



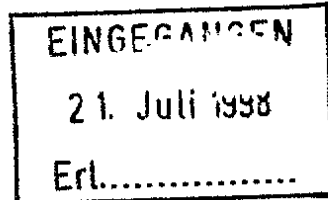
**Gewerkschaft
Öffentliche Dienste,
Transport
und Verkehr
Bezirksverwaltung NW II**

ÖTV-Bezirksverwaltung, Postfach 10 08 49, 44708 Bochum

An den

Vorsitzenden des Ausschusses
für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen
und Flüchtlinge
Herrn Bodo Champignon
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf



Abt. Gesundheitswesen

Unsere Zeichen: vh-ho
Durchwahl: (02 34) 3 33 08 - 0 (51-52)
Fax: (02 34) 3 33 08 - 13

Bochum 10.08.1998



Sehr geehrter Herr Champignon,

beiliegend überreichen wir Ihnen die Stellungnahme der ÖTV - Bezirke NW I und NW II zur geplanten Novellierung des KHG NW.

Wir bitten Sie, unsere Positionen bei Ihren weiteren Beratungen zu berücksichtigen.

In der Anhörung im zuständigen Ausschuß werden wir unsere Positionen gerne näher erläutern. Darüber hinaus stehen wir den Fraktionen selbstverständlich zur Diskussion zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Heinz Schürheck
Bezirksvorsitzender ÖTV NW I

Hanneliese Feldkamp
Bezirkssekretärin ÖTV NW I

Klaus Orth
Bezirksvorsitzender ÖTV NW II

Volker Hoppmann
Bezirkssekretär ÖTV NW II

Verteiler:

- Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Birgit Fischer
- Fraktionsvorsitzender der CDU - Fraktion im Landtag NRW, Herrn Dr. Linssen
- Fraktionsvorsitzender der SPD - Fraktion im Landtag NRW, Herrn Klaus Matthiesen
- Fraktionsvorsitzender der Grünen im Landtag NRW, Herrn Roland Appel
- Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge, Herrn Bodo Champignon

Hans-Liersch-Haus
Universitätsstr. 76
44789 Bochum

Fernruf: (02 34) 3 33 08 - 0
Fax: (02 34) 3 33 08 - 13

Bank für Gemeinwirtschaft AG (BLZ 430 101 11)
Niederlassung Bochum, Konto 11 732 106 00
Anschrift: Postfach 10 08 49, 44708 Bochum

ent. am 22. 7. 98. GA

Stellungnahme der Gewerkschaft ÖTV NW I und II zum Kabinettsentwurf zur Novellierung des KHG-NW

Allgemeine Vorbemerkungen

Die Gewerkschaft ÖTV begrüßt grundsätzlich die von der Landesregierung angestrebte Förderung der stärkeren Vernetzung des Gesundheitswesens. Damit steht sie nicht nur im Einklang mit der von vielen Verbänden und im Gesundheitswesen engagierten Organisationen, sondern auch mit dem überwiegenden Teil der Wissenschaft, der angesichts der prognostizierten soziodemographischen Veränderungen das derzeitige Gesundheitswesen für nicht variabel genug und damit für nicht zukunftsfähig hält.

Leider spiegelt der Entwurf im wesentlichen die modernistischen neoklassischen Entwürfe der Selbststeuerung durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb wieder, damit einhergehend einen eklatanten Rückzug des Staates aus der verfassungsrechtlichen Verantwortung für die gesundheitliche Gefahrenabwehr.

Insofern befindet sich der Gesetzentwurf im Einklang mit der derzeitigen Politik der Bundesregierung und geht in wesentlichen Teilen sogar über die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen hinaus.

Uns ist bewußt, das ein Landesentwurf sich nicht über Bundesgesetze hinweg setzen kann. Dies hat ja bekanntlich zu einem ÖGD-Gesetz geführt, daß sich durch Leerformeln wie „durch Selbstverpflichtung der Beteiligten“ behelfen muß. Die Überschreitung bundesgesetzlicher Grenzen im vorliegenden Entwurf läßt allerdings vermuten, daß die Landesregierung einen landesrechtlichen Präzedenzfall schaffen möchte. Dieses ist um so mehr zu vermuten, als der Landesgesetzentwurf im Bereich der Krankenhausplanung deutliche Verwandtschaft mit einem SPD-Entwurf zur 3. Stufe der Gesundheitsreform aus dem Jahre 1996 hat.

Insofern steht der Gesetzentwurf im Bereich der gesundheitlichen Steuerung sowohl im Widerspruch zu den eigenen politischen Forschungsschwerpunkten zur ortsnahen Koordinierung als auch zu den etwa im ÖGD-Gesetz verfolgten Ziele der Kooperation und Vernetzung. Das angestrebte Verfahren zur Krankenhausplanung stellt nicht die erweiterte Einbeziehung der Betroffenen dar. Es geht vielmehr noch über die Möglichkeiten des § 110 SGB V und die durch die im Rahmen der den Budgetverhandlungen vorhergehenden Strukturverhandlungen zwischen einzeltem Krankenhaus und den Krankenhausverbänden und der Krankenkassen hinaus. Tatsächlich stellt das vorgeschlagene Verfahren eine Entöfentlichung der Krankenhaus(bedarfs)planung dar.

