

Stellungnahme der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (DAG), Landesverband NRW, zum Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 12/3073

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge am Mittwoch, den 16.09.1998 im Landtag NRW

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gewerkschaft DAG nimmt zum Gesetzesvorhaben wie folgt Stellung:

Grundsätzliches:

Es ist zu begrüßen, daß mit diesem Gesetzentwurf ein Schritt getan wird zu einer stärkeren Vernetzung des Gesundheitswesens. Leider spiegelt der Gesetzentwurf aber auch den Rückzug des Staates aus der verfassungsrechtlichen Verantwortung für das Gesundheitswesen wieder. Unseres Erachtens findet sich keine bündig einleuchtende Erklärung für den wesentlichen Teil der im Novellierungsentwurf festgehaltenen Absichten. Ob das offenbare Hauptziel weiterer Kosteneinsparungen im Krankenhaus in ein angemessenes planerisches Verhältnis zur effektiven gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gesetzt wurde, muß ernsthaft bezweifelt werden.

Insbesondere die Neuordnung der Krankenhausplanung räumt in der Begründung zum Gesetzentwurf wie auch unter § 17 den Verbänden der Krankenkassen einen erheblichen Einfluß ein. Deutlich wird auch, daß Krankenhausträger und Krankenkassen ungleiche Verhandlungspartner sind. Dieses wird grundsätzlich nicht dadurch geändert, daß man auch die Kommunen mit einbezieht. Die Krankenkassen sind im Vorteil. Die einzelnen vor allem kleinere Träger können gegeneinander ausgespielt werden. Somit kann einem Trend Vorschub geleistet werden, die finanzielle Konsolidierung der Krankenkassen verstärkt über Zentralisierung von Krankenhauskapazitäten sowie über weitere Leistungsverdichtung pro "Bett" zu betreiben. Der Gesetzesentwurf gibt erheblichen Anlaß zur Sorge, daß inhaltlich gestaltende Elemente zurückgenommen und die Planungskompetenzen letztlich stillschweigend überwiegend wirtschaftlich kurzfristigen Interessen und Machtpositionen überlassen werden.

Sorgen bereiten muß uns auch die arbeitsmarktpolitische Implikation einer überspitzten, vom allgemeinen Kostendruck gelenkten Rationalisierung des Krankenhausbereiches. Die DAG fordert als unmittelbar Beteiligte an der Krankenhausplanung auf jeden Fall auch die Vertretung der Beschäftigten (die Gewerkschaften und Berufsverbände) zu sehen und diese im Gesetzentwurf festzuschreiben; denn "das Volumen und die Qualifikation des Personals bestimmen entscheidend die Güte und Leistungsfähigkeit der stationären Versorgung", dieses stellte schon 1987 der Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen fest.

Deutsche Angestellten-Gewerkschaft
Landesverband Nordrhein-Westfalen
Abteilung Öffentlicher Dienst
Bastionstr. 18, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211/86456-39
Telefax: 0211/86456-36



Mittelfristig fürchten wir, daß nicht nur Bettenabbau und Personalabbau zu erwarten ist, sondern wie uns die bisherige Vorgehensweise in Krankenhäusern schon vor Augen geführt hat, wird dann auch das Ausbildungsbudget beschnitten, bzw. ganz gestrichen. Das bedeutet Ausbildung findet nicht mehr statt und das bei einer in Nordrhein-Westfalen ausgerufenen Ausbildungsoffensive. Eine patienten- und personalgerechte Gestaltung von Arbeitszeit und Dienstplänen ist nur möglich, wenn die personelle Ausstattung in den Krankenhäusern sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht dem Bedarf entspricht.

Es darf nicht vergessen werden, daß das Gesundheitswesen einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in der Volkswirtschaft darstellt. Es dient nicht nur der Erhaltung, wie der Herstellung und Förderung von Gesundheit, sondern trägt mit den direkt und indirekt 4 Millionen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und den von ihnen erbrachten Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschätzung und vor allem zu wünschenswerten Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt bei. Arbeits- und Ausbildungsplätze müssen - auch aus Qualitätsgründen - erhalten bleiben.

