



Sitzungsperiode: 2017-2018
Datum: 25. Oktober 2017

**RESOLUTIONSVORSCHLAG AN DIE FÖDERALREGIERUNG UND DIE REGIERUNG
DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT BEZÜGLICH DER KÜNFTIGEN
ABSICHERUNG DER KRANKENHAUSSTANDORTE IN DER
DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT**

B E R I C H T

**Berichterstatter im Namen des Ausschusses IV für Gesundheit und Soziales:
Herr C. SERVATY**

Siehe Dokumente 193 (2016-2017) Nr. 1 und 193 (2017-2018) Nr. 2.

An den Sitzungen nahmen teil die Damen und Herren:

M. BALTER (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 04.10., 11.10.2017), F. CREMER (04.10.2017),
P. CREUTZ-VILVOYE (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 04.10., 11.10., 18.10., 25.10.2017),
J. FRANSSSEN (04.10.2017), E. JADIN (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 04.10., 11.10., 18.10.2017),
L. KLINKENBERG (06.09., 27.09., 11.10.2017) A. MOCKEL (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 04.10.,
11.10., 18.10., 25.10.2017), R. NELLES (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 11.10., 18.10.,
25.10.2017), W. REUTER (25.10.2017) L. SCHOLZEN (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 04.10.,
11.10., 18.10., 25.10.2017), C. SERVATY (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 04.10., 11.10., 18.10.,
25.10.2017), A. VELZ (20.09., 18.10.2017)
sowie Minister A. ANTONIADIS (06.09., 13.09., 20.09., 27.09., 04.10., 11.10., 18.10.,
25.10.2017).

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Frau Ministerin, sehr geehrte Herren Minister!
Werte Kolleginnen und Kollegen!

In mehreren Sitzungen behandelte der Ausschuss IV für Gesundheit und Soziales den Resolutionsvorschlag an die Föderalregierung und die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft bezüglich der künftigen Absicherung der Krankenhausstandorte in der Deutschsprachigen Gemeinschaft – Dokument 193 (2016-2017) Nr. 1.

Im Ausschuss wurde ein Abänderungsvorschlag hinterlegt – Dokument 193 (2017-2018) Nr. 2.

Zum Resolutionsvorschlag angehört wurden die Direktionen der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (20. September 2017).

I. VORSTELLUNG DES RESOLUTIONSVORSCHLAGS

Ein Mitautor stellte den Resolutionsvorschlag in der Arbeitssitzung vom 6. September 2017 vor.

Er erklärte, der Resolutionsvorschlag sei in Fortführung der Resolution des Parlaments der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 24. Februar 2014 an die Föderalregierung und die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft bezüglich der Forderung einer Regelung zur Grundfinanzierung von kleineren Krankenhäusern in ländlichen Gebieten, insbesondere im Gebiet deutscher Sprache, zu betrachten.¹ In dieser Resolution habe sich das Parlament dazu verpflichtet, im Rahmen seiner Möglichkeiten und gemeinsam mit der Regierung sowie im Dialog mit den beiden Krankenhausstandorten und dem gesamten Gesundheitssektor an einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger der Deutschsprachigen Gemeinschaft mitzuarbeiten.

Seit der Verabschiedung dieser Resolution und seit Beginn der laufenden Legislaturperiode 2014-2019 sei auf Ebene der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft einiges in Bewegung gekommen. Er verweise diesbezüglich u. a. auf die nach einem Auswahlverfahren eingegangene Partnerschaft der beiden Häuser mit dem Krankenhausverbund *Centre Hospitalier Chrétien* (CHC), die im Rahmen der von der Regierung erstellten Krankenhausvision 2025 erfolgt sei, oder auf die nunmehr durch die *Zorginspectie*, dem Inspektionsdienst der Flämischen Gemeinschaft, erfolgenden Inspektionen der beiden Einrichtungen, die zu Empfehlungen zur weiteren Qualitätssicherung und zu damit korrespondierenden Umsetzungsplänen, die kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen enthielten, geführt hätten.

Zudem habe die Deutschsprachige Gemeinschaft im Zuge der sechsten Staatsreform weitreichende Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich erhalten, die auch die Krankenhäuser betreffen. Konkret handle es sich um die Bezuschussung der gesamten Infrastruktur, der Ausstattung und der großen Unterhaltsarbeiten der Krankenhäuser, der Anerkennung von Normen – im Architektur-, Funktions-, Personal- und Qualitätsbereich – sowie der möglichen Umwandlung von Akutbetten in den Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin in Langzeitpflegebetten.

All dies habe für die Deutschsprachige Gemeinschaft zwangsläufig eine größere Verantwortung betreffend die Entwicklung der beiden Krankenhausstandorte zur Folge.

Hinzu komme die von der föderalen Gesundheitsministerin initiierte Gesundheitsreform, deren Umsetzung erhebliche Konsequenzen für die medizinische Versorgung und die damit einhergehenden Strukturen haben werde. In einer auf den 18. Mai 2017 datierten

¹ Siehe Dokument 178 (2012-2013) Nr. 1 und Dokumente 178 (2013-2014) Nrn. 2 bis 4.

vertraulichen Note mit dem Titel „Krankenhausnetzwerke in einer erneuerten Krankenhauslandschaft“ lege die Föderalministerin ein Konzept zur Schaffung von Krankenhausnetzwerken dar.

Über die definitive Ausgestaltung der Krankenhausreform würden die Gliedstaaten und die Krankenhäuser detailliert allerdings erst in den kommenden Monaten informiert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt stehe allerdings schon fest, dass es einen Bettenabbau geben werde und dass die Krankenhäuser auf insgesamt 25 lokoregionale Netzwerke, die geografisch kohärent sein und eine Bevölkerung von jeweils 400.000 bis 500.000 Personen abdecken sollten, verteilt würden. Die Zukunft der beiden hiesigen Krankenhäuser bei Verwirklichung der Pläne sei im Rahmen der Regierungskontrolle vom 7. Juni 2017 bereits in Form einer mündlichen Frage thematisiert worden.

Oberstes Ziel, so der Mitautor, müsse es sein, der Bevölkerung in den beiden Krankenhäusern auch nach der geplanten Krankenhausreform weiterhin eine wohnortnahe Basisversorgung anbieten zu können. Diese Basisversorgung sollte natürlich in deutscher Sprache – in der Begründung des Resolutionsvorschlags werde irrtümlicherweise angeführt, dass diese Versorgung möglichst in deutscher Sprache erfolgen soll – und von hoher Qualität sein. Dies werde alle Akteure vor große Herausforderungen stellen.

Dazu müssten die beiden regionalen Krankenhäuser selbstverständlich auch verstärkt zusammenarbeiten. Im Hinblick auf dieses Ziel seien in erster Linie freilich die beiden Häuser selbst bzw. ihre Träger gefordert. Bei den Trägern müssten insbesondere die Gemeinden als stimmberechtigte Vertreter der öffentlichen Hand in den Verwaltungsräten der Einrichtungen ihre Verantwortung wirkungsvoll wahrnehmen und eine Vertiefung der Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser vorantreiben.

Der Mitautor weiter: Aufgrund der strategischen Bedeutung der beiden Krankenhäuser für den Standort Ostbelgien scheine es den Autoren des Dokuments 193 Nr. 1 angebracht, in Form einer Resolution bestimmte Empfehlungen und Forderungen an die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft und die Föderalregierung zu richten.

Unter Berücksichtigung der angeführten Punkte sehe der Resolutionsvorschlag vor, die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft aufzufordern:

1. alles in ihrer Macht Stehende zu unternehmen, um die Sicherung der beiden Krankenhausstandorte zu gewährleisten und die Vertreter der neun deutschsprachigen Gemeinden in ihre Bemühungen einzubinden;
2. unablässig und nachdrücklich die gesundheitsrelevanten Interessen der Bevölkerung der Deutschsprachigen Gemeinschaft bei der föderalen Gesundheitsministerin und den zuständigen föderalen Instanzen auch künftig geltend zu machen und zu vertreten;
3. die bisherige Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft und ihre Kooperation mit dem Referenzpartner – inklusive der dafür notwendigen Governance-Strukturen – zu überprüfen und eine weitere Vertiefung zu fördern;
4. auf eine angemessene Finanzierung der für die Entwicklung der beiden Häuser notwendigen Infrastrukturmaßnahmen zu achten.