Folgende grundsätzliche Veränderungen im Gesetzentwurf werden von der ÖTV gefordert:

1. Die staatliche Verantwortung darf nicht ausgehöhlt werden. Insbesondere muß die Bestätigung des Krankenhausplans weiterhin ein staatlicher Akt des Landes sein und darf nicht zu einem Verwaltungsakt einer Mittelbehörde degenerieren. Dieses steht zudem im Einklang mit dem im KHG festgelegten Verfahren.
2. Die im ÖGD-Gesetz angedachten, aber für die Praxis noch unzureichenden Instrumente der ortsnahen Koordinierung sind gezielt in die Krankenhausplanung einzubeziehen und insofern gegenüber den bisherigen Regelungen zu konkretisieren und aufzuwerten.
3. Die unmittelbar Beteiligten an der Krankenhausplanung sind durch die Vertretung der Beschäftigten im Gesundheitswesen zu ergänzen.
4. Die Abwertung der psychiatrischen Krankenhäuser bei der Pauschalförderung ist zurückzunehmen.

Zusammenfassende Stellungnahme

Die Gewerkschaft ÖTV sieht in dem Kabinett der Landesregierung beschlossenen Entwurf zur Reform des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen einen gravierenden Eingriff in die bisherigen Bedingungen des Krankenhausmarktes in Nordrhein-Westfalen

Der Entwurf sieht vor, das Planungsverfahren für die Krankenhausplanung in eklatanter Weise zu verändern:

1. Das Land will sich in Zukunft darauf beschränken, für die allgemeine Krankenhausversorgung bestimmte Rahmenvorgaben zu machen, die dann in Form sogenannter Konzepte, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern ausgehandelt werden sollen, zur Umsetzung gelangen.
2. Das Land nimmt für sich direkte Planungskompetenz für Krankenhäuser nur noch bei Aufgaben von überregionaler Bedeutung, sogenannten Schwerpunktaufgaben, etwa Transplantationsmedizin, wahr.
3. Ansonsten stellt sie gemeinsam und möglichst im Einvernehmen mit Vertretern der am Gesundheitswesen unmittelbar Beteiligten Planungsgrundsätze auf. Diese sollten auch zukünftige Trendaussagen und Aussagen zu einer Interpretation der Forderung nach Wohnortnähe beinhalten.
4. Die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen tragen im wesentlichen die Planungsverantwortung durch die Formulierung umsetzungsrelevanter Konzepte. Die öffentliche Beteiligung soll dabei auf zweierlei Art sicher gestellt werden: Einmal durch die Beteiligung der Kommune bei der Aufstellung der Konzepte. Zum zweiten durch die Genehmigung irgendeiner Aufsicht führenden Behörde.

Wir halten diese Neuorientierung für grundlegend falsch und fordern eine Umorientierung zu einer sich auf die staatliche Verantwortung besinnende Gesundheitspolitik:

1. Grundsätzlich muß die staatliche Verantwortung erhalten bleiben. Der Gesetzentwurf stellt dieses nicht sicher. Aus unserer Sicht verstößt er auch gegen Verfassungsrecht, da das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes diese Verantwortung grundsätzlich vorsieht.
2. Das Land kann sich nicht darauf zurückziehen, daß durch die Kommune Staat genug einbezogen sei. Die Kommune ist im föderalen Aufbau nicht zum Staat zu rechnen. Sie hat heute im übrigen genug damit zu tun, die eigenen grundlegenden gesundheitspolitischen Ziele für ihre Bürgerinnen und Bürger sicher zu stellen. Gegen ein konkretes Verfahren über die Kommunen ist allerdings dann nichts einzuwenden, wenn das Land die Planungskompetenz vor Ort sicherstellt, indem es Geld für Expertinnen gibt. Darüber hinaus müßte es die notwendigen infrastrukturellen Verknüpfungen schaffen, um das Ineinandergreifen staatlicher Planung mit regionaler Planung zu ermöglichen.
3. Unklar bleibt wer die Genehmigungsbehörde ist. Es steht zu vermuten, daß es nicht das Sozial- und Gesundheitsministerium ist. Damit werden Politik und Genehmigung auseinandergerissen. Das Land drückt sich, überspitzt gesagt, vor der politischen Verantwortung für Planungsentscheidungen. Die Sicherstellung gleicher Lebensbedingungen ist staatliche Aufgabe und kann nicht auf eine Mittelbehörde verlagert werden, die prüft ob ein Konzept rechtlich mit den Vorgaben des Landes übereinstimmt.

