrennungen - eine Versorgung mit Kliniken gibt, die streng an die Kriterien wohnortnah und bedarfsorientiert insbesondere für die Erstversorgung ausgerichtet ist. Leider erleben wir stattdessen, dass in den letzten 10 Jahren in unserer Region eine Reihe von Schließungen insbesondere in der Fläche erfolgt sind, die diese Kriterien verletzen. So ist beispielsweise am 01.02.2021 die Geburtsstation an der GFO Klinik Bad Honnef geschlossen worden. Dies bedeutet, dass Frauen, die im östlichen Rhein-Sieg-Kreis schwanger sind oder werden, oft mehr als 40 Minuten bis zur nächsten Geburtstation brauchen. Damit werden im schlimmsten Fall das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind aufs Spiel gesetzt.

Aber auch im Bereich der vergleichsweise noch gut mit (Geburts)Kliniken ausgestatteten Stadt Bonn ist es aufgrund von Kapazitätsengpässen wiederholt zu Problemen gekommen, wenn Patienten durch den Rettungsdienst eingeliefert werden sollten. Nur beispielhaft steht hierfür der Fall einer Schwangeren, die fünf Stunden auf ein freies Bett warten musste. (Generalanzeiger Bonn 11.02.2022)

Wir fordern daher eine intensive Analyse und ausreichend Zeit für Beratung, um einen am Bedarf der Menschen orientierten Krankenhausplan NRW zu erstellen. Dies muss unter breiter Beteiligung aller Betroffenen erfolgen. Vorher darf es keine Umsetzungsschritte oder Festlegungen geben!

Wir fordern den Erhalt aller Kliniken, solange eine solche Analyse nicht vorliegt.

Sind Sie bereit, den Gebietskörperschaften, Kommunen, Kreisen, Beschäftigten- und Patientenvertretungen eine entscheidende Rolle bei der Erarbeitung und Beschlussfassung der regionalen Krankenhauskapazitäten, Vorhaltungen und Kriterien zu geben? Und sind Sie bereit das NRW Krankenhausgesetz in diesem Sinne zu verändern?

Sind Sie bereit, allen Trägern, einheitliche Rahmenbedingungen und kontinuierlich zu verbessernde Mindestqualitätsstandards insbesondere hinsichtlich Tarifbindung und Personalvorhaltung bei Mutter- wie Tochtergesellschaften vorzuschreiben?

Sind Sie bereit bis zur Erstellung eines unter breiter Beteiligung zustande gekommenen Krankenhausplans ein sofortiges Moratorium für die Schließung von Kliniken oder Abteilungen zu beschließen und eine wie im Rhein-Sieg-Kreis aufgezeigte Fehlentwicklung, wo die wohnortnahe Versorgung nicht mehr gewährleistet ist, umgehend zu korrigieren?

Was wollen Sie tun, um solche Situationen, wie den Fall der schwangeren Mutter in Bonn, dauerhaft zu verhindern?

Antwort: *Die Bedarfsplanung der Krankenversorgung ist sehr komplex. Nicht zuletzt, da das deutsche Gesundheitswesen an sich sehr komplex ist. Grundsätzlich lässt es sich sagen, dass es einen evidenzbasierten und bedarfsorientierten Krankenhausbedarfsplan geben*

muss. In der Umsetzung diesen darf nur allein der Bedarf eine Rolle spielen und keine finanziellen Interessen.

Nun ist es kein Geheimnis, dass Krankenhäuser äußerst lukrative Leistungen anbieten um sich finanziell abzusichern. Auch wenn die Fallzahlen in dem Haus relativ gering sind. Daher ergibt sich vor allem in Ballungsgebieten für bestimmte Leistungsbereiche eine Überversorgung. Im Gegensatz im ländlichen Gebieten, wo Krankenhäuser aufgrund des finanziellen Druckes schließen müssen. Diese verursachenden Probleme liegen tief in unserem Gesundheitssystem. Eine Reform an nur einzelnen Stellen halte ich nicht für sinnvoll. Zu mal in der aktuellen Diskussion steht ob das Gesundheitssystem überhaupt reformierbar ist oder es nicht von Grund auf neu gestaltet werden muss.

