



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

ver.di Landesbezirk
NRW

Stellungnahme

Karlstr. 123-127
40210 Düsseldorf

Telefon: 0211-61824-0
Durchwahl: 0211 61824-324
Telefax: 0211 61824-447

■ Stellungnahme der
Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di
zum

www.verdi.de

Datum
Ihre Zeichen
Unsere Zeichen

07. Dezember 2020

■ Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP
Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes
Nordrhein-Westfalen (Drucksache 17/11162)

1. Vorbemerkungen

Mit dem vorgelegten Gesetzesentwurf zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW soll nach Herrn Minister Laumann der rechtliche Rahmen für die „wohl größte Reform der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft seit Jahrzehnten geschaffen werden“. Die in dem jetzigen Gesetzgebungs- und inhaltlichen Diskussionsprozess entstehenden neuen Grundlagen und Rahmenbedingungen werden die Krankenhauslandschaft für die nächsten Jahrzehnte prägen und haben damit langfristige und weitreichende Auswirkungen auf die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger und damit einhergehend für die weit über 250.000 direkt betroffenen Beschäftigten.

Vor dem Hintergrund dieser Auswirkungen und des postulierten Anspruchs, über die Veränderung der Krankenhauslandschaft eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen, ist es aus Sicht der Gewerkschaft ver.di ein zentraler Fehler, die Neuausrichtung der Krankenhausplanung – nicht nur aufgrund der aktuellen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie – im Eiltempo abschließen zu wollen und damit einhergehend auf eine breite gesellschaftliche Debatte der zukünftigen Planungs- und Versorgungsstruktur zu verzichten. Die in der Vergangenheit übliche breite Verbändeanhörung zum Auftakt von Gesetzgebungsprozessen zur Krankenhausplanung wurde genauso unterlassen wie andere Arten der Einbindung der vielfältigen von der Krankenhauslandschaft direkt oder indirekt betroffenen Stakeholdern. Dass selbst die weiteren Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 15 KHGG NRW, und damit auch sämtliche Organisationen, die als Gewerkschaften und Arbeitnehmer*innenvertretungen explizit die Perspektive und die Kompetenz der Beschäftigten in die Diskussion einbringen können, bisher nicht einmal informiert wurden, geschweige denn in die intensive und weichenstellende Vorarbeit auf Ministeriumsebene eingebunden sind, kann unsererseits nur als bewusste Entscheidung verstanden werden.

Aufgrund der zu erwartenden Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft werden sich die Folgen für die Beschäftigten nicht nur auf die – aus unserer Sicht fälschlicherweise positiv eingeschätzte – Auswirkungen auf den Fachkräftemangel beschränken, sondern starke Auswirkungen auf große Teile der Belegschaften im nichtpflegerischen und nichtärztlichen Bereich haben.

Diese Perspektiven nicht ausreichend für den zukünftigen Planungsprozess, vor allem aber für den anstehenden Transformationsprozess in der Krankenhauslandschaft NRW einzubinden, erscheint ein ebenso großer Webfehler in den jetzigen Zeit- und Umsetzungsplanungen wie das Vergeben der Chance, nach zumindest annähernd in den Griff bekommener Corona-Lage die daraus entstandenen Erkenntnisse fundiert und in Ruhe auszuwerten und in die zukünftige Planung mit einzuarbeiten.

Die öffentlich von Minister Laumann geäußerten Merkposten zu Sicherheitspuffern bei den Kapazitäten und Vorhalteverpflichtungen bei Materialien beschreiben dabei zwar zwei der zentralen Lernfelder aus der Corona-Pandemie, werden sich ohne intensive Analyse und Auswertung jedoch nicht angemessen in den Planungsgrundlagen für die nächsten Jahrzehnte wiederfinden.