Die Föderalregierung soll aufgefordert werden:

1. den Bürgerinnen und Bürgern der Deutschsprachigen Gemeinschaft weiterhin einen gleichberechtigten Zugang zu einem umfassenden Gesundheitsversorgungsangebot in vertretbarer Nähe und in deutscher Sprache zu garantieren;
2. bei der Krankenhausprogrammierung dafür Sorge zu tragen, dass an den beiden Krankenhausstandorten in der Deutschsprachigen Gemeinschaft jederzeit eigenständig eine medizinische Grundversorgung gewährleistet wird und dass die aufgrund der einzigartigen Situation der Deutschsprachigen Gemeinschaft dazu erforderlichen Ausnahmegenehmigungen erteilt werden bzw. die dazu erforderliche Flexibilität eingeräumt wird;

3. bei der im Rahmen der föderalen Gesundheitsreform angestrebten Schaffung von Krankenhausnetzwerken ein eigenes Netzwerk auf dem Territorium der Deutschsprachigen Gemeinschaft vorzusehen und sicherzustellen, dass die beiden regionalen Krankenhäuser ihren Partner frei wählen können.

Die Autoren des Resolutionsvorschlags hegten die Hoffnung, dass der Resolutionsvorschlag im gleichen einvernehmlichen und konstruktiven Geiste wie der Resolutionsvorschlag, der zur Resolution vom 24. Februar 2014 geführt habe, diskutiert und verabschiedet werden könne.

Ferner sollte der vorliegende Resolutionsvorschlag vom Parlament zeitnah verabschiedet werden, da mit der Umsetzung der Gesundheitsreform Anfang 2018 begonnen werden soll.

Ein Ausschussmitglied, gleichzeitig Mitautor des Resolutionsvorschlags, wies auf die Resolution der Bürgermeister der Gemeinden der Deutschsprachigen Gemeinschaft an die föderale Gesundheitsministerin und die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 21. Juni 2017 zur Reform der Krankenhäuser hin, in der diese ihre Sorge äußerten, dass die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft in Umsetzung der Pläne zwangsläufig in ein frankofones lokoregionales Netzwerk eingebunden würden, so dass weitreichende Nachteile für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in deutscher Sprache zu befürchten seien.

Der Minister für Familie, Gesundheit und Soziales erklärte, im Vorfeld der Resolution habe er sich mit den Bürgermeistern getroffen, um die Auswirkungen des Vorhabens auf die Krankenhäuser und ihre Patienten zu analysieren. Die Regierung teile im Übrigen die in der Resolution festgehaltenen Befürchtungen.

Ferner habe die Regierung bereits mehrfach bei interministeriellen Konferenzen für Volksgesundheit Stellung zum Reformkonzept bezogen und dabei bestehende Befürchtungen zum Ausdruck gebracht.

Ein Ausschussmitglied wollte wissen, welche Reaktionen es seitens der Föderalregierung auf die Resolution vom 24. Februar 2014 zur Frage der Finanzierung von kleineren Krankenhäusern in ländlichen Gebieten gegeben habe.

Es wurde mitgeteilt, dass es keine offizielle Reaktion der Föderalregierung gegenüber dem Parlament gegeben habe.

Bei mehreren Treffen mit der föderalen Gesundheitsministerin, so der Minister, habe er explizit auf die betreffende Resolution und ihre inhaltlichen Forderungen hingewiesen. Der Ministerin sei die Resolution folglich durchaus bekannt.

II. ANHÖRUNG DER DIREKTION DER KRANKENHÄUSER IN DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT

In seiner Arbeitssitzung vom 20. September 2017 hörte der Ausschuss die Direktion des St. Nikolaus-Hospitals Eupen und der Klinik St. Josef St. Vith zum Resolutionsvorschlag an.

Die Anhörung wurde in sechs Frageblöcke unterteilt.

1. *Wie bewerten Sie die von der föderalen Gesundheitsministerin geplante Gesundheitsreform in Bezug auf Ihr Haus?*

Die Direktorin der St. Vith Klinik antwortete, ihres Erachtens sei eine Gesundheitsreform bereits seit mindestens vierzig Jahren notwendig. Das nach wie vor größtenteils auf

Konsum und produktionsgebundene Aktivitäten ausgerichtetes System sei nicht mehr zeitgemäß. Während die Krankenhäuser seit circa 15 Jahren in Anwendung der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups (DRG)) eine pauschale Pathologie-Finanzierung pro Akte erhielten, würden viele andere Leistungen noch pro Patient abgerechnet, u. a. die ärztlichen Honorare und Medikamente.

Was sie der geplanten Reform vorwerfe, sei, dass einerseits behauptet werde, eine Verbesserung des Gesundheitssystems zum Ziel zu haben, die Reform andererseits aber auch eindeutig in der Perspektive vorgenommen werde, Geld zu sparen. Es sei indes eine alte Weisheit, dass zur Verbesserung eines Systems zuerst Geld investiert werden müsse, um anschließend die Früchte zu ernten. Das Budget der finanziellen Mittel (BMF), über das die Krankenhäuser vom Föderalstaat einen Großteil ihrer finanziellen Ressourcen erhielten, sei seit Jahren chronisch unterfinanziert. Dies habe dazu geführt, dass die Krankenhäuser beim stationären Aufenthalt eines Patienten Geld zuschießen und gleichzeitig versuchen müssten, das Defizit über ärztliche Honorare und andere Dienstleistungen zu kompensieren.

Die föderale Gesundheitsministerin erkläre zu Recht, dass für diagnostische Dienstleistungen und Medikamente zu viel Geld ausgegeben werde. Aus dem Grund habe sie die entsprechenden Rückerstattungen für die Krankenhäuser gesenkt, was für diese negative finanzielle Konsequenzen zur Folge habe. Auch mit den finanziellen Gewinnen aus den betreffenden Dienstleistungen und der Inrechnungstellung von Medikamenten hätten die Krankenhäuser Defizite gegenfinanziert. Weitere Rückerstattungssenkungen seien vorgesehen, sodass sich die finanzielle Lage vieler Häuser noch verschlechtern werde.

Zudem, so die Direktorin weiter, gebe es stets kürzere Liegezeiten, da mittlerweile viele Behandlungen, die früher mit einem stationären Aufenthalt verbunden gewesen seien, ambulant oder teilambulant durchgeführt würden. Diesen Wegfall gelte es durch neue Strukturen aufzufangen.

Der Direktor des Eupener Krankenhauses schloss sich den Ausführungen seiner Kollegin an.

Die Direktorin weiter: Es sei natürlich ein Fakt, dass mit der stets steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung auch ein Ansteigen zu behandelnder Alterskrankheiten verbunden sei, die Mittel für das Gesundheitswesen aber nicht unbegrenzt seien, sodass über alternative finanzielle Verteilungsmuster und gewisse medizinische Aspekte nachgedacht werden müsse.

Der Direktor des Eupener Krankenhauses bemerkte, auf einer Konferenz zu onkologischen Fragen im Aachener Universitätsklinikum, an der er teilgenommen habe, sei mitgeteilt worden, dass sich die Kosten für Krebspatienten in den letzten sechs Behandlungswochen im Haus in den letzten 15 Jahren versechsfacht hätten. Der Diskussion, was medizinisch und ethisch sinnvoll und finanzierbar sei, werde sich die gesamte medizinische Welt stellen müssen.

2. Wie ist die finanzielle Situation Ihres Hauses bzw. wie wird sie sich infolge der durch die föderale Gesundheitsministerin ergriffenen Sparmaßnahmen darstellen?

Die Föderalregierung, so der Direktor des Eupener Krankenhauses, habe bei der Festlegung des Gesundheitshaushalts für das Jahr 2017 Einsparungen in einer Gesamthöhe von circa 900 Millionen Euro vorgesehen, die freilich nur zu einem geringen Teil über die geplante Gesundheitsreform erzielt werden sollen. Für seine Einrichtung gehe er infolge der Sparmaßnahmen in Bezug auf Patientenaufenthalte von ungefähr 200.000 Euro Mindereinnahmen aus. Im medizinisch-technischen Bereich werde vor allem die doch eher kleine Nierendialyse, mit der circa 40 Patienten betreut würden, finanzielle Mindereinnahmen in einem Umfang von 100.000 Euro verkraften müssen. Dies sei beträchtlich.