*Die Frage nach gesetzlichen Tarifbindungen betrifft ein allgemeines Merkmal der freien Marktwirtschaft, welches einem Eigentümer eines Unternehmens gestattet auf dem Arbeitsmarkt interessierte Mitarbeiter*innen zu einem frei zu vereinbarem Lohn zu beschäftigen. Es würde einen tiefen Eingriff in die Struktur unserer Wirtschaft bedürfen, um dies im Sinne Ihrer Frage über den gesetzlichen Mindestlohn hinaus zu ändern. Die Frage der Tarife und Personalvorhaltung zu lösen liegt vor allem bei den Arbeitnehmer*innen, welche sich in Gewerkschaften zusammenschließen können um ihre Interessen gegenüber dem Arbeitgeber durchzusetzen. In der Pflege muss hier durch die Krankenhäuser auch die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten werden. Perspektivisch möchte ich die Pflegepersonal-Reglung 2.0 etablieren.*

In Deutschland müssen die Krankenhäuser ihre Qualität sichern und verbessern. Überwacht werden diese Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch den Gemeinsamen Bundesausschuss welcher das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Qualitätssicherung (QS) beauftragt hat. Im Jahr 2018 wurden 2,5 Millionen QS Datensätze zu den 221 definierten Qualitätsindizes analysiert. Das Werkzeug ist also vorhanden, welche Qualitätsstandards hier noch fehlen ist eine detaillierte Diskussion wert.

Ich sehe den Bedarf unser Gesundheitswesen komplett neu auszurichten. Daher halte ich ein Moratorium, dass erstmal den Status Quo erhält für sinnvoll um nicht einfach Tatsachen zu schaffen. Dies muss selbstverständlich mit allen Beteiligten geschehen und noch viel wichtiger zusammen mit den anderen Bundesländern auf Bundesebene angegangen werden. In einer Neugestaltung unseres Gesundheitswesens können wir uns die Niederlande oder Dänemark zum Vorbild nehmen. Die nicht nur ihre Krankenhauslandschaft neu gestaltet haben, sondern auch zeitgleich den ambulanten Sektor viel besser verzahnt haben mit dem stationären Sektor.

Der Fall der schwangeren Frau zeigt deutlich ein Problem in unserem System auf: Den Personalmangel. Hier müssen wir ehrlich konstatieren, dass wir diesen (ebenso wie in der Pflege) nicht von heute auf morgen lösen. Kurzfristige Maßnahmen wären aber die Leistungen der Geburtshilfe besser zu finanzieren. Mittelfristig die Qualität der Ausbildung zu steigern. Beispielsweise durch moderne und gut ausgestattete Skill-Labs. Deutschland ist hier deutlich unter seinen Möglichkeiten. Langfristig brauchen wir den oben beschriebenen Strukturwandel im Gesundheitswesen um die Berufe in diesem Feld wieder attraktiv zu machen.

3. Eine vernünftige und qualitativ hochwertige am Menschen orientierte Versorgung ist nur dann gewährleistet, wenn an den heutigen medizinischen Standards ausgerichtete Krankenhausgebäude bereitstehen und eine dementsprechende Ausstattung an medizinischen Apparaten vorhanden ist. Der Bau, die Modernisierung oder der Umbau von allen Krankenhausgebäuden - unter Berücksichtigung ökologischer Kriterien - sowie deren Ausstattung nach dem neuesten Stand medizinischer Forschung ist gesetzlich geregelte Verpflichtung des Landes NRW!

Diese erfordert eine volle Finanzierung durch das Land NRW.

Sind Sie bereit dieser gesetzlichen Verpflichtung einer vollständigen Refinanzierung der Investitionskosten durch das Land NRW nachzukommen und die oben angeführten und seitens des RWI genannten Kriterien einzuhalten?