Ein weiteres Problem der jetzigen Abläufe, und daraus resultierend dem aktuellen Gesetzgebungsverfahren, ist die zeitliche Trennung der Fragen nach Rahmenbedingungen für die Planung und der grundsätzlichen Klärung von Bedarfsfragen bei der Neuaufstellung des Landeskrankenhausplans. Die zu erarbeitenden qualitativen sowie strukturellen Vorgaben für die Leistungserbringer, ebenso wie die konkrete Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen, fehlen für eine sachliche Einschätzung und Bewertung des vorliegenden Gesetzesentwurfs.

In Summe bildet diese Gemengelage mangelnder breiter Diskussion und Einbindung, sowie viel zu überhasteter Umsetzung der Zwischenschritte, die Basis für Unverständnis und auch Widerstand gegen diese Art der Neuausrichtung der Krankenhausplanung. Sie spiegelt sich auch wieder in der Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für ALLE“, die wir als ver.di mit ihrer Forderung nach einem Stopp der jetzigen Planungen und einem Neustart der Debatte mit ausreichend Zeit und Beteiligungsmöglichkeiten explizit unterstützen.

Die Positionen der Volksinitiative haben wir als Anlage beigefügt.

2. Hinweise zu zentralen Themenfeldern der Neuausrichtung der Krankenhausplanung

Zentralisierung / Reduzierung Krankenhausstandorte / Behebung vermeintlicher Überversorgung

Auch wenn in der aktuellen öffentlichen Debatte die Landesregierung die Reduzierung von Krankenhausstandorten unter den aktuellen Eindrücken der Pandemie etwas relativiert, bleibt im Tenor der Neuausrichtung das angestrebte Ziel der Verminderung von Krankenhausstandorten und die Perspektive von übergeordneten großen Zentren auf Kosten wohnortnaher Versorgungsstrukturen bestehen.

Neben den Problematiken, die durch Krankenhausschließungen für die Beschäftigten entstehen, und insbesondere die nichtpflegerischen und nichtärztlichen Beschäftigten bis hin zum Arbeitsplatzverlust massiv treffen werden, ist diese grundsätzliche Ausrichtung aus mehreren anderen Gründen aus unserer Sicht falsch.

Die wohnortnahe Versorgung ist – natürlich bei sichergestellter Versorgungsqualität, die wir aber für möglich halten - ein Wert für sich.

Neben den Anfahrtszeiten für Patientinnen und Patienten und der Notwendigkeit quartiersnaher poststationärer Versorgungsnetzwerke in Kooperation mit dem behandelnden Krankenhaus im direkten Umfeld des Patienten, spielt unseres Erachtens in einer älter werdenden Gesellschaft auch die, den Genesungsprozess und die Überleitung in die poststationäre Phase positiv beeinflussende, unkomplizierte Besuchsmöglichkeit für das familiäre und persönliche Umfeld, eine zentrale Rolle.

Auch auf das Kriterium der Erreichbarkeitszeit von Krankenhäusern in der Notfallversorgung / im Rettungsdienst wird aus unserer Sicht aus einem falschen Blickwinkel geschaut. Das „30-Minuten-Kriterium“ der Erreichbarkeit aus dem ambulanten Sektor ist in dieser Form nicht sachgerecht anwendbar. In der Bertelsmann-Studie „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung“ von 2019 (S. 25) wird auf ein Eckpunktepapier von Fischer et al. (2016)¹ verwiesen.

Danach sollte bei zeitkritischen Krankheitsbildern das Intervall zwischen Notrufeingang in der Leitstelle und der Übergabe in einem geeigneten Krankenhaus bei maximal 60 Minuten liegen. In dieser Zeit muss der Rettungsdienst von der Wache zum Patienten fahren (Hilfsfrist), diesen dort ggf. untersuchen, erstversorgen und in den Rettungswagen transportieren, um ihn zum nächsten geeigneten Krankenhaus zu bringen. Das korrespondiert mit dem "Time is brain"-Konzept in der Schlaganfallversorgung, mit dem "Time is muscle"-Konzept in der Herzinfarktversorgung und mit der "Trauma golden hour".