Das St. Nikolaus-Hospital erwirtschaftete derzeit jährlich 60 Millionen Euro Umsatz. In den letzten Jahren habe der Gewinn zwischen 1 und 1,2 Millionen Euro gelegen. Ziehe man davon die genannten Mindereinnahmen in Höhe von 300.000 Euro ab und berücksichtige man, dass Indexanpassungen aufgrund von entsprechenden Einfrierungsmaßnahmen nicht aufgefangen würden, stellten sich dem Haus auf jeden Fall finanzielle Herausforderungen.

Die finanziellen Jahresabschlüsse der St. Vither Klinik, so die Direktorin, seien in den letzten Jahren schlecht ausgefallen. In der Regel seien nur einige Hundert Euro Gewinn erzielt worden. Dies sei für ein Unternehmen mit 550 Mitarbeitern natürlich unbefriedigend. Vor einigen Jahren hätten noch regelmäßig Reserven zur Finanzierung von Infrastrukturprojekten angelegt werden können. Dies sei nun nicht mehr möglich. Effektiv gespart werden könne eigentlich nur bei den Personalkosten, die den größten Ausgabeposten bildeten und die in einem gewissen Rahmen variabel gestaltet werden könnten. Die Weichen insgesamt so zu stellen, dass wieder ein höherer Gewinn erzielt werden könne, stelle eine sehr differenzierte und komplexe Aufgabe dar.

3. Wie wird die Integration der beiden Häuser in die vorgesehenen lokoregionalen Netzwerke verlaufen? Welche Herausforderungen oder Gefahren könnten sich dabei für die hiesigen Krankenhäuser ergeben?

Die Pläne zur Krankenhausreform, so die Direktoren der St. Vither Klinik, sähen vor, sämtliche Krankenhäuser des Landes auf 25 lokoregionale Netzwerke zu verteilen. Jedes lokoregionale Netzwerk soll ein Einzugsgebiet mit einer Bevölkerungsdichte zwischen 400.000 und 500.000 Personen abdecken. Das Territorium eines Netzwerks könne teilstaatenübergreifend angelegt, müsse aber geografisch kohärent sein. In den Städten soll eine partielle Überlappung von Netzen gestattet sein.

Den lokoregionalen Netzwerken soll mithilfe einer Abänderung des koordinierten Krankenhausgesetzes vom 8. Juli 2008 eine Rechtspersönlichkeit mit eigenen Entscheidungsgremien zuerkannt werden, deren Beschlüsse für alle dem Netz angeschlossenen Krankenhäuser rechtsverbindlich sein sollen.

Darüber hinaus sollen supraregionale Pflegedienstleistungen, die einen hohen Spezialisierungsgrad der Ärzte sowie einen kostenintensiven Ausstattungsstandard erforderten, von einigen Referenzkrankenhäusern – darunter die Universitätskliniken – gewährleistet werden.

Jedes lokoregionale Krankenhausnetzwerk müsse einen Kooperationsvertrag mit einem Referenzkrankenhaus zur Versorgung seiner Patienten abschließen. Die Entscheidung für ein Referenzkrankenhaus werde für alle Krankenhäuser des Netzes vom Verwaltungsgremium getroffen.

Für die verschiedenen Pflegedienstleistungen werde sich folgendes Bild ergeben:

1. lokoregional:
 - allgemein (A): disponibel in jedem Krankenhaus;
 - spezialisiert (S): in jedem lokoregionalen Krankenhausnetzwerk, aber nicht in jedem Krankenhaus des Netzwerks;
2. supraregional:
 - Referenz (R): in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken, aber nicht in jedem lokoregionalen Netzwerk;
 - universitär (U): in Universitätskliniken, jedoch nicht in jeder Universitätsklinik.

Betreffend die Finanzierung werde es zwischen den öffentlichen Behörden und den lokoregionalen Netzwerken keine Finanzflüsse geben. Das Budget der finanziellen Mittel werde für jedes Krankenhaus individuell berechnet. Wie die finanziellen Ressourcen innerhalb des Netzwerks in Auswirkung der Verlagerung einer medizinischen Aktivität zugunsten

eines Patienten in ein anderes Haus verteilt würden, sei momentan noch nicht eindeutig geklärt.

Die Direktoren weiter: Auch in den als Basiskrankenhäuser einzustufenden Einrichtungen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft habe sich das Angebot seit den achtziger Jahren in einem hohen Maße spezialisiert, jedoch nicht in einem Umfang, wie dies in großen Häusern der Fall gewesen sei. Um eine bestmögliche integrierte Patientenversorgung sicherzustellen, seien die beiden hiesigen Krankenhäuser Kooperationen mit größeren Häusern eingegangen. Dabei sicherten die Krankenhäuser vor Ort die Grundversorgung und nähmen die größeren Häuser Behandlungen vor, auf die sie spezialisiert seien. In der letzten Genesungsphase kehrten die Patienten wieder in das Erstkrankenhaus zurück, um eine Endversorgung in Anspruch zu nehmen. Letzteres sei für die Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft finanziell allerdings uninteressant, da die Rückkehr als Wiederaufnahme nach einer Entlassung betrachtet werde.

Die hiesigen Krankenhäuser, so der Direktor des Eupener Krankenhauses, würden auch in Zukunft gerne Pflegedienstleistungen von hoher Qualität anbieten. Dazu müssten sie sich im Rahmen des lokaregionalen Netzwerks, dem sie angehören werden, auf Dinge spezialisieren, die sie besonders gut könnten. Sein Haus verfüge über einige sehr gute Mediziner in ihrem Fachbereich, sodass auch die Frage erlaubt sein müsse, ob das Eupener Krankenhaus innerhalb des Netzwerks für bestimmte Pathologien nicht als Referenzkrankenhaus anerkannt werden könne.

Auf eine entsprechende Nachfrage teilten die Direktoren mit, dass im Augenblick nicht klar sei, wie ein lokoregionales Netzwerk gebildet werden soll. Bei einer öffentlichen Anhörung im *Triangel* in St. Vith im Frühjahr 2017 habe die föderale Gesundheitsministerin mitgeteilt, dass die Bildung von lokoregionalen Krankenhausnetzwerken nach einem Bottom-up-Verfahren erfolgen soll. Dies bedeute, dass die Bildung eines Netzwerks verhältnismäßig autonom von der Basis ausgehen soll. Ihrer Meinung nach werde dies ein schwieriger Prozess, da die Krankenhäuser auf vielen medizinischen Gebieten gleich spezialisiert seien und sich somit in einer Konkurrenzsituation befänden. Es werde folglich aussortiert werden müssen, und niemand wisse zurzeit, wie dies vonstattengehen werde. Für die Notaufnahme werde beispielsweise augenblicklich normativ davon ausgegangen, dass sie vom Wohnort des Patienten innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten erreichbar sein soll. Für einen Patienten aus Ouren sei die Notaufnahme in der Malmedyer Klinik jedenfalls nicht innerhalb dieser Zeitspanne zu erreichen. Auch kämen Experten bei identischen Anfahrtskonstellationen zu unterschiedlichen zeitlichen Resultaten und Streckenangaben. Jedes Krankenhaus versuche deshalb, so viele Argumente wie möglich für einen Erhalt bestimmter Angebote anzuführen.

Der Direktor des Eupener Krankenhauses ergänzte, seit den ersten Noten zur Krankenhausreform zum Jahreswechsel 2016-2017 seien die anvisierten Normen mehrfach revidiert worden. In Bezug auf die zu betreuende Patientenzahl habe es zuerst geheißen, eine Notaufnahme müsse jährlich 20.000 Aufnahmen für eine Anerkennung nachweisen. Anschließend sei die Norm auf 15.000 Aufnahmen gesenkt und schließlich wieder auf 20.000 Aufnahmen angehoben worden. Für das Eupener Krankenhaus wäre eine Norm von 15.000 Aufnahmen so gerade zu erfüllen. Die Notaufnahme des St. Vithener Krankenhauses werde dieser Norm auf keinen Fall nachkommen können.

Der Minister erklärte, das Bestehen einer Notaufnahme sei für die Krankenhäuser, die der zweitgrößte private Arbeitgeber in der Region seien, von primärer existenzieller Bedeutung, da ein Großteil der Patienten nach der Erstbehandlung stationär versorgt würden.

Das Beispiel der Notaufnahme, so die Direktorin des St. Vithener Krankenhauses, gelte auch für andere medizinische Dienstleistungen. So werde nicht jedes Krankenhaus eines Netzwerks über eine eigene Entbindungsstation verfügen. Allerdings würde es deutschsprachigen bzw. französischsprachigen werdenden Müttern aus der Deutschsprachigen

respektive Französischen Gemeinschaft schwer zu vermitteln sein, für eine Entbindung ein Krankenhaus der jeweilig anderen Gemeinschaft aufsuchen zu müssen.

