

## **Stellungnahme der komba gewerkschaft nrw zum 2. Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen**

Im Jahre 2007 war mit der gesetzlichen Änderung vor allem bezüglich der Finanzierung von Investitionen im Krankenhauswesen Nordrhein-Westfalen ein Abbau von Bürokratie, größere Gestaltungsfreiheit und mehr Planungssicherheit angestrebt worden. Dies ist mit der Einführung der Baupauschale im Wesentlichen auch gelungen.

Das tatsächliche Problem, nämlich die Unterfinanzierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, blieb jedoch bis heute ungelöst.

In diesem Zusammenhang bleibt durch die jetzige Neugestaltung des Gesetzes die Lösung der Hauptproblematik der nordrhein-westfälischen Kliniken ebenfalls unberührt. Im Gegenteil hierzu wird unter Punkt d) der Gesetzesvorlage ausdrücklich darauf hingewiesen, dass keine neuen unmittelbaren Kosten entstünden. Daraus lässt sich ableiten, dass der Gesetzgeber schon zu Beginn deutlich macht, dass keinerlei Absicht besteht, das Kernproblem der Krankenhäuser in Angriff zu nehmen.

Darüber hinaus schränkt das Gesetz die Gestaltungsfreiheit der Krankenhäuser ein, indem insbesondere sowohl die Baupauschalen, die Vermietungsmodalitäten als auch die Vorschriften bezüglich der Krankenhausleitungsstrukturen beschränkt werden. Der Gesetzesentwurf installiert demzufolge zusätzliche bürokratische Belastungen, die sich durch die erweiterten Testierungspflichten und die zusätzlichen Kontrollen seitens der Kommunen bemerkbar machen.

Somit sendet der Gesetzgeber widersprüchliche Signale an die Akteure im nordrhein-westfälischen Krankenhauswesen. Während einerseits die Krankenhausbedarfsplanung regional den freien Kräften (durch die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern) überlassen wird, entstehen auf der anderen Seite vermehrt kleinteilige bürokratische Kontrollen. Anstelle eines landesweiten Planungsverfahrens mit Anpassung der Kapazitäten im Grundversorgungsbereich regional und Maximalversorgungsbereich überregional in öffentlicher Hand, wird die Verantwortung an den „freien Markt“ übertragen.

Dabei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass der Krankenhausmarkt nicht als ein Markt im herkömmlichen Sinne zu verstehen ist. Hierzu fehlen die Faktoren der Nachfrageelastizität und der Preisgestaltung, um nur einige wesentliche Merkmale dessen zu benennen. Hinzu kommt der Umstand, dass die Kommunen verpflichtet sind, die Daseinsvorsorge im medizinischen Bereich sicherzustellen.

Auf Grund der fehlenden Überregionalität und der durch die Kostenträger und die Leistungserbringer auszuhandelnden Kapazitätsreduzierungen, ist absehbar, dass künftig mit einem stärkeren Verdrängungswettbewerb zu rechnen sein wird. Offenkundig ist

dabei, dass unter solchen Bedingungen die Wirtschaftskraft der einzelnen Krankenhausbetreiber die entscheidende Rolle spielen wird. In einem so gearteten Wettbewerb haben die privaten Krankenhausbetreiber einen dominanten Vorteil, nämlich ihre Finanzausstattung. Sie stehen im Wettbewerb zu den chronisch unterfinanzierten kommunalen Krankenhausbetrieben, welche zudem nicht überregional organisiert sind. Sind die Kommunen im Land Nordrhein-Westfalen schon jetzt mit 40 % an der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen beteiligt, so ist abzusehen, welche finanziellen Spielräume noch verbleiben, um einer vorübergehenden wirtschaftlichen Schieflage einer Klinik entgegenwirken zu können. Konsequenterweise läuft es auf etwaige Favoritensiege der privaten Klinikkettenbetreiber im „freien“ Krankenhausmarkt hinaus. Ferner spielt auch der Umstand eine Rolle, dass der „Marktführer“ dieser privaten Klinikketten nicht nur Krankenhäuser betreibt, sondern sie auch baut und beliefert. Daraus resultieren schließlich die Überlegungen, diese Ketten nun auch noch mit Krankenversicherungen wirtschaftlich zu verbinden. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass die gesundheitlichen Interessen von Patienten/innen völlig in den Hintergrund geraten.

Des Weiteren besteht das Risiko, dass bei fehlender überregionaler Planung in regionalen Bereichen Konkurrenz entsteht, die auch mit den ohnehin unzureichenden öffentlichen Fördermitteln ausgefochten wird.