4. Überhaupt weist der Entwurf sowohl Entstaatlichungstendenzen, als auch Aspekte des Abbaus von Beteiligungsmöglichkeiten auf. Die Rahmenvorgaben stellen in Zukunft die hauptsächlichsten Beteiligungsmöglichkeiten für die unmittelbaren Mitglieder im Landeskrankenhausausschuß dar. Die Rahmenvorgaben erweisen sich aber als eine Ansammlung von unkonkreten Planungsvorgaben, auf deren Grundlage eine konkrete Planung erst stattfinden könnte. Tatsächlich hört die staatliche Kompetenz entsprechend des Entwurfes aber dort auf.
5. Deutlich ist auch, daß Krankenhausträger und Krankenkassen ungleiche Verhandlungspartner sind. Dieses wird grundsätzlich nicht dadurch geändert, daß man die Städte und Gemeinden miteinbezieht. Die Krankenkassen sind grundsätzlich im Vorteil. Die einzelnen vor allem kleineren Träger können grundsätzlich gegeneinander ausgespielt werden. Die Entscheidungsvorgaben für die Aufsichtsbehörden sind dabei auch noch so vage, daß alles denkbar erscheint.
6. Und nicht zuletzt muß sich das Land angesichts schon bestehender hoher Arbeitslosigkeit gefallen lassen, für die beschäftigungspolitischen Konsequenzen verantwortlich gemacht zu werden. Wir befürchten, daß in kurzer Zeit bis zu 20% der derzeitigen Krankenhausbetten wegfallen könnten, wenn die Krankenkassen, die unter dem Druck steigender Beitragssätze stehen, die Planung im Grunde genommen allein vornehmen. Für Nordrhein-Westfalen wären das etwa 30000 Betten mit bis zu 50.000 gefährdeten Arbeitsplätzen. Wir halten dieses für eine wichtige Verantwortung und glauben, daß diese politisch verantwortlich gestaltet werden muß, und nicht einem Verwaltungsakt überlassen werden darf.

Wir schlagen deshalb das folgende Verfahren vor:

1. Das Land behält die Letztentscheidung und entscheidet weiterhin über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Dabei hat es weiterhin mit dem Landeskrankenhausausschuß Einvernehmen anzustreben.
2. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Träger der Krankenhäuser erarbeiten jeweils gemeinsam Versorgungskonzepte zur örtlichen bzw. regionalen Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Vorschlag zur Fortschreibung des Krankenhausplan.
3. Die örtliche Gesundheitskonferenz nach § 24 ÖGD-Gesetz bewertet in Form einer Stellungnahme die Versorgungskonzepte der Vertragsparteien. Die Stellungnahme ist Bestandteil des Vorschlages zur Fortschreibung des Krankenhausplans.
4. Das Land entscheidet auf der Grundlage des Vorschlages der Parteien nach Punkt 2. Und der Stellungnahme der örtlichen Gesundheitskonferenz in Abstimmung mit den Beteiligten an der Krankenhausversorgung im Landesausschuß.
5. Die Weiterentwicklung des Krankenhausplans erfolgt auf der Grundlage der gemeinsamen und einvernehmlichen mit dem Landesausschuß festgelegten Planungsgrundsätze, die auch den Grundsatz der Vernetzung und Integration berücksichtigen.
6. Der Landesausschuß setzt sich aus allen Beteiligten der Krankenhausversorgung zusammen. Als wesentliche Beteiligte sind die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen anzusehen. Sie und ihre Gewerkschaft sind deshalb zu den unmittelbar Beteiligten zu rechnen.

Die Neuregelung der Krankenhausförderung ist grundsätzlich überfällig. Dennoch sei darauf hingewiesen, daß ein Trend zur Bevorzugung größerer gegenüber kleineren Häusern auch hier im Gesetz abzulesen ist. Die Bedeutung der Grund- und Regelversorgung, also die gestufte Krankenhausversorgung in der Region, wird vom Ministerium unseres Erachtens unzureichend gewürdigt. Wir schlagen deshalb vor, die Punktwerte für die Eingruppierung in die Stufen entsprechend abzusenken. Die Regelung der Leistungspauschale, die einer Absenkung der Bettenzahl finanziell entgegenwirken soll, wird den neuen Bedingungen immer größerer Leistungsdichte noch nicht ausreichend gerecht.

Besonders gravierend wird die Benachteiligung kleinerer Häuser bei der Absenkung der pauschalen Förderung für psychiatrische Krankenhäuser, die gegenüber der bisherigen Regelung vor allem kleinere, also wohnortnahe Häuser schlechter stellen wird. Damit wird dem politisch insgesamt gewollten Konzept der Dezentralisierung psychiatrischer Einrichtungen entgegen gewirkt. Wir fordern diese Neuregelung nicht in das Gesetz zu übernehmen.