Es ist auch zu bezweifeln, ob ein Anbieter bedarfsgerecht und wirtschaftlich liquide handelt, wenn neben einem Krankenhaus der Grund- oder Regelversorgung, also regional begrenzt, entsprechende geriatrische Einrichtungen installiert werden oder mit solchen kooperiert wird. Ein dem Haus angeschlossener, ambulanter Pflegedienst und allgemeine Alteneinrichtungen (Altenheim,- Tagesstätte) bieten als Gesamtkonzept, eine weitaus effektivere und präventivere Gesamtversorgung aller Klienten, in der Region Aachen/Düren haben einige kleinere und mittlere Krankenhäuser schon erste Ansätze realisiert.

Der Gesetzentwurf sieht vor, daß das Land sich in Zukunft darauf beschränken will, für die allgemeine Krankenhausversorgung bestimmte Rahmenvorgaben zu machen, die dann in Form von Konzepten, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern ausgehandelt werden, zur Umsetzung gelangen sollen. Das Land will für sich nur noch direkte Planungskompetenz bei Krankenhäusern mit Aufgaben von überregionaler Bedeutung (sog. Schwerpunktaufgaben) wahrnehmen.

Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen sollen im wesentlichen die Planungsverantwortung, durch die Formulierung umsetzungsrelevanter Konzepte tragen. Öffentliche Beteiligung findet nur durch Beteiligung der Kommune bei der Aufstellung der Konzepte und durch die Genehmigung einer Mittelbehörde statt.

Diese Neuorientierung des Planungsverfahrens halten wir für falsch und fordern eine Umorientierung:

Staatliche Verantwortung muß erhalten bleiben, das Land kann sich nicht darauf zurückziehen, daß durch die Kommune Staat genug einbezogen sei. Kommune soll die eigenen grundlegenden gesundheitspolitischen Ziele für ihre Bürgerinnen und Bürger sicherstellen. Die Genehmigungsbehörde muß im Gesetz definiert werden.

Die hauptsächlichen Beteiligungsmöglichkeiten für die unmittelbaren Mitglieder im Landeskrankenhauseusschuß sind die Rahmenvorgaben, auf deren Grundlage erst eine konkrete Planung stattfinden könnte.

Wir schlagen deshalb folgendes Verfahren vor:

Das Land behält die Letztentscheidung und entscheidet weiterhin über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Dabei hat es weiterhin mit dem Landeskrankenhauseusschuß Einvernehmen anzustreben. Der Landesausschuß setzt sich aus allen Beteiligten der Krankenhausversorgung zusammen. Wesentliche Beteiligte sind die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen. Diese und ihre Gewerkschaften sind deshalb zu den unmittelbar Beteiligten zu rechnen.

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 Krankenhausplanes.

Die örtliche bzw. regionale Gesundheitskonferenz nach § 24 ÖGD-Gesetz bewertet in Form einer Stellungnahme die Versorgungskonzepte der Vertragsparteien. Die Stellungnahme ist Bestandteil des Vorschlages zur Fortschreibung des Krankenhausplanes.

Das Land entscheidet auf der Grundlage des Vorschlages der Landesverbände der Krankenkassen, der Träger der Krankenhäuser und der Stellungnahme der örtlichen bzw. der regionalen Gesundheitskonferenz in Abstimmung der Beteiligten an der Krankenhausversorgung im Landesausschuß. Die Weiterentwicklung des Krankenhausplanes erfolgt auf der Grundlage der gemeinsamen und einvernehmlich mit dem Landesausschuß festgelegten Planungsgrundsätze, die auch den Grundsatz der Vernetzung berücksichtigen. Der Trend zur Bevorzugung größerer gegenüber kleineren Häusern muß abgebaut werden. Die Bedeutung der Grund- und Regelversorgung, also die gestufte Krankenhausversorgung in der Region, muß im Gesetz stärker berücksichtigt werden. Deshalb sind unsere Erachtens die Punktwerte für die Eingruppierung in die Versorgungsstufen entsprechend abzusenken. Universitätskliniken sind Versorgungseinrichtungen mit überregionaler Bedeutung und damit in Gänze der Schwerpunktplanung zuzuordnen.