Die im Gesetzentwurf genannten Ziele, die Pflege, die Betreuung und die Behandlung sowie die Anpassung der gesamten Betriebsabläufe an die Würde von Patientinnen und Patienten auszurichten, ist zu begrüßen. Ebenso begrüßenswert ist die niedergeschriebene Verpflichtung der Krankenhäuser, weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Unterschieden sowie den verschiedenen Bedürfnissen von Männern und Frauen Rechnung zu tragen. Ob diese Ziele unter Berücksichtigung der bestehenden wirtschaftlichen Situation jedoch umgesetzt werden können, bleibt abzuwarten.

Auch die Bestrebung, die Hygienesituation in den Kliniken zu verbessern, ist zunächst positiv zu werten. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass nach internationalem Forschungsstand die Hygiene von auskömmlichen personellen und räumlichen Ressourcen abhängt. Da das Bundesland NRW diese Ressourcen - trotz dualem Finanzierungsdogma – nur rudimentär zur Verfügung stellt/stellen kann, ist davon auszugehen, dass die Bemühungen der neuen Gesetzesvorlage bzw. Gesetzes kaum Wirkung erzielen können.

Ferner ist die Absicht, die Qualität und die Transparenz zu verbessern, wünschenswert. Hier ist jedoch die Frage nach landeseigenen Regelungen kritisch zu sehen. Wie bereits bekannt ist, sind bundeseigene Lösungen in Arbeit, die bei differenter Ausgestaltung dann zusätzlich zu Länderregeln bedient werden müssten. Qualitäts- und sonstige Indikatoren ohne Validierung sind zunächst einmal auch bei bester Absicht im günstigsten Falle ein Leerlauf, im ungünstigen Falle eine Desinformation (wenn z.B. ungeeignete Qualitätsparameter in der Öffentlichkeit eine Eigendynamik entwickeln). Wenn also jenseits der geplanten bundesweiten Regelungen gehandelt werden soll, kann man dies nur im Rahmen wissenschaftlicher Forschung für einzelne Standorte befürworten.

Die Vorschriften im § 31 des Gesetzentwurfs bezüglich einer Beteiligung von Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften an der Betriebsleitung sind unpräzise. Selbstverständlich ist es dringend erforderlich, die beiden Leistungsträger des Krankenhausgeschäftes einzubinden. Sollte der Gesetzgeber hier einen konkreten Handlungsbedarf sehen, so wäre zu erläutern, was „gleichrangige Beteiligung“ konkret bedeuten soll.

Ein ähnliches Problem besteht bei der Regelung von ärztlichen Abteilungsleitungen. Die im Gesetz niedergeschriebenen Regelungen zu der Weisungsungebundenheit und dem Verbot einer „anderweitigen vertraglichen Anreizgestaltung“ sind unpräzise und bedürfen einer Konkretisierung.

Fazit:

Dieser Gesetzentwurf beinhaltet ein „Mehr“ an Bürokratie und entzieht somit den finanziell ohnehin angeschlagenen Kliniken die notwendige Zeit und die finanziellen Mittel, welche für die Krankenversorgung notwendig sind. Die wirtschaftliche Flexibilität wird demnach vermehrt durch die bürokratischen Hürden eingeschränkt. Die Gestaltungskraft der öffentlichen Hand würde durch den Verzicht auf eine bindende überregionale Planung geschwächt und kann durch die bürokratischen Kontrollmechanismen nicht ersetzt werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass keine fassbare Verbesserung bei der Innovation, der Rechtssicherheit, der Patienteninteressen und der Effektivität zu verzeichnen ist.

Darüber hinaus wird das eigentliche Problem, nämlich die völlige Unterfinanzierung, nicht gelöst. Dies kann dauerhaft zu einer Umwidmung von zweckgebundenen Mitteln, die nur für die Patientenversorgung von den Krankenkassen entrichtet werden, führen. Insofern ist es den Krankenkassen bewusst, dass keine gute Patientenversorgung gelingen kann, wenn Investitionen in baulicher Hinsicht nicht getätigt werden und schließlich „Wasser durch die Decke tropft“. Daher führt die mangelnde Mittelausstattung der Krankenhäuser durch die per Gesetz verpflichteten Bundesländer zu mehr als nur gelegentlichen Versorgungsmängeln in den Häusern. Die Folge ist die Personaleinsparung. Es ist bereits bekannt, dass in den letzten Jahren sowohl die Pflegekräfte, die Beschäftigten als auch die Patienten/innen darunter gelitten haben. Vor diesem Hintergrund verblissen die in der Gesetzesnovelle angestrebten Verbesserungen zu Marginalien. Eine substantielle Verbesserung ist ohne bessere Investitionsmittelausstattung jedoch nicht in Sicht.



Ulrich Silberbach  
(Landesvorsitzender)