Der Direktor des Eupener Krankenhauses fügte hinzu, Gleiches gelte für die Kinderstation in seinem Haus, die nur aufgrund einer Ausnahmegenehmigung des Föderalstaats aus den neunziger Jahren bestehe.

Der Minister wies darauf hin, dass die Deutschsprachige Gemeinschaft neben der Inspektion der Krankenhäuser sowie der Bezuschussung von Infrastruktur und Ausstattung ebenfalls für die Anerkennung der medizinischen Dienste zuständig sei. Die Finanzierung von Pflegedienstleistungen wie einer Kinderstation oder einem Entbindungsheim werde hingegen vom Föderalstaat gewährleistet, sodass dieser letztlich über die Aufrechterhaltung dieser Angebote entscheide.

Das Angebot an Pflegedienstleistungen für Patienten im ländlichen Raum werde durch die Krankenhausreform mit Sicherheit ausgedünnt werden, so die Direktorin der St. Vither Klinik.

Seine Einrichtung, so der Direktor des Eupener Krankenhauses, habe – da zurzeit noch alles offen sei – beschlossen, eine Selbstanalyse durchzuführen, um zum Zeitpunkt der Entscheidungen fundierte Argumente zu seinen Gunsten vorbringen zu können. Mehr könne augenblicklich nicht getan werden, da die definitiven Rahmenbedingungen, wie gesagt, nicht bekannt seien. Tatsache sei aber, dass mit einem Wegfall gewisser Pflegedienstleistungen unter Umständen auch die substanzielle Finanzierung des Krankenhauses in Gefahr geraten könnte.

Auf die Frage, wie die jetzige Kooperation zwischen den beiden Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit dem Krankenhausverbund CHC in ein lokoregionales Netzwerk eingebunden werden könnte, antwortete die Direktorin der St. Vither Klinik, dass die Partnerschaft als Grundstein eines Netzwerks betrachtet werden könne. Mit etwa 320.000 Personen in den Einzugsgebieten der verschiedenen Krankenhäuser sei die angepeilte Größenordnung eines lokoregionalen Netzwerks in etwa gegeben. Dies dürfe freilich nicht so interpretiert werden, dass sich weitere Interessenten nur zu den Bedingungen anschließen könnten, die von den jetzigen Partnern definiert würden. Die Regeln sollten von allen Partnern gemeinsam festgelegt werden. Sie ständen auf jeden Fall im Dialog mit allen Krankenhäusern in direkter Nachbarschaft.

Autonom würden Krankenhäuser nach der Reform wohl nicht mehr existieren können. Es sei die Rede davon, dass Krankenhäuser nur noch anerkannt würden, wenn sie einem Netzwerk angeschlossen seien.

Der Direktor des Eupener Krankenhauses berichtete, Vertreter der hiesigen Krankenhäuser und des Krankenhausverbunds CHC hätten sich in Sachen Krankenhausreform bereits mehrfach mit der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft getroffen, um sich gegenüber der Föderalregierung zu positionieren. Die erarbeiteten Empfehlungen seien der Föderalregierung zugestellt worden. Da die definitiven Regeln und Normen allerdings noch nicht festgelegt bzw. bekannt seien, seien diese Empfehlungen natürlich eher vorbehaltlicher Natur.

Auf die sprachliche Sondersituation der deutschsprachigen Bevölkerung in Bezug auf eine medizinische Versorgung in ihrer Muttersprache sei ebenfalls hingewiesen worden.

Auch sei festgehalten worden, die Herausforderungen gemeinsam anzugehen und sich zusammen einem lokoregionalen Netzwerk anzuschließen. Diese kooperative Vorgehensweise empfinde er als Trumpf der hiesigen Krankenhäuser, über den andere, gleich große Einrichtungen nicht verfügten.

Von großem Vorteil für die beiden Krankenhäuser auf politischer Ebene, so die Direktorin der St. Vither Klinik, sei die Tatsache, dass der Gesundheitsminister der Deutschsprachigen Gemeinschaft in der Interministeriellen Gesundheitskonferenz gezielt die Interessen von nur zwei Einrichtungen vertreten könne. Dies sei landesweit einmalig.

Zur Frage der Krankenhausreform, so der Minister, habe er sich auch schon mit den Bürgermeistern der neun Gemeinden der Deutschsprachigen Gemeinschaft getroffen.

Ein Ausschussmitglied bemerkte, in einer auf den 21. Juni 2017 datierten Resolution forderten die Bürgermeister, das Recht der Bürger des verfassungsmäßig anerkannten deutschen Sprachgebiets auf eine Behandlung in deutscher Sprache im neuen Krankenhausgesetz gesetzlich abzusichern und das Gebiet als Territorium eines eigenen lokoregionalen Krankenhausnetzwerks im Gesetz zu verankern. Außerdem werde eine entsprechende Anpassung der Normen für gewisse Pflegedienstleistungen der Kategorie S gefordert. Für spezialisierte Dienstleistungen, die das eigene Netz nicht erbringen könne, sollten Partnerschaftsverträge mit Referenzkrankenhäusern im Inland abgeschlossen werden. Das Mitglied wollte wissen, wie realistisch die Forderung nach einem eigenen lokoregionalen Netz für die Deutschsprachige Gemeinschaft sei.

Der Direktor des Eupener Krankenhauses zeigte sich diesbezüglich eher skeptisch. Dass die beiden hiesigen Krankenhäuser ein eigenes lokoregionales Netzwerk bilden sollen, halte er nicht für den richtigen Weg. Die Ansprüche an Medizin, Technik, Innovation und Leitung-Governance würden in den kommenden Jahren so zunehmen, dass die Krankenhäuser förmlich überrollt würden.

Der Minister erklärte, die Forderung sei eher symbolischer Natur, da damit verdeutlicht werde, dass – wie bereits im Rahmen der Beratungen über die Resolution des Parlaments vom 24. Februar 2014 zum Krankenhauswesen zur Sprache gebracht – ein höchstmögliches Maß an autonomer Entscheidungsgewalt in vielen Fragen bei den beiden Krankenhäusern verbleiben sollte.

Wichtig, so der Direktor des Eupener Krankenhauses, sei eine Betonung der kulturellen und konstitutionellen Realitäten. Politik und Gesundheitsversorger – und zwar alle, nicht nur die Krankenhäuser – müssten eine prodeutschsprachige Position vertreten. Bei der Inanspruchnahme eines Gesundheitsversorgers gehe es häufig um Lebenswichtiges; die damit verbundenen Pflegedienstleistungen sollten maximal in deutscher Sprache erbracht werden – und dies bei Topqualität in der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

Die Direktoren betonten, dass die Patienten natürlich auch weiterhin freie Entscheidung bei der Wahl ihrer Ärzte und der Behandlungseinrichtungen haben werden. Dies sei seit 2002 ebenfalls gesetzlich verbürgt. Die Partner in einem lokoregionalen Netzwerk würden aus wirtschaftlichen Interessen freilich dazu angehalten sein, die Patienten durch eine optimale Betreuung und Versorgung an sich zu binden. Konkurrenz werde es deshalb künftig nicht mehr zwischen verschiedenen Häusern, sondern zwischen verschiedenen Netzwerken geben.

Auf die Frage, ob es sinnvoll sein könne, im Rahmen der im Resolutionsvorschlag vorgesehenen Forderung, bei der Krankenhausprogrammierung dafür Sorge zu tragen, dass an den beiden Krankenhausstandorten in der Deutschsprachigen Gemeinschaft jederzeit eigenständig eine medizinische Grundversorgung gewährleistet wird, detailliert die Dienste aufzuzählen, die für eine Grundversorgung absolut notwendig seien, antwortete der Direktor des Eupener Krankenhauses, dass ihm eine solche Aufzählung Unbehagen bereiten würde.

Bereits bei der Anhörung im Ausschuss zum Resolutionsvorschlag bezüglich der Zukunft des IZOM-Abkommens hätten er und die Direktorin der St. Vither Klinik vermieden, sich auf eine einschränkende Definition der Grundversorgung einzulassen, weil Medizin immer

im Fluss sei. Netzwerke und Kooperation könnten auch ungeahnte Möglichkeiten eröffnen. So sei nicht auszuschließen, dass den beiden Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Rahmen des lokoregionalen Netzwerks eine bestimmte Spezialisierung zugesprochen werde. Es stelle sich für sie daher die Frage, wie sie sich bei der Definition einer Grundversorgung festlegen sollen, ohne dass es ihnen später zum Nachteil gereiche.

