

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
16/1969**

A01, A10, A11



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Landesbezirksleitung NRW
Karlstraße 123 - 127
40210 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 61824-0
12. August 2014

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Landesbezirk NRW
zum Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 16/5412
Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes
Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Die Gewerkschaft ver.di erwartet von der Landespolitik, die Rahmenbedingungen für eine flächen- deckende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens sowie gute und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in diesem Bereich sicherzustellen. Hieran haben sich Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung, aber auch die interne betriebliche Organisation zu orientieren.

Auf dem vielfach beschworenen Weg vom Gesundheitswesen zur marktwirtschaftlich geprägten Gesundheitswirtschaft dürfen regionale und landesspezifische Gesundheitsziele nicht dem wirtschaftlichen Wettbewerb überlassen bleiben, sondern bedürfen der planerischen und gestalterischen Einflussnahme der Landesregierung.

Wir beziehen uns in den grundsätzlichen Punkten auf unsere Positionen zum Krankenhausgestaltungsgesetz, wie wir sie in unserer Stellungnahme vom 14. August 2012 dargelegt haben und dieser Stellungnahme noch einmal beifügen (**Anlage**).

Den aktuellen Gesetzesentwurf bewerten wir insgesamt nur als vorsichtige Anpassung aus gegebenen Anlässen, ohne das Ziel einer großen Reform zu verfolgen, wie diese für eine wirkliche patienten- und bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in NRW unter Sicherstellung guter Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten notwendig wäre.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind Änderungen in zwei Bereichen notwendig und mit aufzunehmen:

- Eine bedarfsgerechte und krankenhausspezifische Refinanzierung der Investitionskosten sowie die sofortige Beseitigung des Investitionsstaus.
- Eine Gesetzliche Personalbemessung bei ausreichender Refinanzierung durch die Kostenträger

Der gegenwärtige Investitionsstau wirkt sich negativ auf die Versorgungs- und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern aus. Die mangelhafte und flächendeckende Finanzierung führt vor dem Hintergrund notwendiger Investitionen dazu, dass Personalbewirtschaftung und Patientenversorgung unausgesprochen miteinander konkurrieren, was zu Qualitätsverlusten in beiden Bereichen führt. Zudem ist eine ausreichende politische Steuerung durch die Krankenhausfinanzierung nicht mehr möglich.

Der beschriebene Ansatz zur Sicherstellung der Patientenversorgung im § 3 KHGG darf sich in der Verantwortung des Parlamentes natürlich nicht nur auf den baulichen Charakter beziehen, sondern muss sich auch in der notwendigen Personalausstattung wiederfinden.

Die Landesregierung erhält unsere volle Unterstützung, bundesweit die notwendigen Regelungen zur Personalbemessung einzufordern.

Der zurzeit für NRW geplante Bettenabbau vollzieht sich nicht mehr im direkten Verantwortungsbereich des Parlamentes, sondern wurde landesbehördlich ausgelagert. Dem öffentlichen Ringen um Versorgungskonzepte fehlt somit die notwendige Transparenz. Regionale Planungskonzepte lassen oftmals die Sicht der Beschäftigten des Gesundheitswesens, der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen vermissen.

Anlage



Fachbereich 3
Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Landesbezirk
Nordrhein-Westfalen

Stellungnahme

der
Gewerkschaft ver.di
Landesbezirk Nordrhein-Westfalen

zur
Evaluation des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes
Nordrhein-Westfalen (KHGG) vom 11.12.2007
Aktenzeichen: 231 - 1451

Düsseldorf, 14. August 2012

Bewertung der Krankenhausgesetzgebung NRW auf der Grundlage des KHGG

I. Vorbemerkung

Für die Gewerkschaft ver.di ist es Aufgabe der Landespolitik, gerade angesichts des rasanten Wandels der Krankenhauslandschaft, eine klare politische Zielsetzung zum Erhalt einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens zu haben. Hieran haben sich Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung, aber auch die interne betriebliche Organisation zu orientieren.