Daraus folgt, dass eine geeignete Klinik, also ein kardiologisches Interventionszentrum, eine Stroke Unit oder ein regionales Traumazentrum, innerhalb von 60 Minuten nach Eingang des Notrufs erreicht werden sollten. Wenn man davon ausgeht, dass Hilfsfrist und Behandlung vor Ort 30 - 35 Minuten verbrauchen, und dass im aufnehmenden Krankenhaus Wege zurückgelegt werden müssen, eine Umlagerung der Patientin / des Patienten und eine Übergabe an das aufnehmende Personal erfolgen müssen, bleiben für den Transport unter Alarmbedingungen etwa 15 Minuten. In dieser Zeit muss das nächstgelegene kardiologische Interventionszentrum, die nächste Stroke Unit oder ein regionales Traumazentrum, von jedem Ausgangspunkt in NRW erreichbar sein, und zwar in städtischen und ländlichen Gebieten.

Vor diesem Hintergrund sind die Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften, zur Bildung von z.B. „Herzinfarktnetzwerken“ oder „Neurovaskulären Zentren“ vieler Standorte, der bessere Weg im Sinne der Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten gegenüber der Standortreduzierung.

Auch die jüngsten Erfahrungen in der Versorgung von Corona-Patientinnen und -patienten zeigen, wie gut eine flächendeckende und ausdifferenzierte Krankenhauslandschaft mit der ihr inne liegenden Möglichkeit zur Abstufung von Versorgungsaufträgen funktioniert und dass diese nicht aufgegeben werden sollte.

¹ www.uni-kiel.de/anaesthesie/docs/RD/Eckpunktepapier_2016_1.pdf

Eine wesentliche Grundlage für die denkbare Ermöglichung von Abbau von stationären Versorgungsstrukturen ist das Ambulantisierungspotential der Behandlung von im PD-Gutachten von August 2019 genannten 600.000 Fällen. Da die aktuelle Debatte und der Gesetzesentwurf die Frage nach Aufbau neuer ambulanter Strukturen, wie zum Beispiel kommunaler Poliklinik- oder Versorgungszentrenansätze, und insbesondere des dafür benötigten Personals und der dahinterliegenden Finanzierung nicht beantwortet, ist auch hier keine Grundlage für eine Reduzierung von Standorten geschaffen. Prinzipiell würden wir eine entsprechende Diskussion zur Ausweitung der ambulanten und quartiersnahen sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen begrüßen. In einer geänderten Zeitlinie der Neuausrichtung der Krankenhausplanung NRW wäre dieses Zusammendenken eine notwendige und wertvolle Grundlage. Die hier benannten Aspekte gelten noch einmal mehr für den Versorgungsbereich der Psychiatrie und Psychosomatik und bedürfen hier bereits in der Planung separater und intensiver Debatte.

Planung nach Leistungsbereichen / -gruppen

Auf Grundlage des PD-Gutachten zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen von August 2019 wurde zunächst eine Analogisierung und Ausrichtung der Planung nach Leistungsbereichen und –gruppen auf Grundlage der DRGs verfolgt. Wir begrüßen ausdrücklich, dass dieser falsche Weg mittlerweile verlassen wurde und sich die Leistungsbereiche im neuen Gesetzesentwurf an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern in NRW orientieren. Im weiteren Konkretisierungsverlauf der Beschreibung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ist unbedingt darauf zu achten, dass es neben der unmittelbaren auch keine mittelbare Verknüpfung der Planung mit den DRGs gibt. Dieses Fallpauschalensystem mit der innewohnenden Profitlogik und finanziellen Fehlanreizen, hat seit seiner Einführung die Versorgung vom Behandlungs- und Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten entkoppelt. Mit der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRGs ist ein erster Schritt gegangen, dieses falsche System der Refinanzierung durch ein System zu ersetzen, in dem die real für die Patientinnen- und Patientenversorgung entstehenden Kosten ersetzt werden. Dieser Weg ist aus unserer Sicht fortzusetzen, insofern kann das DRG-System – auch in Teilbereichen - kein Bezugspunkt für die Krankenhausplanung in NRW sein.