Auch die Direktorin der St. Vithier Klinik erklärte, sich mit einer Definition der Grundversorgung schwer zu tun. Ihr scheine, dass diese Debatte von der Aktualität überholt worden sei. Jetzt sei es vor allem wichtig, auf die Frage der Netzwerke einzugehen. Die Strategie der Bürgermeister, ein eigenes lokoregionales Netzwerk zu fordern, werte sie als symbolisch und aufrüttelnd, um zu unterstreichen, wie sehr in der Deutschsprachigen Gemeinschaft eine ganze Reihe von Angeboten – und dies in deutscher Sprache – sichergestellt werden müsse.

In den Planungen der föderalen Gesundheitsministerin werde nur noch zwischen lokoregionalen und supraregionalen Pflegedienstleistungen unterschieden. Dies deute für sie darauf hin, dass das Angebot eines Basiskrankenhauses sich wandeln werde. Dies mache auch einen gewissen Sinn vor dem Hintergrund der immer weiter steigenden Aktivitäten in den Tageskliniken und der voranschreitenden Spezialisierung in allen Bereichen.

Wie das Krankenhaus von morgen aussehe, werde eine spannende Angelegenheit. Wie das Netzwerk aussehe, in dem die beiden hiesigen Krankenhäuser in Zukunft agieren werden, liege stark in den Händen der Akteure vor Ort. Und sie sei sehr froh, dass die Politiker in der Deutschsprachigen Gemeinschaft sich der Wichtigkeit des Augenblicks bewusst seien.

4. Gibt es neue Entwicklungen bei der Kooperation zwischen dem St. Nikolaus-Hospital Eupen und der Klinik St. Josef St. Vith?

In Beantwortung der Frage teilten die Direktoren mit, dass bereits eine Vielzahl von Aktivitäten in Kooperation wahrgenommen bzw. angeboten würden. Dabei handle es sich u. a. um:

- spezielle medizinische Angebote (Behandlung von Schlafapnoe mit Hilfe einer mandibulären Protusionsschiene);
- technische Dienste (Anpassung der PACS-Bildarchivierungssysteme in der Radiologie);
- regelmäßige Treffen der Pflegedienstleitungen (halbjährlich auch mit den Pflegedienstleitungen des Malmedyer Krankenhauses und des CHR Verviers);
- gemeinsame Weiterbildungen;
- die gemeinsame Erstellung einer Prozedur für die Nutzung der medizinischen Telepräsenz, mit deren Hilfe Ärzte fernüberwachen und Diagnosen erstellen könnten;
- Austausch zu verschiedenen Aspekten (Qualität);
- die Erstellung einer gemeinsamen Broschüre zur Patientensicherheit im Krankenhaus.

Auf die Frage, ob es nicht sinnvoll sei, beide Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu fusionieren und von einem einzigen Träger verwalten zu lassen, antwortete die Direktorin der St. Vithier Klinik, die 2013 durch das Studienbüro Antarès ihres Erachtens sehr professionell vorgenommene Analyse der internen Organisation und der Finanzen der Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft habe diese Frage negativ beantwortet. Eine Fusion von Pflegeeinrichtungen funktioniere nicht nach den Maßstäben einer Fusion von Wirtschaftsbetrieben, die die Erhöhung der Produktivität und unter Umständen auch die Schließung von Standorten zum Ziel hätten. Pflegedienstleistungen müssten vor Ort und wohnortnah erbracht werden. Deshalb sei eher eine Kooperation im Bereich bestimmter Dienstleistungen – z. B. labor- oder informationstechnischer Art –, die einrichtungsübergreifend Wirkung entfalten könne, vorgeschlagen worden.

Der Direktor des Eupener Krankenhauses schloss sich der Sichtweise seiner Kollegin an. Der Austausch zwischen den beiden Krankenhäusern zu vielen Fragen sei stets sehr intensiv.

Der Minister bemerkte, die Deutschsprachige Gemeinschaft habe aufgrund ihrer Zuständigkeiten in keiner Weise Entscheidungsbefugnis hinsichtlich einer eventuellen Fusion der beiden Häuser. Beide Einrichtungen besäßen die Rechtsform einer Vereinigung ohne Erwerbszweck (VoG). Die Entscheidungsgewalt liege folglich bei den Verwaltungsräten der Häuser. Hier komme den Gemeinden als Vertreter der öffentlichen Hand eine zentrale Rolle zu.

Der Minister erinnerte daran, dass die Auszahlung gewisser Infrastruktur- und Ausstattungszuschüsse durch die Deutschsprachige Gemeinschaft im Rahmen des Programmdekrets 2016 an eine Zusammenarbeit der beiden Häuser gebunden worden sei.

Auf die Frage, ob die medizinische Versorgung in den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft durch Ärzte vollumfänglich in deutscher Sprache sichergestellt werden könne, teilte der Direktor des Eupener Krankenhauses mit, dass die Rekrutierung von Ärzten, die der deutschen Sprache mächtig seien, für beide Häuser ein Problem darstelle. Hinzu komme, dass die Ärzte nach Möglichkeit ebenfalls über sehr gute Kenntnisse der französischen Sprache verfügen sollten, da ein beträchtlicher Anteil der Patienten französischsprachig sei. Dies gebe der Markt aber nicht her. Zur Gewährleistung des Angebots müsse deshalb auf Mediziner zurückgegriffen werden, die der deutschen Sprache nicht mächtig seien. Häufig bestehe bei diesen Ärzten zu Beginn der Zusammenarbeit die Bereitschaft, sich die deutsche Sprache anzueignen; diese Bereitschaft lasse jedoch oft nach, da viele Hiesige die französische Sprache beherrschten und die deutsche Sprache schwer zu erlernen sei.

Die Krankenhäuser entwickelten kontinuierlich Strategien, um eine höchstmögliche Anzahl an Ärzten zu gewinnen, die die deutsche Sprache beherrschten. So werde u. a. versucht, über eine Zusammenarbeit mit Universitäten potenzielle Kandidaten für eine Niederlassung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu motivieren. Wegen der hohen sprachlichen Mobilität niederländischsprachiger Medizinstudenten seien flämische Universitäten bevorzugte Ansprechpartner.

Selbstverständlich seien auch Ärzte aus dem Ausland willkommen, wenn alle Bedingungen administrativer und sprachliche Art erfüllt seien.

Die primäre Daseinsberechtigung der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft sei natürlich, Gesundheitsversorgung in deutscher Sprache anzubieten. Sonst würde es sie mit Sicherheit nicht mehr geben. Um diese Gesundheitsversorgung zu gewährleisten tue man, was möglich sei, auch wenn aus den dargelegten Gründen nicht immer alles hundertprozentig abgedeckt werden könne.

5. Wie gestaltet sich die Kooperation mit dem Krankenhausverbund CHC? Wie sind die Ergebnisse und wie fällt der Mehrwert aus?

Der Minister rief in Zusammenhang mit der Frage in Erinnerung, dass die Suche nach einem Partner für die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft nicht auf Anweisung des Föderalstaats, sondern aus Eigeninitiative der Akteure vor Ort erfolgt sei. Der Unterzeichnung eines Kooperationsvertrags Ende 2015 seien anderthalb Jahre Vorbereitung vorausgegangen. Das Rahmenabkommen sehe u. a. vor, Fachärzte auszutauschen und spezialisierte Behandlungen im Referenzkrankenhaus vornehmen zu können.

Die Kooperation mit dem Krankenhausverbund CHC, der aus sechs Krankenhäusern bestehe, zu denen auch die Klinik St. Elisabeth in Heusy gehöre, und der über 12.000 Bet-

ten verfüge, so die Direktoren der Krankenhäuser, habe einen Zugang zu einer Reihe von spezialisierten medizinischen Angeboten in den Bereichen Diabetologie, Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie, Neonatologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Gynäkologie, Reproduktionsmedizin und Radiologie – mit geteilten Diensten ab 2018 – eröffnet.