Sind Sie bereit ein Sonderprogramm zur Behebung des gesamten Investitionsstaus von über ca. 13,8 Mrd. € (2019) zu beschließen und bis zum Ende der kommenden Legislaturperiode (2022-2026) umzusetzen? (RWI: Investitionsbarometer NRW Januar 2022)

Antwort: Die Antwort zu beiden Fragestellungen hierzu kann ich kurz und knapp mit Ja beantworten. Das Land NRW kam seiner gesetzlichen Verpflichtung die letzten Jahre nicht nach. Daher ist es zwingend notwendig wieder in unsere Krankenhäuser zu investieren um die bestmögliche Versorgung zu garantieren und Aufenthaltsspiralen entgegenzuwirken.

Zu bemerken ist aber, dass das RWI durch die Krankenhausgesellschaft beauftragt wurde. Für die Krankenhausgesellschaft ist es umso besser je höher der ermittelte Fehlbetrag ausfällt, da sie dann eine bessere finanzielle Ausstattung einfordern kann. In dem Bericht wird einer Förderlücke von 1,228 Mrd. nach Annahme des RWI ausgewiesen. Der gesamte Investitionsstau wird mit etwa 13,8 Mrd. EUR angegeben. Eine im Vergleich zum Haushalt des Landes NRW (81,923 Mrd EUR) geradezu hohe Summe, welche durch das Land nicht ansatzweise finanzierbar wäre. Der Investitionsstau bei den Krankenhäuser existiert. Keine Frage. Dieser hat sich in den Jahren nach der Einführung des DRG entwickelt und kann schnell nicht beseitigt werden. Eine "Gießkanne" wäre hier ein nicht kosteneffizientes Mittel. Aber für die Investitionskosten aufzukommen, sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet und diese haben ihre Investitionen kontinuierlich zurückgefahren. Daher müssen diesen diese wieder erhöht werden. Wie und in welchem Umfang muss in einer tiefgreifenden Diskussion stattfinden.

4. Ohne eine gute Personalsituation im Krankenhausteam (U.a. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Medizinisch-technisches Personal, Sozialdienst, Küchenpersonal, Servicekräfte, Reinigungskräfte u.v.m.) ist eine hochwertige Versorgung von Patienten nicht möglich. Gute Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten sind nicht nur DER Schlüssel für die Sicherstellung der Versorgung von Patienten, sondern auch dafür, dass sich eine steigende und notwendige Anzahl an Personen bereit findet, sich in diesem dem Menschen dienenden Arbeitsbereich ausbilden und kontinuierlich weiter qualifizieren zu lassen. Nur durch qualitativ hochwertige Arbeitsbedingungen (insbesondere Entlastung durch mehr Personal und eine gute Bezahlung) lässt sich dem Trend, diesen Arbeitsbereich zu

verlassen, entgegenwirken und die Bereitschaft wecken, eine solche Tätigkeit wieder aufzunehmen.

Sind sie bereit, eine gesetzliche Personalbemessung aktiv zu befördern und sie entweder mit hoher Priorität über eine konkurrierende Landesgesetzgebung umzusetzen oder ggf. über eine Bundesratsinitiative auf den Weg zu bringen?

Sind Sie bereit im Bundesrat die Bemessung über eine PPR 2.0 zu unterstützen?

Sind Sie bereit, einen Entschließungsantrag zu unterstützen, der die Tarifpartner auffordert in konstruktive Tarifverhandlungen zu einem "Tarifvertrag Entlastung" an den sechs Unikliniken des Landes NRW einzutreten?

Antwort: *Ich und Volt NRW befürworten unbedingt eine bedarfsorientierte und individuelle Personalbemessung. Die aktuell vorhandenen Personaluntergrenzen decken nur einen kleinen Teil des Versorgungsspektrums ab. Zusätzlich hat jeder Bereich seine ganz eigenen Bedürfnissen und Erforderlichkeiten. Daher müssen die Bedarfe individuell für die einzelnen Leistungsbereiche ermittelt werden und gesetzlich verankert werden. Grundsätzlich wünsche mir dazu eine bundeseinheitliche Lösung und werde diese auch favorisieren. Sollte auf Bundesebene es aber nicht zu einer Entscheidung kommen, ist es sicherlich denkbar diese Regelung nur für NRW einzuführen.*