Parallel ist darauf zu achten, dass bei der Gestaltung der Leistungsbereiche und –gruppen sämtliche retrospektiven Betrachtungen und Analysen erbrachter Leistungen unter dem Blickwinkel der finanziellen Fehlanreize im bestehenden Finanzierungssystem getätigt werden. Es bedarf insofern einer Korrektur, so dass eine Planung am objektiven und zukünftigen Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsteht.

Mindestmengen / Rahmenvorgaben

Die Landesregierung strebt mit der geplanten Gesetzesänderung die Einführung einer „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sowie eine "damit verbundene Abkehr vom Bett als Planungsgröße" an. Für die Menschen in NRW geht es in Bezug auf Qualitätsorientierung ausschließlich um die Ergebnisqualität. Aus ihrer und unserer Sicht dienen die angestrebten und festzulegenden Maßnahmen zur Verbesserung der Prozess- und Strukturqualität dazu, gute Behandlungsergebnisse zu erreichen. Sie sind der Ergebnisqualität damit untergeordnet, beziehungsweise nur ein Mittel, um die Ergebnisqualität zu sichern. Deswegen kann die Aussage des PD-Gutachtens (Kurzfassung, S. 99), die "Dimension Ergebnisqualität" sei "zumindest derzeit – vornehmlich aus Gründen der methodischen Unsicherheit bei der Messung und Erhebung von QI nicht zur Krankenhausplanung geeignet", nicht akzeptiert werden. Sie zeigt, dass es weiteren Erhebungsbedarf gibt, der nicht durch im weitesten Sinne beliebige Festsetzung von Rahmenstandards und Prozess- und Strukturkriterien erreicht werden kann. Ob ein Krankenhaus eine gute Behandlungsqualität erreicht und die dazu erforderlichen strukturellen Voraussetzungen schafft, sowie die nötigen Prozesse implementiert, kann stattdessen in der Regel in Zertifizierungsprozessen der zuständigen medizinischen Fachgesellschaften geklärt werden. Wieso das PD-Gutachten davon eher abrät erschließt sich nicht. ("Außerdem sollten generell nicht zu viele Zertifizierungsvorgaben übernommen werden, um keine zu starken Abhängigkeiten zu medizinischen Fachgesellschaften aufzubauen. Unter Berücksichtigung dieser Vor- und Nachteile ist die Auswahl an LG, für die eine Zertifizierung verpflichtend ist, mit Bedacht und sparsam zu treffen". Kurzfassung S.95).

Auch die Festlegung von Mindestmengen zur Sicherung der Ergebnisqualität ist kein automatisch funktionierender Mechanismus.

Der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss erklärt die Bedeutung von Mindestmengen so: "Der G-BA benennt planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen je Ärztin und Arzt und / oder Standort eines Krankenhauses fest. Hinter der gesetzgeberischen Idee der Mindestmenge steht das Ziel, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärztinnen und Ärzte damit ausreichend Erfahrung haben."

Dieser Definition und dem Gesetzesansatz folgend, bedürfte es einer separaten Evidenzbewertung in NRW, ohne das klar ist, wer, beziehungsweise welches Gremium, in NRW darüber entscheiden würde, ob es "verfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse" gibt und wie diese zu werten sind.

Da die Mindestmengen sehr schnell zu einem Kriterium werden können, dass Krankenhausstandorte von bestimmten Versorgungsbereichen ausschließt, ohne dass die angedachte Mindestmenge über das Modell „je Ärztin und Arzt“ den weitergehenden Weg zur Sicherung der Ergebnisqualität beschreitet, muss sicher beschrieben sein, wie dieses System transparent und objektivierbar gestaltet werden kann. Die alleinige Aufnahme bzw. Fortführung der Möglichkeit im KHGG reicht dazu nicht aus.