Auf Nachfrage teilten die Direktoren mit, dass unter „geteilter Dienst“ ein Angebot zu verstehen sei, an dem alle Partner mitwirkten, das nach außen aber als ein Dienst vermittelt werde. Dies werde künftig auch für Labortätigkeiten der Fall sein, da die Labore der hiesigen Krankenhäuser mit dem Labor des Krankenhausverbunds CHC fusionieren würden und es ein gemeinsames Blutabnahmezentrum in Lontzen geben werde. Das Labor sei eine der wichtigsten Einkommensquellen für ein Krankenhaus.

Die Direktoren weiter: Ferner würden Ärzte aus den Häusern des Krankenhausverbunds CHC in den hiesigen Krankenhäusern Sprechstunden anbieten. Desgleichen bestehe ein regelmäßiger Austausch zwischen den Ärzten sowie den Direktionen und dem Fachpersonal der verschiedenen Häuser.

Einkäufe würden ebenfalls partnerschaftlich getätigt. Dazu sei ein Einkaufsverbund gegründet worden.

Außerdem sei gemeinsam medizinisches Fachpersonal, das in allen angeschlossenen Krankenhäusern eingesetzt werden könne, und anderweitiges Personal rekrutiert worden.

Zudem könne das Pflegepersonal der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft an Weiterbildungen des Krankenhausverbunds CHC teilnehmen oder kleinere Praktika in spezialisierten Diensten der Häuser des Verbunds absolvieren. Im Gegenzug werde der Krankenhausverbund CHC standardisierte Pflegepläne, über die seine Häuser bislang noch nicht verfügt hätten, von den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft übernehmen.

Die Zusammenarbeit zwischen den drei Partnern, so die Direktoren, sei sehr vertrauensvoll. In der Steuerungsgruppe säßen Vertreter jeder Einrichtung.

6. Inwieweit sind die Empfehlungen des Studienbüros Antarès im Rahmen der 2013 vorgenommenen Analyse der internen Organisation und der Finanzen der Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft umgesetzt worden?

Die Direktoren erklärten, im Nachgang der Analyse des Studienbüros sei eine Vielzahl von Empfehlungen umgesetzt worden. Die bedeutendste Umsetzung einer Empfehlung sei sicherlich die Partnerschaft zwischen dem St. Vith und Eupener Krankenhaus mit dem Krankenhausverbund CHC.

Eine weitere Empfehlung habe darin bestanden, ein Gesundheitsnetzwerk auf Gemeinschaftsebene zu initiieren und zu fördern sowie den Patienten als Zentrum des Vertrauens zur Verfügung zu stehen. Im Hinblick auf dieses Ziel seien die Empfangsstrukturen für die Patienten verbessert worden, indem der hausärztliche Bereitschaftsdienst bei den Kliniken angesiedelt worden sei.

Auch würden regelmäßig Versammlungen mit den Haus- und Fachärzten durchgeführt und Weiterbildungen angeboten.

Beide Krankenhäuser nähmen zudem am Pilotprojekt „Gesundes Ostbelgien“ teil, das im Rahmen eines Projektauftrags der föderalen Gesundheitsministerin, für bestimmte chronische Krankheiten – namentlich Depressionen, kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetes und Demenz – spezielle Angebote einer integrierten Versorgung zu schaffen, durchgeführt

werde. Die Initiative werde in der Deutschsprachigen Gemeinschaft von der Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (DSL) begleitet.

Auch in Bezug auf die Empfehlung, in den Grenzgebieten Aktivitäten zu entwickeln und eine angepasste Verbesserung des Angebots vorzunehmen, um den Einzugsbereich der Krankenhäuser zu erweitern, sei einiges geschehen. Beide Krankenhäuser hätten ihr medizinisches Angebot beträchtlich erweitern können, so etwa in Form einer Adipositas- bzw. Diätambulanz, im Bereich der Diabetologie, der Mitarbeit von Ärzten des Eupener Krankenhauses in den Polykliniken in Kelmis und Moresnet oder mithilfe einer Kooperation mit Kliniken in Deutschland. Ein Abkommen der St. Vith-Klinik mit dem Trierer Krankenhaus erlaube es deutschsprachigen Eltern von Frühchen aus der Deutschsprachigen Gemeinschaft, die dortigen neonatologischen Dienste in Anspruch zu nehmen und so in dieser wichtigen Lebensphase mit Fachärzten in ihrer Muttersprache zu kommunizieren. Infolgedessen sei der Marktanteil der beiden Häuser stark angestiegen.

Betreffend die Empfehlung des Studienbüros, die operationellen und finanziellen Aktivitäten wachsam im Auge zu behalten, würden – wie bereits mitgeteilt – in Kürze die Labore der beiden hiesigen Krankenhäuser und das Labor des CHC fusionieren und von den Partnern gemeinsam Einkäufe getätigt.

Im Hinblick auf die Empfehlung, die Verwaltung des Personals zu verbessern, seien Fortschritte erzielt worden.

III. ALLGEMEINE DISKUSSION

Im Anschluss an die Anhörung der Krankenhäuser wurden von den einzelnen Fraktionen Abänderungen des Resolutionsvorschlags vorgeschlagen und diskutiert. Die vereinbarten Abänderungen mündeten in den im Dokument 193 (2017-2018) Nr. 2 veröffentlichten Abänderungsvorschlag Nr. I, der von allen Fraktionen hinterlegt wurde und der die Gesamtheit des in Dokument 193 (2016-2017) Nr. 1 enthaltenen Resolutionsvorschlags ersetzt.

Im Rahmen der entsprechenden Arbeiten im Ausschuss regte ein Ausschussmitglied an, dass der Resolutionsvorschlag in seiner Einleitung auch auf die mit Datum vom 21. Juni 2017 an die föderale Gesundheitsministerin gerichtete umfassende Resolution der Bürgermeister der neun Gemeinden der Deutschsprachigen Gemeinschaft zur Reform der Krankenhäuser hinweisen sollte.

In einem zweiten Schritt sollten die Forderungen an die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft dahin gehend erweitert werden, die in der Resolution der Bürgermeister enthaltenen Schlussfolgerungen, Forderungen und Vorschläge bei den zuständigen Stellen mit Nachdruck einzubringen.

Der Ausschuss stimmte diesen Vorschlägen zu.

Seine Fraktion, so ein anderes Ausschussmitglied, schlage vor, im Resolutionsvorschlag bei den Forderungen an die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft eine neue Nummer 2 einzufügen, die festhalte, dass die Regierung die Föderalregierung im Rahmen von Verhandlungen und Gesprächen auffordern soll, in den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft eine eigenständige medizinische Grundversorgung zu gewährleisten und ein eigenes Netzwerk für die Deutschsprachige Gemeinschaft vorzusehen. Selbstverständlich müsse im Fall eines eigenen Netzwerks mit externen Partnern zusammengearbeitet werden.

Ein Ausschussmitglied stellte sich die Frage, ob es realistisch sei, ein eigenes Netzwerk für die Deutschsprachige Gemeinschaft zu fordern. Persönlich halte es dies nicht für sinn-

voll, da die Forderung praktisch keine Aussicht auf Erfolg haben werde. Auch der Eupener Krankenhausdirektor habe in Beantwortung einer entsprechenden Frage seine Skepsis geäußert.

Ein anderes Mitglied bemerkte, die geplante Krankenhausreform verfolge unzweifelhaft auch Rationalisierungsziele, die für die Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit der Gefahr verbunden seien, dass bislang in den hiesigen Krankenhäusern angebotene medizinische Pflegedienstleistungen nach ihrer Einbindung in ein lokoregionales Netzwerk in die Partnerkrankenhäuser im französischen Sprachgebiet verlegt werden könnten. Das stärkste Argument für den Erhalt der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft und ihres Pflegedienstleistungsangebots stelle die sprachliche Sondersituation des deutschen Sprachgebiets dar. Wenn unter Berücksichtigung dieses Alleinstellungsmerkmals kein eigenes Netzwerk gefordert werde, schwäche man seines Erachtens die Verhandlungsposition und erkläre man sich mit einem Netzwerk, das vorwiegend aus Krankenhäusern, die sich im französischen Sprachgebiet befänden und deren Vormacht entsprechend groß sein werde, einverstanden. Ob die Forderung nach einem eigenen Netzwerk effektiv Aussicht auf Erfolg habe, sei eine andere Frage.

Ein Mitglied entgegnete, es sehe nicht wirklich einen zwingenden Zusammenhang zwischen der Forderung nach einem eigenen Netzwerk und der medizinischen Versorgung der deutschsprachigen Bevölkerung in ihrer Muttersprache. Der Sinn eines lokoregionalen Netzwerks bestehe darin, dass Allgemeinkrankenhäuser auf spezialisierte Angebote in Referenzkrankenhäusern zurückgreifen können. Die beiden hiesigen Krankenhäuser könnten aber nicht jede Spezialisierung im Rahmen eines eigenen Netzwerks anbieten.