Wir lehnen auch die Benachteiligung kleinerer Häuser bei der Absenkung der pauschalen Förderung für psychiatrische Krankenhäuser ab. Damit wird dem politisch gewollten Konzept der Dezentralisierung psychiatrischer Einrichtungen entgegengewirkt. Diese Neuregelung darf nicht in das Gesetz übernommen werden.

Und nun zu den Einzelbestimmungen des Gesetzes:

§ 1, 2. Satz

Die Verpflichtung der Förderung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und ambulanter Versorgung sollte stärker gefaßt werden. Wir schlagen vor: "soll" "durch" "muß," "sollen" durch "müssen" zu ersetzen. Die Aktivitäten zur Förderung der Zusammenarbeit müssen unterstützt werden und nicht durch evtl. Kürzungsmaßnahmen ins Gegenteil geführt werden.

Die Grundsätze der Vernetzung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind zu begrüßen, da hier qualitative Aspekte (Beachtung menschenwürdiger Behandlung) gleichrangig mit quantitativen Wirtschaftlichkeitsfragen hervorgehoben werden.

Liest man weiter, ist aber zu befürchten, daß die jeweils ausführenden Passagen den qualitativen Aspekt zur bloßen Absichtserklärung dequalifizieren. Augenfällig wird dies auch an der durchgängigen Vernachlässigung der psychologischen Dimension von Erkrankung und Krankenhausaufenthalt (z.B. Verarbeitung schwerer Erkrankungen, professionelle Sterbebegleitung, ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung) im Gesetzestext. Die Einbeziehung von DiplompsychologInnen, wie sie auch durch das Psychotherapeutengesetz angezeigt ist, wird vom Gesetzentwurf völlig ignoriert. Es scheint wenig bekannt zu sein, daß allein in Krankenhäusern der beiden Landschaftsverbände ca. 500 PsychologInnen klinisch tätig sind.

§ 1 Absatz 4 Neuformulierung:

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ...verpflichtet, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe zu gewährleisten.

Gerade in der heutigen Zeit spielt die Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten eine immer größere Rolle. Sie sollte auch finanziell honoriert werden.

§ 3 Pflege und Betreuung

(3) Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfordern, sind patientenorientiert durchzuführen (zu streichen ist mit der gebotenen Rücksicht).

§ 4 Kind im Krankenhaus

(2) Das Krankenhaus hat Möglichkeiten zu schaffen bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen.

§ 7 Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser gewährleisten die interne Qualitätssicherung gemäß § 137 Sozialgesetzbuch V, insbesondere der Behandlung...

Wir halten den Hinweis auf die gesetzliche Grundlage zwingend notwendig.

Qualifikation und Anzahl des Personals bestimmen entscheidend die Güte und Leistungsfähigkeit der stationären Versorgung, deshalb sollte noch folgende Vorschrift aufgenommen werden: "Anzahl und Qualifikation des Personals müssen den jeweiligen Anforderungen der entsprechenden Abteilungen angepasst sein. Die jeweils notwendige Versorgung der Patienten ist zu jeder Zeit sicherzustellen, insbesondere muß auf jeder Station mindestens eine 3-jährig ausgebildete Pflegefachkraft ständig anwesend sein."

Sonst bleibt unseres Erachtens der Auftrag des Gesetzgebers, Pflege und Betreuung der Patienten sowie die Behandlung patientenfreundlich zu gestalten und den Wünschen nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen, nur ein frommer Wunsch.

§ 13 Krankenhausplan

Hier bleibt unklar und muß unseres Erachtens präzisiert werden, wer die Genehmigungsbehörde sein soll.

Es läßt sich erahnen, daß es nur die Mittelbehörde sein kann. Die Mittelbehörde als Aufsichtsbehörde kann im Rahmen ihrer Qualifikationen nur eine Prüfung der Übereinstimmung mit den unspezifischen Kriterien prüfen. Die Feststellung des Krankenhausplanes auf der Grundlage höherwertiger Überlegungen des Landes (z.B. Sicherstellung von Ausbildung) läßt sich über die vorgesehene Gestaltung der Rahmenvorgaben nicht erreichen.

§ 13 sollte in der alten Fassung unter Einarbeitung des aktuellen Standes bei der Großgeräteplanung, der Behandlung, Plätze für teilstationäre Behandlung und der Schwerpunktplanung erhalten bleiben.