Die wesentlichen Veränderungen durch das KHGG betreffen die Rolle des Landes bei der Krankenhausplanung, seine Verantwortung für den Krankenhaussektor in NRW sowie die Veränderung der Krankenhausinvestitionsförderung.

Die damit verbundene Minderung politischer Gestaltung der Krankenhausförderung durch das KHGG stellt einen inhaltlich-gesundheitspolitischen Rückschritt dar, sie beseitigt nicht das seit Jahren bestehende Problem der Unterfinanzierung nordrheinwestfälischer Kliniken, führt allerdings dazu, dass eine gesundheitspolitische Prioritätensetzung unterbleibt. Insgesamt gleicht das Verfahren einer Verteilung der Fördermittel nach dem Gießkannenprinzip. Zudem wird die Ausgestaltung der Pauschalförderung nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern lediglich durch eine Rechtsverordnung. Gesundheitspolitik wird damit dem steuernden Eingriff der Politik entzogen.

Die Festschreibung des Volumens für die Baupauschale auf 190 Mio. € deckt nach Berechnungen der KGNW bestenfalls die Hälfte der erforderlichen laufenden Investitionskosten. Hinzu kommt noch der jahrelang aufgelaufene Investitionsstau der bis zu einer Höhe von 14 Mrd. € beziffert wird. Deutlich ist, dass sowohl angesichts des Volumens der Investitionskostenfinanzierung als auch dessen Verteilungsmodus die im KHG-Bund verlangte wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser mit den Finanzierungsregelungen des KHGG nicht erreicht wird.

II. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 KHGG

Die bereits schon durch das Vorläufergesetz KHG NRW vollzogene Schwächung der Verantwortung des Landes ist im KHGG weiter geführt worden. Verbunden damit war

eine weitgehende Reduzierung der aktiven Rolle der Kommune und der kommunalen Akteure im Rahmen der Krankenhausversorgung. Ihre Handlungsmöglichkeiten folgen, wie bereits zuvor, nur dem Nachrangprinzip. Dies wird insbesondere an dem Verfahren zur Einigung im regionalen Planungsverfahren deutlich. Der Kommune fällt im Rahmen der Krankenhausversorgung auch weiterhin lediglich die Funktion des Trägers ihrer Krankenhäuser sowie der Aufsichtsbehörde auf der unteren Verwaltungsebene zu.

Besonders gravierend wirkt die Reduktion öffentlicher Beteiligung im Fortbestehen des Grundsatzes des kommunalen Nachranges für den Fall, dass kein ausreichendes Krankenhausangebot in der Region besteht, da das Zustandekommen des Versorgungsangebotes dem anonymen Marktmechanismus überlassen wird. Das Engagement der kommunalen Hand als Reaktion darauf, reduziert sich dann auf den Fall des klassischen Marktversagens.

Bei drohendem Marktversagen ist die Kommune gehalten im Gesundheitsbereich die Aufgabe der Gefahrenabwehr aktiv wahrzunehmen, welche bei Großschadensereignissen, bei der Infektionsbekämpfung sowie bei der Sicherung von Großveranstaltungen bereits heute schon zu ihren festgeschriebenen Kompetenzen gehört. Dies zeigt, dass insbesondere Krankenhäuser nicht nur Bestandteile einer sozialen, sondern auch Teil einer speziellen kommunalen gesundheitlichen Infrastruktur sind.

Im Rahmen wettbewerblicher Regeln des Gesundheitssystems stellt die Dezentralisierung der Kompetenzen einen Rückzug des Staates, zugleich aber auch von den Regionen beziehungsweise der Kommune, dar.

Aktuelle Studien zeigen erkennbare Defizite marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund stellt die durch das KHGG NRW voran getriebene Verlagerung der Krankenhausplanungskompetenz in den Wettbewerbsraum zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nicht nur einen Rückzug öffentlicher Handlungs- und Regelungskompetenzen dar. Mit dem öffentlichen und vor allem kommunalen Nachrang entsteht auch eine De-Regionalisierung, da durch die Trägerkonzentration sowie überregionale Fusionen von Krankenkassen eine auf die regionalen Bedarfe bezogene Orientierung zunehmend für die unternehmerische Zielperspektive unbedeutend wird.