Abschließende Bemerkungen

Die Gewerkschaft ÖTV gibt zu bedenken, ob ein modernes Krankenhausgesetz die Veränderungen in der Leistungsdichte und die Förderung teilstationärer Angebote nicht stärker in den Vordergrund zu stellen hätte. Dabei ist nicht zuletzt zu berücksichtigen, daß der Verlust von Versorgungsangeboten im Bereich der Grund- und Regelversorgung nicht nur durch den Abgang von Einrichtungen sondern auch durch Qualitätsverschlechterungen aufgrund von mangelnden Refinanzierungsangeboten zu erwarten ist. Der Sicherstellungsauftrag insbesondere in Hinsicht auf die Gefahrenabwehr in Verbindung mit dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse wäre damit gefährdet.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß die Gewerkschaft ÖTV mit Inkrafttreten eines solchen Gesetzes eine dramatische Verschlechterung auch der Arbeitsmarktsituation im Gesundheitswesen erwartet. Viele kleinere und mittlere Krankenhäuser dürften den Existenzkampf nicht überleben. Die Gesetzgebung der letzten Jahre hat in den Krankenhäusern bereits jetzt zu einem zum Teil merklichen Rückgang des Personals geführt. Besonders betroffen sind der Pflegedienst und der medizinisch-technische Dienst. Zugleich wurden die arbeitsmarktpolitischen Hoffnungen durch die Pflegeversicherung und angesichts der Situation im Kur- und Rehabereich nicht erfüllt. Es steht zu erwarten, daß eine Planung, die allein den fiskalischen Interessen der Krankenkassen folgt, durch die Schließung ganzer Standorte innerhalb kurzer Zeit zu einem dramatischen Abbau von Arbeitsplätzen führen wird. Als Interessenvertretung der Beschäftigten sehen wir die Pflicht des Staates auch darin, strukturelle Entscheidungen im Gesundheitswesen mit dem Ziel der Harmonisierung unterschiedlicher Zielfelder zu fällen, d.h. den gesellschaftspolitischen Nutzen der Minimierung fiskalischer Gesamtbelastung unter der Berücksichtigung der Ziele der Minimierung von Arbeitslosigkeit bei Schaffung gesellschaftlich sinnvoller Tätigkeiten, des Erreichens hoher Qualität, die auch die Wohnortnähe stationärer Versorgung beinhaltet, sowie die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, die nicht durch unternehmerische Strategien einzelner Beteiligter negativ überlagert wird, zu erwägen.

Anlage

Erläuterung und Detailkritik zu den einzelnen Abschnitten des Gesetzentwurfs

Abschnitt II; Krankenhausplanung - §§13-17

Die bundesgesetzlichen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Krankenhausplanung verlangen explizit die öffentliche-rechtliche Verantwortung in Form des Sicherstellungsauftrags des Landes. Die im Entwurf vorgeschlagene Neuregelung der Krankenhausplanung wird diesem Sicherstellungsauftrag nicht gerecht.

Dieses wird gleich an mehreren Aspekten der Neuregelung deutlich:

1. Der Krankenhausplan muß nach KHG die zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen notwendigen, bedarfsgerechten Krankenhäuser beinhalten. Diese Feststellung wird aber im Entwurf aus der staatlichen Verantwortung herausgenommen und quasi auf die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen verlagert. Zudem verschiebt sich die Verhandlungsmacht zu Gunsten der Krankenkassenverbände. Während bisher im Ausschuß den Krankenkassenverbänden die gleichgewichtige Verhandlungsmacht der Anbieterverbände die gleichwertig zu Seite stand, sieht sich künftig der einzelne Krankenhausträger alleine der geballten Macht der Krankenkassenverbände gegenüber, die zudem ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus der landesweiten Aufgabenstellung nutzen zu können, über die der einzelne Träger naturgemäß nicht verfügt

Die durch diese „gemeinsam und gleichberechtigte“ getroffene Festlegungen werden nur noch im Wege der Rechtmäßigkeitsprüfung - ergänzend soll geprüft werden, ob der allgemeine Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin beachtet worden ist - zu Bestandteilen des Krankenhausplans. Dieses Verfahren entspricht weder den bundesgesetzlichen Vorgaben noch wird es dem politisch gewollten Sicherstellungsauftrag des Landes gerecht.

Die Letztentscheidung über die Inhalte des Krankenhausplans und deren Feststellung muß beim Land verbleiben.

2. Besondere Bedeutung gewinnt diese Verlagerung der Krankenhausplanung auf die Parteien der Pflegesatzvereinbarung, da auch die Regelungen zur Krankenhausrahmenplanung, jetzt Rahmenvorgaben genannt (§ 14), inclusive deren Begründungen dem Anspruch an die staatliche Sicherstellung nicht erfüllen können.