§ 14 legt die Beteiligten an der Krankenhausplanung fest.

Dies sind die unmittelbaren Mitglieder des Landesausschusses und nach unserer Forderung auch die Vertretung der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Beteiligten auf der regionalen Ebene, Verbände der Krankenkasse und die Krankenhausträger.

§ 15 Absatz 2

Hier sollte der § 14 KHG NW alter Fassung aufgenommen werden, d.h. die Beteiligung der Mitglieder des Landesausschusses. Sie sollten gehört werden und es sollte eine Einigung erzielt werden.

§ 16 Absatz 2

Es sollte hier ergänzt werden: Zu Verhandlungen über ein Konzept sollten auch die Mitglieder des Landesausschusses auffordern können denn der Landesausschuß setzt sich, wie schon oben angesprochen, aus allen Beteiligten der Krankenhausversorgung zusammen.

§ 25 (1) 2.

Hier sollten keine Festbeträge für die Krankenhäuser der Anforderungsstufen stehen, sondern der Hinweis: "an Hand der aktuellen Förderungssätze, die progressiv anzupassen sind"; sonst ist die Befürchtung, daß für das nächste Jahrzehnt diese Beträge Gültigkeit haben und nicht nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden muß, eine bessere Finanzierung, wenn notwendig sicherzustellen.

Wir begrüßen die Einrichtung der 4. Versorgungsstufe.

(7) Fragwürdig erscheint uns aber die ansonsten weiter vorgenommene unterschiedliche Mittelzuweisung nach Anforderungsstufen in bloßer Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung. Leistungsmaßstäbe wie z.B. Fallzahlen je Planbett finden keine Berücksichtigung. Besonders große Krankenhäuser werden jedoch ohne weiteres im Gesetzentwurf als leistungsfähiger definiert. Langfristig würde somit besonders im somatischen Bereich die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft zum Eldorado weniger Großanbieter finanziell ebenfalls begünstigt. Die Benachteiligung kleiner und mittlerer Krankenhäuser scheint vorprogrammiert. Die zunehmende Leistungsverdichtung (Stichwort: geringe Verweildauer - gleichzeitige Zunahme von Fallzahlen) erhöht die Leistungsdichte, aber geringere Belegkapazität und der medizinisch-technisch notwendige Investitionsbedarf für kurzfristige Anlagegüter pro Krankenhaus steht dem entgegen. Es muß über eine Absenkung der Punktwerte der Förderungsstufen, die aber stärker leistungsbezogene Kriterien (die Fallzahlen pro Planbett) beinhalten, nachgedacht und diese im Gesetzentwurf umgesetzt werden. Denn die Gesetzgebung der letzten Jahre hat schon in den Krankenhäusern zu einem merklichen Rückgang des Personals geführt. Besonders betroffen sind der Pflegedienst und der medizinisch-technische Dienst. Zugleich wurden die arbeitsmarktpolitischen Hoffnungen (Pflegeversicherung, Situation im Kur- und Rehabereich) nicht erfüllt. Wir fürchten, daß eine Planung, die allein den fiskalischen Interessen der Krankenkassen folgt, durch die Schließung ganzer Standorte innerhalb kurzer Zeit für einen dramatischen Abbau von Arbeitsplätzen führen kann.

Das Deutsche Gesundheitswesen darf nicht kaputtgespart werden. Ziele müssen weiterhin Wohlfahrt, Wachstum und Beschäftigung sein. D.h. ein Erreichen hoher Qualität durch Wohnortnähe, stationäre Versorgung und die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung.

Eklatant gegen den erklärten Grundsatz der Gleichstellung von psychischen mit körperlich Kranken verstößt die Absenkung der pauschalen Fördermittel der niedrigsten Anforderungsstufe auf 80% bei psychiatrischen Einrichtungen (teilstat. 50%)

§ 35, 4

Ergänzung: ärztliche pflegerische, psychologisch und sozialdienstliche angemessene, technisch und verwaltungsmäßige Organisation des Krankenhauses.

Im § 36 stellt sich bei der Formulierung "nur zur ergänzen" unseres Erachtens ein Widerspruch zu § 10 (2) des Gesetzes, dem "Ziel der Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung, dar". Dies lehnen wir ab.

Düsseldorf im September 1998