Um eine ausgleichende öffentliche Einflussnahme auf diesen Ebenen zu schaffen, sind Regelungen zu Gunsten der kommunalen Verantwortung im Gesundheitswesen

zwingend notwendig. Eine stärkere Berücksichtigung der kommunalen Kompetenz bei den regionalen Planungsgrundsätzen, ist aus Sicht von ver.di dringend geboten.

Dazu ist es erforderlich, entweder begleitend zum KHGG oder/und in einer entsprechenden Formulierung, Grundsätzen kommunaler Verantwortung durch eine geeignete Implementierung der bisher unverbundenen Planungsstrukturen Rechenschaft zu leisten. Die bisherige Formulierung in Paragraph 24 ÖGDG NRW – Kommunale Gesundheitskonferenz - ist hierfür nicht geeignet, da diese Regelung allein stehend ist und den kommunalen Gesundheitskonferenzen in diesem Rahmen objektiv keine Handlungs- oder Entscheidungskompetenz zusteht. Es ist auch zu bezweifeln, dass die bisherige Zusammensetzung der Gesundheitskonferenzen dafür geeignet ist.

Kooperation KHG § 1 Abs. 1, § 8

Ein weiterer Problembereich ist die **Zusammenarbeit der Krankenhäuser** mit anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems. Diese bereits schon im alten Krankenhausgesetz enthaltene Formulierung, wird in der Realität nicht gelebt. Eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Krankenhausträgern findet in der Regel nur dann statt, wenn wirtschaftliche Grundsätze dieses als nahe liegend erscheinen lassen. Im Rahmen des Wettbewerbs um Versorgungsaufträge beziehungsweise -verträge findet Kooperation regelhaft nicht statt, was sich insbesondere darin ablesen lässt, wie die regionalen Planungskompetenzen zu regionalen Planungskonzepten zusammengeführt werden. Eine politische Regulation findet nicht statt, es bleibt bei einem reinen Verwaltungsakt der mittleren Aufsichtsbehörde.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die Kooperation im Gesundheitssystem durch die veränderten Rahmenbedingungen eines institutionellen Rahmens bedarf, der über die reine Sollfunktion der bisherigen gesetzlichen Formulierung hinauszugehen hat. Eine Möglichkeit zum Einbezug bietet der Paragraph 99 SGB V – Bedarfsplanung -, der die Notwendigkeiten der Krankenhausplanung in Hinsicht auf die regionale Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung berücksichtigt wissen will.

§ 2 Krankenhausleistungen

Das KHGG enthält in § 2 nicht mehr das vormals im KHG NRW noch bestehende Verbot der Einrichtungen von Privatstationen. Das Verbot galt für Krankenhäuser, die öffentlich gefördert wurden, einschließlich der Universitätsklinik. Begründet wurde dieses Verbot damit, dass die Einrichtung dieser Stationen mit öffentlichen Mitteln dem Grundsatz der Chancengleichheit widerspricht. Die Vorhaltung räumlich abgegrenzter Behandlungs- und Pflegebereiche behindere die rationelle Ausnutzung der Kapazitäten des Krankenhauses und störe die Betriebsabläufe. Ausgeschlossen werden sollte die bevorzugte Behandlung privatversicherter Patienten zu Lasten der Patienten, die der gesetzlichen Krankenversicherung angehören.

An dieser Problematik hat sich nichts geändert. Der Fortfall des Verbots zur Errichtung von Privatstationen in öffentlich geförderten Krankenhäusern war somit rein wirtschaftlich motiviert. Eine Verschlechterung der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten ist gerade bei der gegenwärtig rapiden Ausdünnung des Pflegepersonals um so mehr zu befürchten.

