

**Rede
des sozial- und gesundheitspolitischen Sprechers**

Uwe Schwarz, MdL

zu TOP Nr. 11

Besprechung

**Bericht der Enquetekommission „Sicherstellung der
ambulanten und stationären medizinischen
Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ
hochwertige und wohnortnahe medizinische
Versorgung“**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU – Drs.
18/2012

während der Plenarsitzung vom 16.03.2021
im Niedersächsischen Landtag

Es gilt das gesprochene Wort.

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Das wird gerade unter Corona wieder sehr eindrücklich unter Beweis gestellt. Dennoch ist dieses geprägt durch ein gleichzeitiges Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung, durch unterschiedliche Zuständigkeiten und Kostenträger und von extrem unterschiedlichen Interessenlagen und scheinbar unüberwindbaren Sektoren. Nicht umsonst spricht man hin und wieder auch vom Haifischbecken Gesundheitspolitik.

Die Liste der Probleme ist in den letzten Jahren immer länger und die Mangelverwaltung immer offenkundiger geworden. Daher war der Auftrag an die Enquetekommission ein wirklicher Kraftakt. Eine vergleichbare Enquetekommission hat es bisher in keinem Bundesland gegeben.

Im Vordergrund sollte die Erarbeitung von Lösungsansätze im Gestaltungs- und Ermessensbereich des Landes und unserer niedersächsischen Kommunen stehen. Ich finde, diesen Auftrag haben wir mit viel fachlicher und wissenschaftlicher Unterstützung erfüllt. Deshalb auch von mir der herzliche Dank an alle Mitstreiterinnen und Mitstreiter in dieser Enquetekommission!

Der vorliegende Bericht ist bewusst sehr detailliert und kleingliedrig, aber dennoch auch für Nichtfachleute gut lesbar.

Die Zusammensetzung der Enquetekommission war nach unserer Auffassung richtig, am Anfang durchaus etwas ruckelig, was auch etwas damit zu tun hatte, dass sich viele Akteure aus anderen Rollen kannten. Manchmal hatte man das Gefühl, dass man unmittelbar zwischen die Fronten der Budgetverhandlungen geraten ist. Oder aber besser: Politik traf Wirklichkeit.

Ich finde, dass Petra Joumaah recht hat: Corona hat dann diese Enquetekommission positiv befeuert. Plötzlich waren Pragmatismus und schnelles Handeln gefordert, insbesondere wenn es um die Themen wie Digitalisierung oder ÖGD ging.

Corona - ich glaube, das ist schnell deutlich geworden - war für Deutschland ein Überraschungs-akt. Deutschland war auf eine Pandemie nicht vorbereitet, auch nicht im Gesundheitswesen. Unser öffentlicher Gesundheitsdienst, das Gesundheitsamt, war allenfalls Älteren noch ein Begriff. Aber plötzlich stand der ÖGD im Mittelpunkt der Pandemiebekämpfung, wobei er bis heute Großartiges leistet. Nach der Pandemie darf das nicht vergessen werden.

Wir sind der Auffassung, dass die zukünftigen Anforderungen und Aufgabenstellungen für den ÖGD konkretisiert werden müssen, dass die

Aufgaben, Standards und Gesundheitsziele definiert werden müssen und dass die digitale Kommunikation zwischen den Gesundheitsbehörden deutlich verbessert werden muss. Wir brauchen eine dauerhafte Personalaufstockung sowie den Auf- und Ausbau von flexiblen Einheiten zur schnellen personellen Unterstützung im Krisenfall.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben noch nie so viele Ärzte in Deutschland gehabt. Trotzdem gestaltet sich insbesondere in ländlichen Regionen die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung zunehmend schwieriger. Personalengpässe zeichnen sich in allen Leistungsbereichen ab.

Gesetzlich mögliche Ambulantisierungspotenziale werden erkennbar nicht ausgeschöpft. Dies führt zu einer Kannibalisierung von Beschäftigten innerhalb des Gesundheitswesens mit Fangprämien im zum Teil fünfstelligen Bereich. Zu einer Verbesserung der Versorgung führt dies allerdings nicht. Die Konsequenz daraus ist: Wir müssen unsere Ressourcen besser nutzen und einteilen.