Zwar sieht § 14 Absatz 1 grundsätzlich vor, daß die Rahmenvorgaben die Art und Zahl der Versorgungsangebote beinhalten soll. Durch die in der Begründung vorgegebenen vagen Verfahrenskriterien als Bestandteile der Rahmenvorgaben, werden diese Vorgaben aber so stark aufgeweicht, daß die zur Durchsetzung des öffentlichen Sicherstellungsauftrags verpflichteten mittleren Verwaltungsbehörden keine rechtssicheren Genehmigungsgrundlagen haben. So wird bei den quantitativen Eckdaten von „Szenarien“, von Interpretationen für die Zukunft geredet. Die Bedeutung der Ist-Analyse wird zwar als „wesentlichstes Merkmal des Rahmenvorgabens Rahmenplans“ gedeutet.

Gleichzeitig werden darauf „Entwicklungstendenzen **abstrakt** formuliert“ um als Zukunftsprognose zu gelten. Die Verteilung voll- und teilstationärer Versorgung in „ausgewählten Disziplinen“ wird festgelegt.

Im Zweifelsfalle ist zu befürchten, daß die Aufsichtsbehörde den Planvertrag/ die Festlegung/die Konzepte zu genehmigen hat, weil sie mit irgendeinem wissenschaftlich begründbaren Planungsgrundsatz übereinstimmt.

Die Rahmenvorgaben verwandelt sich damit in eine nur in Teilen konkrete Richtgröße, deren Durchsetzung auf der Grundlage des geplanten Verfahrens zweifelhaft ist. Richtgrößen bedürfen der Interpretation im Rahmen eines genügend zentralisierten Verfahrens. Das einzelne Krankenhaus bzw. die einzelnen Krankenhausträger können im Verhältnis zu den Verbänden der Krankenkassen nicht als genügend zentralisierte Ebene angesehen werden. Auf die wettbewerbpolitischen Implikationen wird im weiteren Text noch eingegangen. Der Einbezug der Städte bzw. des Kreises ist allein deswegen fragwürdig, weil es um fachliche Planung geht. Es ist derzeit nicht zu erkennen, daß der größte Teil der betroffenen Gebietskörperschaften die notwendigen fachlichen Kompetenzen besitzt und im Zuge der hinzu gewonnenen Aufgaben Kompetenz aufbauen kann. Die Lösung verkommt zu einem politischen Feigenblatt, es sei denn das Land ist ernsthaft gewillt die notwendige öffentliche Gestaltungscompetenz vor Ort finanziell zu unterstützen.

3. § 13 sieht vor, daß der Krankenhausplan sowohl durch die Änderung des Krankenhausrahmenplans als auch durch die Änderung der Festlegungen der Parteien der Pflegesatzvereinbarung (nach deren Genehmigung durch die die Aufsicht führende Behörde / Mittelbehörde) verändert wird. Im Rahmen des genannten Verfahrens wird der Krankenhausrahmenplan von den Realisationen durch die Festlegungen entkoppelt. Unklar bleibt, wer denn die Genehmigungsbehörde sein soll. Sie ist im Entwurf nicht präzisiert, was angesichts der gravierenden Verlagerung von Entscheidungskompetenz notwendig erscheint. Zwar läßt sich interpretieren, daß es weder die untere (Kommune) noch die obere (Ministerium) ist. Es kommt also nur die Mittelbehörde in Frage. Dennoch bedarf es einer Klärung. Die Mittelbehörde als Aufsichtsbehörde kann im Rahmen ihrer Qualifikationen nur eine Prüfung der Übereinstimmung mit den unspezifischen Kriterien prüfen. Die Feststellung des Krankenhausplans wird damit in vielen Fällen in die gerichtliche Ebene gezogen, sofern was zu erwarten sein wird, die Parteien der Konzeptentwicklung sich nicht einigen können. Die Feststellung des Krankenhausplans auf der Grundlage höherwertiger Überlegungen des Landes (z.B. Sicherstellung der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten durch universitäre Einrichtungen) läßt sich wenigstens über die vorgesehene Gestaltung der Rahmenvorgabenplan nicht zielsicher erreichen.

„Dies belegt im übrigen sogar der Text des Gesetzentwurfes schlüssig. Während nach § 13 Abs. 1 das Ministerium den Krankenhausplan aufstellt und fortschreibt, läßt § 13 Abs. 2 Satz 3 keinen Zweifel daran, daß die Fortschreibung nicht durch das Ministerium, sondern durch die Änderung u.a. der sonstigen Festlegungen, d.h., nach § 16 Abs. 5-7 durch die Genehmigung oder Nichtgenehmigung der „Konzepte“ der Krankenkassenverbände bzw. des Krankenhausträgers durch die nachgeordnete Behörde erfolgt. Da das weitaus größte Veränderungspotential am Krankenhausplan des Landes durch Fortschreibung und nicht durch Neuaufstellung des Krankenhausplanes zustande kommt, bedeutet dies in der Praxis, daß im Kern - wie in den früheren Entwurfsfassungen - den Krankenkassenverbänden die Planungsmacht zugeordnet wird.“