In den § 2 Abs. des KHGG NRW ist wieder aufzunehmen: *Privatstationen werden weder eingerichtet noch betrieben.*

§ 5 Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patienten-seelsorge

§ 5 Abs. 2

Die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 zum Sozialdienst tragen ebenso wie die in § 1 Abs. 1 zur Zusammenarbeit der neuen Aufgabenstellung nach § 11 Abs. 4 SGB V nicht hinreichend Rechnung. Die Krankenhäuser sind nicht nur zur Förderung der Zusammenarbeit verpflichtet, sie haben im Verhältnis zu allen übrigen Beteiligten im Sozial- und Gesundheitswesen zwingend ein Versorgungsmanagement zu gewährleisten, das bei unzureichender Wahrnehmung zu Haftungsansprüchen der Versicherten führen kann. Die Sozialdienste sind deshalb zwingend personell entsprechend auszustatten.

Der Abs. 2 Satz 2 sollte wie folgt gefasst werden: „Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten zu beraten, das Versorgungsmanagement

nach § 11 Abs. 4 SGB V durchzuführen und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln. Der soziale Dienst ist so auszustatten, dass er seine Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen kann.“

Die Verpflichtung des sozialen Dienstes, die Ergebnisse der Gesundheitskonferenz zu berücksichtigen, ist im neuen § 5 Abs. 1 KHGG wieder einzusetzen.

III. Planung

§ 12 Krankenhausplanung

Das KHGG sieht keine zeitlichen Verpflichtungen zur Aufstellung eines Krankenhausplanes vor. Das alte Gesetz – KHG NRW - sah vor, dass eine Veröffentlichung alle zwei Jahre erfolgt. Eine Überprüfung sollte gesetzlich festgeschrieben werden. Die Initiative zur Überprüfung sollte entweder vom Land selbst oder, unter Berücksichtigung der regionalen Planungskompetenzen, durch Beteiligte der regionalen Planung ausgehen.

§ 14 Regionale Planungskonzepte

Das KHGG beinhaltet eine Abschwächung der Infrastrukturverantwortung im Planungsgrundsatz, da das zuständige Landesministerium quasi nur noch als Genehmigungsbehörde agiert. Gleichzeitig ist die regionale Planungsverantwortung durch das Gesetz in der alten Fassung belassen worden und damit ein Verwaltungsakt geblieben.

Die bisherige Regelung in § 14 Abs. 2 beschränkt sich im Rahmen der Aufstellung Regionaler Planungskonzepte auf die unmittelbar Beteiligten. Dieses ist in Hinsicht auf die bereits benannten Struktureigenschaft von Krankenhäusern deutlich zu wenig. Für die Betroffenen einer der Versorgungsregion bleibt das Verfahren sehr intransparent.

Es ist daher sinnvoll, aus dem bisherigen Verwaltungsakt, den das Verfahren zu den regionalen Planungskompetenzen darstellt, ein transparentes, beteiligungsorientiertes kommunales/regionales Verfahren zu machen. In dieses Verfahren sind neben den üblich Betroffenen vor allem die Kommune, PatientenvertreterInnen und Vertre-

terInnen anderer Gesundheitseinrichtungen einzubeziehen. Der Genehmigungsvorbehalt des Landes sollte bestehen bleiben, jedoch sollte im Planungsverfahren die Kommune eine moderierende Stellung erhalten sowie Schiedsfunktion wahrnehmen.

Durch das Streichen der **Schwerpunktplanung** sind die kreativen und innovativen Elemente öffentlicher Kompetenz ebenfalls verschwunden. Es entspricht auch der Sicht von ver.di, dass Krankenhausplanung eine Aufgabenplanung und keine Bettenplanung sein soll, da im Zuge der medizinischen Entwicklung seit den siebziger Jahren, wie der letzte Krankenhausplan eindringlich belegt, und erst recht unter den Vorgaben der DRG-Abrechnung, die Zahl der Krankenhausplanbetten letztlich keine planerische Relevanz mehr besitzt. Davon ausgenommen sind Spezialeinrichtungen mit besonderen infrastrukturellen Eigenschaften, wie beispielsweise Schwerverbrannten-Intensiveinrichtungen oder die neonatologische Intensivbehandlung. Aus Sicht von ver.di sind regionale Planungseinheiten unterhalb der Ebene der Versorgungsgebiete nicht in der Lage ein überregionales Angebot, dessen Definition ausschließlich nach gesundheits- und versorgungspolitischen Kriterien des Landes erfolgen sollte, zielführend festzulegen. Hinzu kommt, dass ein solches Vorgehen auch im Widerspruch zum im KHG-Bund - § 6 Abs. 2 und der dort geforderten länderübergreifenden Abstimmung des Versorgungsangebotes steht. Dieses kann durch einen reinen regionalen Planungsauftrag nicht erfüllt werden.