Ein eigenes Netzwerk zu fordern, so ein Mitglied, sei von strategisch-symbolischer Bedeutung und stelle praktisch eine Fortsetzung der Forderung aus der Resolution von Februar 2014 dar, Mitentscheidungsgewalt betreffend die ansässigen Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu halten. Dies schließe nicht aus, mit Partnern zusammenzuarbeiten. Natürlich könne ein eigenes Netzwerk nicht den Kriterien eines Netzwerks, wie es in der Krankenhausreform definiert werde, gerecht werden. Dies sei aber eine andere Seite der Medaille.

Ein anderes Mitglied erklärte, es sei nicht überzeugt, dass die Forderung nach einem eigenen Netzwerk ein guter Schachzug sein würde. Eine solche Forderung müsse im Rahmen des Gesamtkonzepts gut mit Argumenten unterfüttert werden und seriös wirken, wenn sie von der Föderalregierung ernst genommen werden wolle. Der Verweis auf die deutsche Sprache als Kriterium, das die Schaffung eines eigenen Netzwerks vollumfänglich legitimiere, scheine ihm zu schwach.

Mehrere Ausschussmitglieder wiesen darauf hin, dass sich die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft aufgrund ihrer Kooperation mit dem Krankenhausverbund CHC bereits in einem Netzwerk befänden. Daher sollte der Begriff des Netzwerks in der vorgeschlagenen Abänderung beibehalten, jedoch kein eigenes Netzwerk gefordert werden, da diese Forderung, wie berechtigterweise angeführt worden sei, zum einen wenig Aussicht auf Erfolg habe und zum anderen im Lichte des Reformkonzepts der föderalen Gesundheitsministerin nicht umsetzbar sei. Die beiden hiesigen Krankenhäuser könnten unmöglich die für die Referenzkrankenhäuser anvisierten Normen erfüllen. Ein lokoregionales Netzwerk, das aus lediglich zwei Krankenhäusern bestehe, sei nicht überlebensfähig und werde die Qualität der Pflegedienstleistungen langfristig nicht sicherstellen können.

Dass die Forderung nach einem eigenen lokoregionalen Netzwerk durchaus strategisch-symbolischer Natur sein könne, um auf die besondere Situation der Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft aufmerksam zu machen, wollten sie nicht bestreiten. Dem seien die Bürgermeister aber mit ihrer Resolution bereits nachgekommen.

Zudem sollte die vorgeschlagene textliche Abänderung um einen Passus erweitert werden, der bestimme, dass sich die beiden in der Deutschsprachigen Gemeinschaft befindenden Krankenhäuser gemeinsam ihre Partner frei aussuchen könnten. Damit werde der Verbundenheit der beiden Häuser, ihren Kooperationsbestrebungen und auch der Sicherstellung eines gewissen Maßes an Autonomie bei Entscheidungsfindungen im Rahmen des neuen Konzepts nachdrücklich Ausdruck verliehen.

Der Ausschuss hieß die gemachten Vorschläge und die Einfügung eines entsprechend abgefassten neuen Punktes 2 in die Forderungen an die Regierung gut.

Ein weiteres Element bei der Diskussion über die vorgeschlagene Abänderung bestand in der Frage, inwiefern die zu gewährleistende „eigenständige medizinische Grundversorgung in den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft“ detailliert definiert werden soll.

Ein Mitglied erklärte, die Grundversorgung, die von den beiden Krankenhäusern nach der Krankenhausreform angeboten werden soll, müsse aus Referenzgründen im Resolutionsvorschlag explizit definiert werden.

Ein anderes Mitglied entgegnete, eine genaue Aufzählung von sicherzustellenden Pflegedienstleistungen berge die Gefahr, limitativ vorzugehen, damit Dinge festzuschreiben und eventuelle Entwicklungen, die durchaus positiv für die beiden Häuser sein könnten, a priori auszuschließen. Es sei unzweifelhaft, dass allen Fraktionen im Ausschuss daran gelegen sei, das aktuelle Angebot zu erhalten und gegebenenfalls noch auszubauen. Aus diesem Grund empfehle es, auf eine detaillierte Definition der Grundversorgung zu verzichten.

Der Minister machte darauf aufmerksam, dass das Regionale Entwicklungskonzept für die Krankenhäuser eine Zukunftsvision für 2025 enthalte. In diesem Kontext sei festgehalten, dass das Krankenhauswesen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft den Einwohnern im Einzugsgebiet ein umfassendes Portfolio von repräsentativen Dienstleistungen eines ortsnahen Krankenhauses anbieten werde, um so das Vertrauen der Bevölkerung in das Angebot zu stärken und den Rückgriff auf das Angebot zu erhöhen.

Das Portfolio sollte – mindestens – folgende Dienstleistungen beinhalten:

- Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Neurologie, Onkologie; Diabetologie;
- Geriatrie;
- Palliativpflege;
- Geburtshilfe und Pädiatrie;
- Orthopädische Chirurgie und Traumatologie;
- Chirurgie, mit den Fachbereichen Allgemeine Chirurgie, Viszeralchirurgie, HNO, Ophthalmologie, Gefäßchirurgie, Urologie, Dermatologie und Stomatologie;
- Allgemeine Rehabilitation und Psychiatrie.

Ein Mitglied warf die Frage nach einer Forderung bezüglich medizinischer Maximalversorgung für die Bevölkerung der Deutschsprachigen Gemeinschaft in deutscher Sprache und nach der freien Ärztwahl auf. Diese Frage dränge sich vor allem seit der Beendigung des IZOM-Abkommens auf. Wie die Direktoren der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft bei der Anhörung hätten wissen lassen, seien sie bemüht, ihre Patienten für eine medizinische Weiterversorgung zu den Häusern des Krankenhausverbands CHC zu orientieren. Die medizinische Versorgung in der Muttersprache müsse oberstes Grundprinzip sein. Eine Maximalversorgung in deutscher Sprache sei in Belgien aber nicht möglich.

Der Minister merkte an, dass der Patient im Rahmen des Krankenhausverbunds lediglich orientiert werde. Das Recht auf freie Ärztwahl bleibe selbstverständlich unangetastet. Dies hätten die Krankenhäuser anlässlich ihrer Anhörung ja auch schon bestätigt.

Der Minister weiter: Es stehe jedem Patienten aus der Deutschsprachigen Gemeinschaft natürlich auch weiterhin frei, medizinische Dienstleistungen in Deutschland in Anspruch zu nehmen. Allerdings sei das nicht mehr unter den Bedingungen des ehemaligen IZOM-Abkommens möglich. Nun würden die Rückerstattungsbestimmungen der Europäischen Patientenrichtlinie bzw. der neuen Ostbelgien-Regelung angewandt. Eine Behandlung in Deutschland könne, und das wolle er nicht leugnen, infolge der unterschiedlichen Behandlungshonorare und Rückerstattungssätze für einen Patienten aus der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit höheren Eigenkosten als bei einer identischen Behandlung in Belgien verbunden sein.

Die Entwicklung bleibe aber unter Beobachtung. Er erinnere daran, dass in der Ostbelgien-Regelung, die dem IOZM-Abkommen gefolgt sei, eine koordinierte Evaluation der mit ihrer Umsetzung gesammelten Erfahrungen vorgesehen sei. Die Versicherungsträger müssten dem LIKIV jährlich einen Bewertungsbericht über die Umsetzung der Regelung im vorhergehenden Jahr übermitteln.

Zum Wohl der Bevölkerung, so ein Ausschussmitglied, sollte der Fokus auf die Sicherstellung einer bestmöglichen regionalen medizinischen Versorgung in deutscher Sprache ausgerichtet sein. Dazu könnten auch Abkommen mit grenznahen Krankenhäusern in Deutschland auf Grundlage des bereits vielfach angewendeten Modells einer strukturierten Zone mit grenzüberschreitendem Zugang zu Gesundheitsleistungen (ZOAST) abgeschlossen werden.

Mehrere Ausschussmitglieder merkten an, dass die Direktoren der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft erklärt hätten, sich mit einer Definition des Begriffs „Grundversorgung“ bzw. mit einer Aufzählung von medizinischen Pflegedienstleistungen, die die Grundversorgung in den beiden hiesigen Krankenhäusern bilden sollten, schwer zu tun. Diesen Bedenken sollte man folgen und deshalb auf eine Definition der Grundversorgung im Resolutionsvorschlag verzichten.