Dieses Grundverständnis kommt auch im § 13.5 zum Ausdruck, der den Einbezug der Universitätskliniken auf die Ebene der Festlegungen/Planverträge/Konzepte vorsieht. Finanziell sind Universitätskliniken Versorgungseinrichtungen überregionaler Bedeutung und damit grundsätzlich und in Gänze der Schwerpunktplanung zuzuordnen. Die Begründung zu § 15 sieht vor, daß dazu ein bestimmtes klinisches Umfeld, Begleitdisziplinen und ähnliches zu beachten ist. Der öffentliche Aufgabenzusammenhang geht den Verfassern des Entwurfes offenbar abhanden. Vereinfacht ausgedrückt: Durch die vorgedachte Dreiteilung des Krankenhausplans stellt das Land die hoheitliche Verantwortung für die gesundheitliche Planung nicht mehr sicher.

Die Rahmenvorgaben in der vorgedachten Form sind damit ein untaugliches Instrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und unter sozialen Zielen definierten wirtschaftlichen Krankenhausversorgung.

1. Problematisch an der Festlegung durch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung anstelle der Festlegung durch das Land ist zudem, daß das Land nicht mehr die Auswahlentscheidung für das einzelne Krankenhaus trifft. Im Rahmen des dezentralen Verfahrens ist das einzelne Krankenhaus bzw. der einzelne Träger nicht in der Lage, die Vorgaben des Krankenhausrahmenplans genügend in seine Verhandlungen einzubringen.

Die Interpretation der Rahmenvorgaben als Anspruch gegenüber den nach § 213 SGBV zum einheitlichen und gemeinsamen Handeln verpflichteten Krankenkassen ist den Krankenhäusern aus strukturellen Gründen gar nicht möglich, da sie unternehmenspolitisch die unternehmerischen Entwicklungsplanungen der Konkurrenten nicht kennen können. Strategisch befinden sie sich also in einer Unsicherheitssituation gegenüber den Krankenkassenverbänden. Diese sind im Gegenzug im Besitz aller Verhandlungsangebote von Konkurrenzkrankenhäusern. Insbesondere kleine und mittlere Krankenhäuser sind damit wettbewerbspolitisch deutlich benachteiligt.

Überdies wird an den gesetzlichen Implikationen der Charakter des gesamten Verfahrens deutlich. Der Krankenhausplan wird von den Verbänden der Krankenkassen aufgestellt und im Wege der Rechtsprüfung wirksam. Das Land selbst zieht sich auf die Schwerpunktplanung und ansonsten auf Empfehlungen in Form statistischer Kennziffern, der maximalen Planbettenzahlen und vager Zukunftsszenarien zurück. „Krankenhausplanung beinhaltet durch den grundsetzlich den Ländern überantworteten Gewährleistungsauftrag nicht nur Fragen der Rechtmäßigkeit, sondern insbesondere auch die der Zweckmäßigkeit der Versorgungsstrukturen. Allein deswegen ist es verfassungsrechtlich mehr als zweifelhaft, wenn das Land seiner Verpflichtung zur konkreten quantitativen wie qualitativen Sicherstellung durch den Verwaltungsakt einer nachgeordneten Behörde nachkommt, der keinerlei gestaltende Aufgabe mehr hat, sondern lediglich die Rechtmäßigkeit des Handelns Dritter im Rahmen allgemeiner Postulate feststellt.“

Anzumerken ist, daß mittel- bis langfristig der wettbewerbspolitische Zwang zur Vermachtung der Märkte auch auf Seiten der Leistungsanbieter zu erwarten ist, um das strukturelle Defizit der Krankenhäuser auszugleichen. Diese Entwicklung ist aus den USA bekannt, wo nur noch wenige Anbieter die regionale Krankenhauslandschaft dominieren. Die gesundheitspolitische Relevanz dieses Vordringens privater Krankenhausketten und deren Einfluß auf die Politik und die langfristigen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen sind allerdings auch in Deutschland durchaus schon festzustellen.

Hierbei spielen insbesondere die ostdeutschen Länder eine Vorreiterrolle. Damit vergeblich die Politik dauerhaft politischer Gestaltungsmöglichkeiten und kann damit ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen.