Die Kompetenz in Hinsicht auf übergreifende Aufgaben jenseits der Region sollte, unter Stärkung der regionalen Handlungs- und Planungskompetenzen im vorgenannten Sinne, weiterhin beim Land liegen. Ihre Ausgestaltung sollte als politischer Auftrag verstanden werden und nicht als reiner Verwaltungsakt, wie in der bisherigen Regelung.

ver.di empfiehlt daher, die Wiederaufnahme der **Schwerpunktplanung** in Verantwortung der Landesplanung in Anlehnung an den § 15 des KHG NRW wieder aufzunehmen.

Schwerpunktfestlegungen

(1) Besondere und überregionale Aufgaben sind den Schwerpunktfestlegungen des Landes vorbehalten. Sie werden in den Rahmenvorgaben benannt.

(2) Die Fortschreibung des Krankenhausplans durch Schwerpunktfestlegungen kann sowohl auf Antrag eines Krankenhausträgers als auch auf Anregung der Verbände der Krankenkassen sowie von Amts wegen erfolgen.

(3) Wird der Krankenhausplan nach Absatz 2 fortgeschrieben, ist wie folgt zu verfahren:

1. *Die Beteiligten nach § ... und das betroffene Krankenhaus werden von der zuständigen Behörde gehört.*
2. *Der Landesausschuss erörtert den Antrag.*
3. *Die Änderung des Krankenhausplans erfolgt durch Bescheid der zuständigen Behörde.*

(4) Soweit Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Krankenhausleistungen dieser Krankenhäuser. Bei Aufgaben der Ausbildung muss die Finanzierung gewährleistet sein.

IV. Krankenhausförderung

Der Kernpunkt des KHGG war der Wegfall der Antragsförderung nach § 9 Abs.1,2 KHG-Bund und deren Ersetzung durch die sogenannte Baupauschale. Auch wenn sie zweckgebunden eingesetzt wird, sind pauschale Fördermittel betriebswirtschaftlich als Investitionskostenzuschuss zu betrachten, der die Investitionsentscheidung nicht beeinflusst. Dies mag Ziel dieses Gesetzes gewesen sein. Jedoch ist damit zugleich auch die durch die Antragsförderung vorgesehene Möglichkeit der Steuerung nach medizinischen beziehungsweise gesundheitspolitischen Gesichtspunkten und Prioritäten entfallen. Unter dem Gesichtspunkt eines politisch-gestalterischen Landeshaushaltes ist dies ein Rückschritt. Angesichts seit Jahren unzureichender Fördermittel mag sich dies für die Politik als Entlastung dargestellt haben. Unter dem Gesichtspunkt der Wettbewerbssteuerung neutralisiert sie jedoch die Förderung und stellt sie ausschließlich unter die Entscheidungsgewalt des jeweiligen Krankenhausträgers und seiner einzelwirtschaftlichen Interessenlage.

ver.di fordert die Regelungen zur Pauschalfinanzierung durch Rechtsverordnung wieder in die gesetzliche Regelung des KHGG zurückzuführen, sodass es wieder zu einer durch Parlamentsentscheidung begründeten Krankenhausförderung kommen kann und somit eine politische Steuerung und Ausrichtung an gesundheitspolitischen Zielsetzungen möglich ist.