Der Ausschuss fasste den Beschluss, die Grundversorgung im Resolutionsvorschlag nicht detailliert zu definieren.

Nach seinem Dafürhalten, so ein Ausschussmitglied, sollte die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft die hiesigen Krankenhäuser auch auffordern, ihr Möglichstes zu unternehmen, Maßnahmen zur Gewährleistung einer in allen Krankenhausdiensten gegebenen ständigen Präsenz deutschsprachigen medizinischen Personals zu ergreifen sowie bei der Einstellung neuen Personals die ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache als primäres Auswahlkriterium festzulegen bzw. ein Erlernen der deutschen Sprache zwingend bei allen Mitarbeitern einzufordern und als Bedingung für ein unbefristetes Arbeitsverhältnis festzulegen.

Es sei allgemein bekannt, dass in den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zahlreiche Fachärzte – die mittlerweile zum Teil auch aus Osteuropa stammten – sowie Teile des Pflegepersonals der deutschen Sprache nicht mächtig seien, was zu Schwierigkeiten bei der Verständigung mit deutschsprachigen Patienten, aber auch auf Personalebene führen könne.

Mehrere Ausschussmitglieder bemerkten, die Krankenhäuser hätten bei ihrer Anhörung mitgeteilt, dass es ihnen aufgrund personeller Rekrutierungsschwierigkeiten, auf deren Lösung sie nur sehr wenig Einfluss hätten, unmöglich sei, die Erbringung sämtlicher angebotener Pflegedienstleistungen in deutscher Sprache zu gewährleisten. Wohl unter-

nähmen sie Anstrengungen, den bei ihnen tätigen Medizinerinnen und Krankenpflegern zu helfen, die deutsche Sprache zu erlernen, z. B. durch die Vermittlung von Deutschkursen.

Ein Ausschussmitglied merkte an, inwiefern ein Arzt oder Krankenpfleger die Hausprache beherrschen müsse, sei juristische Verhandlungssache, die im Vorfeld des Abschlusses eines Arbeits- oder Zusammenarbeitsvertrags geklärt werden müsse. Wünschenswert sei dies natürlich auf jeden Fall. Verweisen wolle es aber auf den allgemeinen Fachärzte- und Pflegekräftemangel und die teils erheblichen Probleme bei der Anwerbung von Fachärzten, die auf selbstständiger Basis tätig und beruflich entsprechend mobil seien. Die Beherrschung der Hausprache zur Vorbedingung eines Arbeitsverhältnisses zu machen, dürfte schwer sein, da sonst Gefahr gelaufen werde, dass Fachärzte erst gar keine Tätigkeit in einem der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft ins Auge fassten. Dies könnte dazu führen, dass wichtige Dienste – wie die Notaufnahmen – personell unter größten Druck gerieten. Deshalb könne es dem zweiten Teil des Abänderungsvorschlags nicht zustimmen.

Auf Nachfrage eines Ausschussmitglieds teilte der Minister mit, dass die im Jahr 2002 verabschiedeten Patientenrechte nicht zwingend vorsähen, dass die Information des Patienten durch eine Berufsfachkraft in seiner Muttersprache erfolgen müsse. Vielmehr sei festgehalten, dass die Berufsfachkraft die Informationen mündlich und in einer klaren Sprache, die der Persönlichkeit und den Kenntnissen des Patienten entspreche, erteilen müsse.

Ein Ausschussmitglied machte darauf aufmerksam, dass die PS, cdH, Défi und ECOLO im Parlament der Französischen Gemeinschaft und in der Französischen Gemeinschaftskommission (COCOF) in Zusammenhang mit der neuen Quotenregelung der föderalen Gesundheitsministerin betreffend die Vergabe von LIKIV-Nummern an Mediziner pro Gemeinschaft und unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen einen Interessenkonflikt angemeldet hätten, weil sie u. a. befürchteten, dass diese Regelung eine Verschärfung des Ärztemangels zur Folge habe, was dazu führen könne, dass die Behandlung der französischsprachigen Bevölkerung in ihrer Muttersprache nicht umfassend sichergestellt werden könne. Das Problem, nicht auf ausreichend Ärzte zurückgreifen zu können, die die Muttersprache der Patienten beherrschten, sei folglich nicht nur auf die Deutschsprachige Gemeinschaft begrenzt, auch wenn die Gründe anders gelagert seien.

Mehrere Ausschussmitglieder schlugen vor, dass die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft zwar die Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft auffordern soll, ihr Möglichstes zu unternehmen, Maßnahmen zur Gewährleistung einer in allen Krankenhausdiensten gegebenen ständigen Präsenz deutschsprachigen medizinischen Personals zu ergreifen, aber nicht darüber hinaus zu gehen, weil die Umsetzung einer einengenderen Forderung aus arbeitsrechtlichen Gründen und wegen der sehr limitierten Verfügbarkeit von Fachärzten und Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt nicht realistisch sei. Dies würde auch den Aussagen der Direktoren der Krankenhäuser zu dieser Frage im Ausschuss gerecht.

Das Ausschussmitglied, das den Vorschlag gemacht hatte, erklärte sich damit einverstanden.

Was die Forderungen an die Föderalregierung anbelange, so ein Ausschussmitglied, sollte diese auch aufgefordert werden, alle Einrichtungen des Netzwerks, dem die hiesigen Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft künftig angehören werden, in die Lage zu versetzen, der deutschsprachigen Bevölkerung eine Behandlung in deutscher Sprache anzubieten – insofern diese Behandlung nicht schon in einem der beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft angeboten werde.

Die Krankenhäuser, die dem Netzwerk angehörten und sich im französischen Sprachgebiet befänden anzuhalten, sämtliche Pflegedienstleistungen auch in deutscher Sprache zu erbringen, so der Minister, erachte er als utopisch, nicht finanzierbar und kontraproduktiv im Hinblick auf erfolgreiche Verhandlungen mit anderen Häusern zur Bildung eines Netzwerks. Einige Ärzte der Krankenhausverbände CHC und CHR (*Centre Hospitalier Régional de la Citadelle*) bemühten sich aber jetzt schon, mit ihren deutschsprachigen Patienten in ihrer Muttersprache zu kommunizieren.

Mehrere Ausschussmitglieder teilten die Meinung des Ministers, dass die Forderung in ihrer Muss-Formulierung wenig aussichtsreiche Perspektiven biete. Aus diesem Grund sollte die Forderung in den Resolutionsvorschlag aufgenommen werden, aber dahin gehend formuliert werden, der deutschsprachigen Bevölkerung nach Möglichkeit eine Behandlung in deutscher Sprache anzubieten.

Der Ausschuss folgte diesem Vorschlag.

IV. ABÄNDERUNGSVORSCHLÄGE

In der Arbeitssitzung des Ausschusses vom 25. Oktober 2017 wurde von allen Fraktionen der Abänderungsvorschlag Nr. I (Dokument 193 (2017-2018) Nr. 2) hinterlegt, mit der Intention, die Gesamtheit des in Dokument 193 (2016-2017) Nr. 1 enthaltenen Resolutionsvorschlags unter Berücksichtigung der im Ausschuss geführten Diskussion zu ersetzen.

V. ABSTIMMUNGEN

[Stimmberechtigt sind die Vertreter der CSP-, ProDG-, SP- und PFF-Fraktion, nicht stimmberechtigt sind die Vertreter der VIVANT- und ECOLO-Fraktion.]

Der in Dokument 193 (2017-2018) Nr. 2 enthaltene Abänderungsvorschlag Nr. I wurde mit 6 Jastimmen einstimmig angenommen.

Der Resolutionsvorschlag in seiner abgeänderten Form wurde mit 6 Jastimmen einstimmig angenommen.

Für die Abfassung des schriftlichen Berichts wurde dem Berichtersteller das Vertrauen ausgesprochen.

Der Ausschuss empfiehlt Ihnen die Annahme des von ihm angenommenen Textes.

Der Berichtersteller
C. SERVATY

Der Vorsitzende
R. NELLES

NACHSTEHENDER TEXT WURDE VOM AUSSCHUSS ANGENOMMEN:

Der vom Ausschuss angenommene Resolutionsvorschlag entspricht dem in Dokument 193 (2017-2018) Nr. 2 veröffentlichten Text.