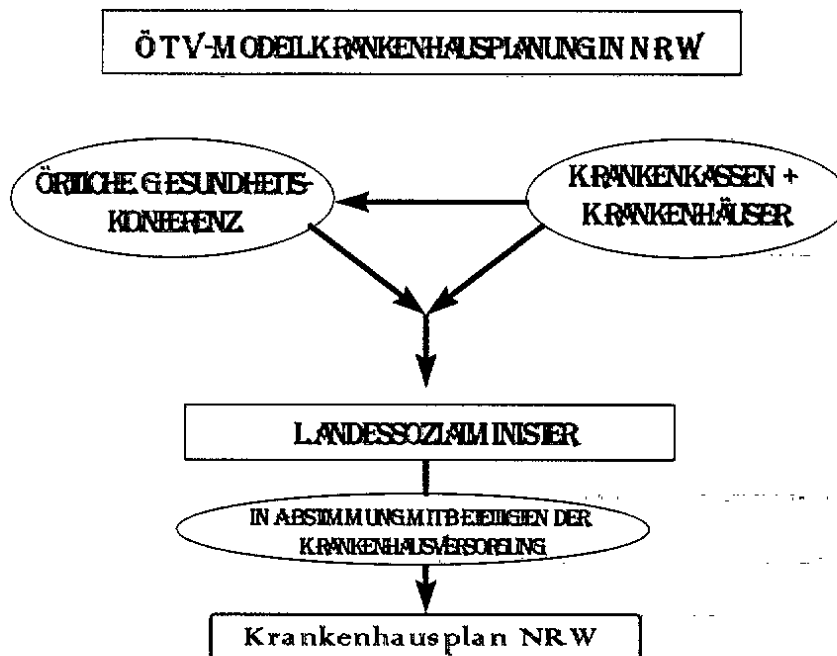
Das vorgeschlagene Verfahren ist also in keinsten Weise geeignet, gesetzliche und politische Verpflichtungen des Landes zu erfüllen. Das Verfahren führt zur Verlagerung der Planungskompetenz auf die Krankenkassen. Als öffentlich-rechtliche Körperschaften sind sie zwar im Rahmen ihres gesetzlich fixierten Auftrages und für ihre Mitglieder zur eigenen Rechtsetzung befähigt. Sie können aber nicht dazu verpflichtet werden, höherwertige Ziele des Staates zu definieren. Es wäre auch verfassungsrechtlich bedenklich, wenn öffentlich-rechtliche Mitgliederorganisationen, die seit dem Jahr 1995 im intensiven Wettbewerb stehen, die Verantwortung für die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse übertragen bekämen. Dieses ist und muß eine Aufgabe der staatlichen Gebietskörperschaften bleiben.

2. Die Beteiligten der Krankenhausplanung werden durch die Reform aus dem konkreten Planungsverfahren eliminiert. Sie dürfen sich im wesentlichen noch zu allgemeinen Planungsdaten und im Rahmen der Schwerpunktfestlegung äußern. Es läßt sich daran exemplarisch verdeutlichen, daß das Ziel einer systemischen Betrachtung und Vernetzung mit dem vorgeschlagenen Verfahren nicht erreicht wird. Der gesundheitspolitisch modische wettbewerbliche Ansatz führt erfahrungsgemäß zu einem Nebeneinander von Über- und Unterversorgung. Mit der Entöffentlichung des Verfahrens zur Krankenhausplanung wird auch die Aufgabe der an der Krankenhausplanung Beteiligten notgedrungen reduziert. Der eigentlich gewachsenen Notwendigkeit der Fortschreibung gesundheitlicher Steuerung und Planung (hier im Krankenhausbereich) unter Hinzuziehung der Beteiligten wird durch einen Abbau von Handlungskompetenzen der anderen Beteiligten im Gesundheitswesen begegnet.

Anstelle des im Gesetzentwurf angedachten Verfahrens schlägt die Gewerkschaft ÖTV das auch schon in der zusammenfassenden Stellungnahme beschriebene folgende Verfahren vor:

1. Die Letztaufstellung des Krankenhausplans verbleibt beim Land.
2. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Träger der Krankenhäuser erarbeiten jeweils gemeinsam Versorgungskonzepte zur örtlichen bzw. regionalen Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Vorschlag zur Fortschreibung des Krankenhausplans.
3. Die örtliche Gesundheitskonferenz nach § 24 ÖGD-Gesetz bewertet in Form einer Stellungnahme die Versorgungskonzepte der Vertragsparteien. Die Stellungnahme ist Bestandteil des Vorschlags zur Fortschreibung des Krankenhausplans.
4. Das Land entscheidet auf der Grundlage des Vorschlags der Parteien nach Punkt 2 und der Stellungnahme der örtlichen Gesundheitskonferenz in Abstimmung mit den Beteiligten an der Krankenhausversorgung im Landesausschuß.
5. Die Weiterentwicklung des Krankenhausplans erfolgt auf der Grundlage der gemeinsamen und einvernehmlich mit dem Landesausschuß festgelegten Planungsgrundsätze, die auch den Grundsatz der Vernetzung und Integration berücksichtigen.

6. Der Landesausschuß setzt sich aus allen Beteiligten der Krankenhausversorgung zusammen. Als wesentliche Beteiligte sind die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen anzusehen. Sie sind deshalb zu den unmittelbar Beteiligten zu rechnen.