Dazu gehört vor allem die Infragestellung der sogenannten doppelten Facharztschiene. Es ist eine ungeheure Vergeudung von personellen Ressourcen und auch von Geld, wenn die gleiche Facharzttrichtung sowohl ambulant als auch stationär vorhanden ist bzw. wenn die im Krankenhaus tätige Ärztin oder der Arzt ambulante Patienten nicht behandeln darf. Hier können wir, glaube ich, sehr viel von den Niederländern lernen.

Die Enquetekommission fordert ferner die Einführung einer Landarzt- bzw. Hausarztquote, die Förderung von Weiterbildungsstellen an Krankenhäusern, die Ausweitung der Übertragung ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen sowie die Ausnutzung der bereits vorhandenen Delegationsmöglichkeiten durch Modelle im Land, darüber hinaus die Stärkung der landesweit über 30 Gesundheitsregionen.

„Die Enquetekommission setzt sich für eine Konzentration spezialisierter Versorgungsleistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung ein.“

In diesem Satz der Präambel steckt sehr viel drin.

Unsere Bettendichte lag 2017 bei 6 Krankenhausbetten auf 1.000 Einwohner, mit den Reha-Betten sogar bei 8 Betten auf 1.000 Einwohner. Das ist doppelt so viel wie im OECD-Durchschnitt mit 4,7 Betten auf 1.000 Einwohner. Vergleicht man jedoch die Personalausstattung in den Krankenhäusern, dann stellt man fest, dass Deutschland mit 2,4 Ärzten und 5,6 Pflegekräften auf 1.000 Einwohner nur

Durchschnitt ist. Das heißt, wir haben zwar viele Betten, aber dafür zu wenig Personal. Das geht in der Konsequenz auf die Qualität.

Ich kenne das Argument, welches wir in den letzten Monaten sehr oft gehört haben: Corona hat deutlich gemacht, wie wichtig viele, auch gerade kleine Krankenhäuser sind.

Solche Aussagen sind emotional nachvollziehbar. Sachlich zutreffend sind sie nicht. Das hat die Enquetekommission deutlich gemacht. Ein Drittel unserer Krankenhäuser hat überhaupt keine Corona-Patienten behandelt, weil sie dazu weder personell noch technisch, geschweige denn intensivmedizinisch in der Lage gewesen sind. Die meisten Corona-Patienten wurden in Schwerpunktkrankenhäusern oder Fachkrankenhäusern behandelt, und das ist lediglich ein Drittel unserer Krankenhäuser.

Corona ist also gerade *nicht* ein Beispiel für die Beibehaltung der gegenwärtigen Krankenhaus-Struktur, sondern ein wichtiger Hinweis für eine überfällige Neuausrichtung unserer Krankenhausstruktur. Das setzt voraus, dass wir einen gestärkten ambulanten Sektor haben, der den Krankenhäusern den Rücken freihält, damit sich diese auf die Behandlung schwerer und schwerstkranker Fälle konzentrieren können.

Wir brauchen eine gezielte Krankenhausbehandlung mit besser ausgestatteten und leistungsfähigeren Krankenhäusern: eine Konzentration von speziellen Versorgungsleistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung. Anstelle von angstausslösenden Schließungsdebatten soll es zur Verbesserung und Sicherung der wohnortnahen Versorgung sogenannte regionale Gesundheitszentren geben, die ebenfalls eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung gewährleisten. Mein Kollege Volker Meyer wird darauf noch näher eingehen.

Zukünftig soll es acht statt vier Versorgungsregionen geben, also deutlich kleinräumiger. Wir wollen die Versorgung in drei Versorgungsstufen einteilen: Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie Fachkliniken, Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung und Krankenhäuser der Maximalversorgung. Die Enquetekommission hat sehr detailliert beschrieben, welche Voraussetzungen für die jeweiligen Stufen gelten sollen. Unterm Strich führt das zu sieben Maximalversorgern in Niedersachsen - anstelle von heute zwei; das sind nämlich lediglich die beiden Universitätskliniken. Dieses Kommissionsergebnis ist, um es deutlich zu sagen, ein wirklicher Durchbruch, weil dies jahrelang auf den offiziellen Verhandlungsebenen nicht geeint werden konnte.