In diesem Sinne unterstütze ich die PPR 2.0. An der Stelle muss aber auch gesagt werden, dass die PPR 2.0 nicht zwangsläufig die Personalnot lösen können wird. Sicherlich werden die Arbeitsbedingungen dadurch verbessert und eventuell könnten ausgestiegene Pflegekräfte wieder zurück in den Beruf kommen. Daher es ist nicht nur wichtig die Pflege durch Personalstandards zu verbessern sondern auch allgemein die Qualität. Zum einen die Studienplätze für das Studium Pflege erhöhen und zu anderem auch infrastrukturell (s.o. moderne Skill-Labs).

In unserem Landtagswahlprogramm fordern wir ausdrücklich Entlastungstarifverträge für die Unikliniken in NRW.

5. Gesundheit und die Behandlung von kranken und beeinträchtigten Menschen haben sich ausschließlich an den Bedürfnissen dieser zu orientieren. Gesundheit ist eben keine Ware, sondern Teil der Daseinsvor- und -fürsorge. Die Privatisierung und Kommerzialisierung von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen zu Gunsten der Profite einiger weniger und zu Lasten von Menschen, Patienten und Mitarbeiter:innen ist eine Fehlentwicklung und verstößt gegen das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, da die Profite nicht für die Gesundheit bzw. Wiederherstellung von Gesundheit verwendet werden. Wir brauchen daher eine Wiederherstellung eines am Gemeinwohl orientierten Gesundheitswesens.

Werden Sie sich dafür einsetzen, dass das Land NRW eine Bundesratsinitiative startet, um eine gemeinwohlorientierte Versorgung mit Kliniken und Rehaeinrichtungen ohne Profite sicher zu stellen?

Werden Sie das bis 1985 geltende Gewinnverbot bei den Krankenhäusern wieder einführen?

Antwort: *Gute Patient*innenversorgung in Krankenhäusern darf nicht vom Druck der Wirtschaftlichkeit des jeweiligen Krankenhauses abhängen, vielmehr müssen bedarfsorientierte Versorgung, Prävention und die Befähigung zur Selbsthilfe wieder in den Vordergrund gerückt werden und entsprechend finanziert werden.*

Um ein Gewinnverbot in Krankenhäusern einzuführen, bedarf es möglicherweise der Rückführung privater Einrichtungen in die öffentliche Hand, dies könnte sich schwierig gestalten. Daher wäre die Lösung interessant, dass Krankenhäuser als gemeinnützige GmbH geführt werden müssen. Das heißt Gewinne müssen automatisch wieder zurück in das Krankenhaus fließen.

6. Fallpauschalen orientieren sich nicht an dem individuellen Bedarf des Menschen bzw. Patienten. Dies allein ist der Maßstab, an dem sich ein Gesundheitswesen zu orientieren hat.

Die Einführung der Fallpauschalen (DRG) wurde mit zwei Mythen begründet: der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der langen Liegedauern. Das Ziel der Kostenreduktion hat das DRG System nicht erfüllt, die Zahl der Fälle ist gestiegen. Liegedauern sind unabhängig von der Finanzierung stetig gesunken, es gab gemessen am BIP nie eine Kostenexplosion. Dafür gab es einerseits Unterversorgung an vielen Stellen, andererseits unnötige Behandlungen, wo Profite winkten.

Werden Sie sich dafür einsetzen, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Abschaffung der Fallpauschalen und der Schaffung eines bedarfsorientierten Finanzierungssystems, zu unterstützen oder in Gang zu bringen?

Antwort: *Ich und Volt werden sich für eine neue Krankenhausfinanzierung einsetzen. Wichtig ist uns aber eine ganzheitliche Betrachtung. Das heißt, wenn wir das DRG-System durch ein anderes Finanzierungsinstrument ersetzen, soll ganzheitlich gedacht werden. Das bedeutet eine einheitliche Finanzierung über die Sektorengrenzen hinweg. Gleiches Geld für die gleiche Leistung. Dementsprechend favorisieren wir eine Lösung die den ambulanten, stationären und teilstationären Sektor zusammen denkt.*