In Hinsicht auf die **pauschale Förderung** nach § 9.3 KHG-Bund – Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter - ist die Abkehr von der reinen Bettenzahl sinnvoll, wenn nicht sogar notwendig gewesen. Die Hinwendung zur Fallwertberechnung auf Grundlage der Abrechnungspunkte nach DRG führt allerdings dazu, dass pauschale Fördermittel als ein besonders gesetzter Anreiz zur Fallausweitung verleiten, der nicht wesentlich anders zu bewerten ist, als der nach dem alten System auf das Krankenhausbett bezogene Fördergrundsatz. Die Tendenz zur Fallausweitung und

zum fallbezogenen Upgrading, die sowohl gesundheitspolitisch, als auch medizinisch nicht wünschenswert ist, wird durch eine Bindung an den Fallwert unterstützt.

Betriebswirtschaftlich stellen Investitionen Gemeinkosten dar und sind in der Regel nicht fallabhängig zu betrachten. Eine Anbindung an die Fallmenge und den durchschnittlichen Fallwert ist damit betriebswirtschaftlich problematisch. Die Fallmenge selbst drückt nur bedingt den Investitionsbedarf aus. Die jetzige Regelung belohnt die Punkt- und Fallausweitung. Der Infrastrukturaspekt gesundheitlicher Einrichtungen wird mit einer Anbindung an die Leistungsmengen konterkariert. Dieses gilt umso mehr, wenn durch die Einführung der Baupauschale auch die bisher steuerungsrelevante Antragsförderung in ähnlicher Art und Weise umgesetzt ist, wie nach § 2 Abs. 2 der Verordnung nach § 18 Abs. 2 KHGG geregelt. Der Hinweis, dass die Verordnung in Abstimmung mit dem Finanzministerium zu erstellen ist, verdeutlicht, ebenso wie die Berechnungsweise der Baupauschale auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel, einen **problematischen Bezug zum Haushaltsvorbehalt**. Das KHG – Bund begründet in § 4 Nr. 1 die Verpflichtung der Länder zur Übernahme der Investitionskosten und damit zur Bereitstellung der erforderlichen Mittel im Landeshaushalt. Die Transformation der pauschalen Fördermittel in einen regulären Entgeltbestandteil, dessen genaue Höhe allerdings a priori nicht bekannt ist, folgt einer einzelwirtschaftlichen Logik, die mit dem Charakter des KHG und dessen Zielsetzung im Widerspruch steht.

ver.di schlägt vor, unabhängig vom Haushaltsansatz für die Investitionsförderung die ergänzende Wiedereinführung einer antragsbezogenen Förderung für Krankenhausneubauten oder Teilneubauten sowie die Einrichtung eines Topfes für Krankenhausgroßgeräte.

Denn die Krankenhausinvestitionsförderung ist keine freiwillige Leistung deren Vergabe im Ermessen der Landesregierung liegt und je nach Haushaltslage zu bemessen ist.

Vor diesem Hintergrund schlägt ver.di die Streichung des Haushaltsvorbehalts in § 17 Satz 1 vor.

Bei der Bewertung und Vergabe pauschaler Fördermittel, insbesondere zur Berücksichtigung infrastruktureller Anforderungen an Krankenhäuser, sollte ein gemixter Wert zugrunde gelegt werden. Neben leistungsbezogenen sollte er krankenhauplanerische Aspekte einbeziehen, mit der Betonung auf der Vorhaltung von Einrichtungen, anders als in der bisherigen Verordnung zum KHGG, ist der gemixte Wert nicht unter Haushaltsvorbehalt zu stellen.

Seit Bestehen des KHGG ist es nicht zu der im KHG-Bund verpflichtenden Anpassung der Pauschalbeträge für kurzfristige Anlagegüter gekommen.

ver.di fordert deshalb die gesetzliche Regelung der Pauschalfinanzierung in Form bedarfsorientierter fester jährlicher Beträge, die in ihrer Höhe der Kostenentwicklung anzupassen sind, wie es die Bundesgesetzgebung im KHG-Bund in §9 Abs. 3 vorsieht.