Wir haben uns darüber hinaus auch in diesem Bereich mit Corona beschäftigt. Hier ist deutlich geworden, dass pandemische Lagen bisher weder in der Krankenhausplanung noch in der Krankenhausbauplanung berücksichtigt werden. Dies muss sich zukünftig ändern. Das fängt an beim gestuften Hochfahren von Reservekrankenhäusern, bis zu klaren Regelungen zur Beschaffung und Bevorratung von Schutzausrüstung, Medikamenten und anderen krisenrelevanten Materialien durch eine zentrale Stelle. Das ist übrigens deckungsgleich mit dem ambulanten Bereich.

Wir haben uns überdies mit Vorschlägen zur Personalgewinnung im medizinischen und pflegerischen Bereich beschäftigt, beispielsweise mit der Rückgewinnung von Personal in seine ländlichen Heimatregionen oder mit der Schaffung von Beschäftigten-Pools für mehrere Krankenhäuser, anstatt sich gegenseitig das Personal abzuwerben. Diese Idee haben wir übrigens auch aus der Uni Groningen in den Niederlanden mitgebracht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es kann auch unsere Auffassung nicht sein, dass örtlich lokal begrenzte Initiativen über so zentrale Fragen wie Krankenhausversorgung und Rettungsdienststruktur und damit über Menschenleben entscheiden können.

Krankenhaus- und Rettungsdienststrukturen sind unverzichtbarer Bestandteil der staatlichen Vorsorge, und deshalb müssen diese von Bürgerbegehren nach § 32 NKomVG ausgeschlossen werden.

Wir haben uns natürlich auch über die Finanzierung unterhalten. Auch dies ist ausgiebig dargelegt. Wir schlagen die Fortführung des Strukturfonds auf Bundesebene vor. Aber wir benötigen auch eine Erhöhung der jährlichen Krankenhausinvestitionsmittel und die Errichtung eines landesweiten Strukturfonds, wenn wir zu Strukturverbesserungen kommen wollen.

Ich habe diese These oft vertreten - ich sage es auch heute; ich finde, die Enquetekommission hat dies deutlich gemacht; es steht auch in der Präambel -: Gesundheit ist nach meiner festen Überzeugung keine Ware. Sie darf nicht der weiteren Ökonomisierung und Kommerzialisierung ausgesetzt werden. So steht es in der Präambel.

Die Rolle des Staates, einschließlich der Kommunen, im Gesundheitswesen muss dringend nachhaltig gestärkt werden. Unsere Enquetekommission hat sich bemüht, bei ihren Vorschlägen vom Patienten her zu denken. Und ich glaube, dies ist uns weitgehend gelungen. Die kleine Anzahl von Minderheitsvoten macht deutlich, dass sich jede und jeder von uns aus politischer, ideologischer oder verbandlicher Sicht durchaus im Einzelnen andere, ja vielleicht sogar bessere

Lösungsvorschläge hätte vorstellen können. Hätten wir dies versucht, wäre diese Enquetekommission gescheitert.

Unser konsensorientierter Ansatz mit schätzungsweise 95 Prozent Übereinstimmung war uns wichtig, und er war richtig. Der einstimmige Beschluss am Ende dieses Beratungsprozesses ist, wie ich finde, ein großartiges Ergebnis, auf das alle Beteiligten zu Recht stolz sein können. Der Abschlussbericht sollte und darf nicht als Dokument der Zeitgeschichte abgeheftet werden, sondern es ist, wie ich finde, unsere gemeinsame Verpflichtung, die jetzt erzielten Ergebnisse im Parlament und am Verhandlungstisch zügig anzugehen und umzusetzen. Wenn uns das gelingt, dann hat sich diese Arbeit gelohnt.

Dafür noch einmal herzlichen Dank.