Veränderungen am Gesetzentwurf:

- § 13 bleibt in der alten Fassung im wesentlichen erhalten. Die Definition der Behandlungsplätze für die teilstationäre Behandlung ist einzuarbeiten und die aktuelle Rechtslage zur Großgeräteplanung einzuarbeiten. Die Bedeutung der Schwerpunktplanung ist zu berücksichtigen.
- § 14 legt die Beteiligten an der Krankenhausplanung fest. Dazu gehören die unmittelbaren Mitglieder des Landesausschuß (-hierzu gehört auch die Vertretung der Beschäftigten im Gesundheitswesen -), die Beteiligten auf der regionalen Ebene, (das sind die örtliche Gesundheitskonferenz), die Verbände der Krankenkassen und die Krankenhausträger.
- § 15 ist durch einen Paragraphen „Fortschreibung des Krankenhausplans“ zu ersetzen, in dem das vorhin beschriebene Verfahren in Anknüpfung an das Verfahren nach § 16 Entwurf KHG-NW zu definieren ist. Dabei ist Aufsichtsbehörde nur die Koordinationsstelle des Verfahrens. Eine Umsetzung der gemeinsamen Ergebnisse/ Empfehlungen durch Aufnahme in den Krankenhausplan durch den zuständigen Minister kann nur in Abwägung der Stellungnahme der Gesundheitskonferenz und entsprechend der Mitwirkung des Landesausschusses nach §§ 14.1 und 14.3 KHG-NW a.F erfolgen.

- § 16 sollte die Planungsgrundsätze beinhalten entsprechend § 17.3 Entwurf KHG-NW sowie §14.2 KHG-NW a.F. In diesem Zusammenhang ist die Schwerpunktplanung nach § 15 Entwurf KHG-NW zu integrieren. Bei der Fortschreibung des Krankenhausplans auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 15 sind die Grundsätze für die Schwerpunktplanung zu berücksichtigen und mit den Beteiligten des örtlichen Verfahrens rechtzeitig zu erörtern.
- § 17 ist der neue § 18 Entwurf KHG-NW
- § 18 bleibt unbesetzt bzw. die nachfolgenden Paragraphen rücken auf.

Zu Absatz III; Krankenhausförderung

Die ÖTV begrüßt die Anpassung der Punktwerte für die Pauschalförderung pro Krankenhausbett, die Einrichtung einer vierten Versorgungsstufe sowie die Schaffung einer Leistungspauschale.

Allerdings befürchten wir eine Benachteiligung kleinerer und mittlerer Krankenhäuser. Durch die zunehmende Leistungsverdichtung infolge der auf das Fachgebiet bezogenen geringeren Verweildauer bei gleichzeitiger Zunahme der Fallzahlen und der im Schnitt in den letzten vier Jahren um bis zu zehn Prozent und teilweise noch geringeren Belegung erhöht sich die Leistungsdichte und damit der medizinisch technisch notwendige Investitionsbedarf für die nach Krankenhausfinanzierungsrecht kurzfristigen Anlagegüter pro Krankenhausbett. Selbst bei Konstanz der Planbetten dürfte sich also ein höherer Investitionsbedarf ergeben, dem durch die Anpassung der Punktwerte bei weiterer Fixierung auf das Planbett nicht nachgekommen wird. Nur bei Häusern der Maximalversorgung wird diesem Umstand durch die Einführung der vierten Versorgungsstufe Rechnung getragen. Hinzu kommen die Ausnahmen für bestimmte Fachabteilungen. Eine Förderungsgröße, die die Leistungsdichte berücksichtigt, fehlt aber.

Es sollte deshalb entweder über eine Absenkung der Punktwerte der Förderungsstufen nachgedacht werden oder aber stärker leistungsdichtenbezogene Kriterien bei der Einstufung der Krankenhäuser Berücksichtigung finden (z.B. Fallzahlen pro Planbett). Die jetzigen Regelungen sind noch nicht befriedigend.

Unverständlich bleibt die Neuregelung der Förderung psychiatrischer Einrichtungen. Auch hier werden größere Einrichtungen zukünftig Vorteile erzielen. Die Absenkung der Förderung pro psychiatrisches Planbett auf 80 % der ersten Förderungsstufe bleibt deswegen unverständlich, weil damit die auf Wohnortnähe abstellende Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgungsangebote konterkariert wird. Unverständlich bleibt diese Regelung auch deshalb, weil die Sonderregelung des KHG NW a.F. schon mit der Sonderstellung der psychiatrischen Krankenhäuser begründet worden ist. Eine Absenkung der Förderung für kleinere Einrichtungen bei gleichzeitiger Aufstockung der Förderung für Einrichtungen oberhalb von 580 Betten ist nicht nachzuvollziehen.

Gleichzeitig ist zu bezweifeln, daß die derzeit nur schleppende Einführung teilstationärer Einrichtungen durch die nur 50 %-tige Förderung der Behandlungsplätze gefördert wird, zumal die Frage der pauschalen Bewertung teilstationärer Angebote in Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der teilstationären Möglichkeiten und deren therapeutische Dichte kritisch zu hinterfragen ist.

Die ÖTV fordert, daß die vorgenommene Absenkung der Förderung psychiatrischer Einrichtungen rückgängig gemacht wird.