V. Krankenhausstruktur und sonstige Bestimmungen

§ 31 Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

§ 31 (2) In Hinsicht auf die Frage der Abteilungsärzte ist zu berücksichtigen, dass die Definition der Abteilung so nicht mehr sinnvoll ist. Denn im Zuge der Entwicklung hin zur Spezialisierung innerhalb der medizinischen Fächer in Form von Subdisziplinen, die krankenhauplanerisch keine Abteilungen sind, haben sich diese in Form von medizinischen Zentren oder medizinischen Schwerpunkten organisatorisch verselbstständigt. Die Regelung sollte in der Hinsicht aufgeweicht werden, dass die Weisungsungebundenheit sich auf den medizinisch zugeordneten Bereich bezieht. Eine Regelung in der organfremde MitarbeiterInnen, hier Belegärzte, einem Abteilungsarzt gleichgestellt werden, hält ver.di für problematisch, zumal gegenüber den alten Regelungen die Beschränkung auf die krankenhauplanerische Belegabteilung weggefallen ist.

VI. Zusammenfassende Bewertung

ver.di stimmt mit den Zielen des **Koalitionsvertrages** der jetzigen Landesregierung (Koalitionsvertrag 2012 – 2017, SPD NRW – Bündnis 90/Die Grünen NRW) überein, eine „bedarfsgerechte und ohne Hürden zugängliche gesundheitliche und medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in NRW – unabhängig von sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht“ /S.127/ zu schaffen. Ebenfalls stimmen wir darin überein, dass Krankenhäuser „nicht dem freien Spiel des Marktes überlassen werden“ dürfen, da es „kein funktionierendes Marktgeschehen in diesem Bereich“ /S.128/ gibt

Aus Sicht von ver.di ist dieses Ziel jedoch nicht mit den im KHGG enthaltenen Regularien zur Planung und Förderung von Krankenhäusern in Übereinstimmung zu bringen. Das KHGG in seiner jetzigen Form ermöglicht keine ausreichende qualitative Einflussnahme auf die stationäre Versorgung und beinhaltet keine struktursteuernden Möglichkeiten der Landesregierung wie der öffentlichen Akteure im Bereich der Kommune. Will die Landesregierung ihr Ziel, „neue, sektorenübergreifende Versorgungsformen zu fördern“ und die „Gesundheitsversorgung als ein regionales Netz entlang der Patientenbedürfnisse umzusetzen“/S.129/ realisieren, bedarf es in den Kernbereichen der Krankenhausplanung und –finanzierung anderer Instrumente der öffentlichen Einflussnahme.

Ob der im Koalitionsvertrag genannte „Sonderfond Krankenhäuser“ die strukturellen Defizite des KHG im Bereich Krankenhausplanung und Krankenhausförderung des KHGG zu kompensieren vermag, muss bezweifelt werden.

ver.di fordert daher, dass die öffentliche Infrastrukturverantwortung für die stationäre Gesundheitsversorgung nicht nur wieder gesetzlich verankert, sondern darüber hinaus deutlich erweitert wird.

Zentrale Schritte in diese Richtung sind aus Sicht von ver.di:

- Aufwertung und Neubestimmung der Einflussmöglichkeiten der Kommune wie regionaler Akteure im Prozess der Krankenhausplanung. Insbesondere ist die Funktion der Kommune hinsichtlich der Ausgestaltung und Schaffung der

Kooperationsbeziehungen von Krankenhäusern sowie bei der sektorenübergreifenden Vernetzung und Kooperation von Versorgungsangeboten neu zu bestimmen.

- Für die Entwicklung und Planung überregionaler Schwerpunkte der stationären Versorgung muss das Land ebenso wieder Verantwortung und Zuständigkeit übernehmen, wie für die regelmäßige Überprüfung und Letztentscheidung über das Angebot regionaler Angebote und Strukturen.
- Die Krankenhausförderung ist so auszurichten, dass sie den versorgungspolitischen Grundsätzen entspricht und bei der Bemessung des Förderbedarfs den Struktureigenschaften von Krankenhäusern Rechnung trägt, um somit struktursteuernde Wirkung entfalten zu können.
- Hierzu sind bei den unterschiedlichen Krankenhäusern deren spezifische Strukturfaktoren bei der Pauschalfinanzierung zu gewichten. Deshalb sind Elemente von antragsbezogener Förderung sowohl bei Baumaßnahmen als auch der Beschaffung medizinischer Großgeräte, wieder zu ermöglichen.