3. Weitere Hinweise zur Gesetzesänderung:

§ 12 Krankenhausplan

Aus Transparenzgründen und zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten nicht nur der Krankenhausplan in seiner aktuellsten Form, sondern auch die Änderungsmitteilungen kontinuierlich veröffentlicht werden.

§ 14 Regionale Planungskonzepte

Bei der Erstellung der regionalen Planungskonzepte sind die kommunalen Gesundheitskonferenzen nach § 24 ÖDGD NRW stärker mit einzubeziehen. Ein besonderes Augenmerk sollte hier auf Regionen oder Stadtgebieten mit bekannter fachärztlicher, sowie sonstiger ambulanter medizinischer Unterversorgung, in denen Veränderungen in der stationären Versorgungsstruktur noch mal größere Auswirkungen für die Bevölkerung haben, liegen.

§ 15 Beteiligte an der Krankenhausversorgung

Nicht nur im aktuellen Neuausrichtungsverfahren, sondern auch in der kontinuierlichen Fortschreibung des Landeskrankenhausplans und der regionalen Planungskonzepte zeigt sich die unzureichende Einbindung der weiteren / mittelbaren Beteiligten nach § 15 (2). Hier schlagen wir eine Konkretisierung der Einbindung mit viermal im Jahr stattfindenden, und in diesem Sinne „erweiterten“, Landesausschusssitzungen vor. Ziel dieser Sitzungen ist es, den aktuellen Stand der Krankenhausplanung, Richtungsentscheidungen und ähnliches, regelmäßig mit allen Beteiligten nach § 15 KHGG zu beraten.

§ 16 Feststellungen im Landeskrankenhausplan

Als eine Dimension von zumindest mittelbarer Strukturqualität erachten wir die Tarifgebundenheit sowie die Betriebseinheit der leistungserbringenden Krankenhäuser.

Nicht ganz sachgerecht, aber an dieser Stelle am ehesten zu verankern wäre die Ausweisung der Tarifgebundenheit der Leistungserbringer sowie die Betriebsstruktur mit Benennung der an der Leistungserbringung beteiligten Tochtergesellschaften in § 16 (2). Alternativ wären an anderer Stelle des Verfahrens der Erstellung und Fortschreibung des Landeskrankenhausplans diese Informationen darzulegen.

§ 16 (4) Trägerwechsel

Wir bewerten es als sachgemäß, dass der Gesetzesentwurf versucht, die Auswirkungen von Trägerwechseln frühzeitig unter Planungsaspekten bewertbar zu machen und gegebenenfalls auch, dass das Ausscheiden aus dem Landeskrankenhausplan durch die zuständige Behörde beschieden werden kann. Aus unserer Sicht sind bei der Anzeige des Trägerwechsels auch erwartbare Veränderungen der Tarifgebundenheit im Unternehmen anzuzeigen sowie darzulegen, welche Intention der neue Träger in der Leistungserbringung mittel- und langfristig verfolgt und in welcher Form der Versorgungsauftrag zukünftig umgesetzt werden soll.

4. Fazit

In der Gesamtbewertung des Gesetzesentwurfes bleibt festzustellen, dass zentrale Punkte einer zukünftigen stationären Krankenhausversorgungsstruktur in NRW nicht ausreichend genug am richtig definierten Ziel „Verbesserung der Versorgungsqualität“ orientiert und nicht ausreichend diskutiert sind.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine zeitliche Verschiebung der Neuerstellung des Landeskrankenhausplans NRW sowie ein deutlich breiter geführter Diskussionsprozess vor Veränderung der entsprechenden Gesetzeslage angemessen.

Parallel zu dieser zeitlichen Verschiebung ist es notwendig, die zentralen Probleme der Beschäftigten, die durch eine Veränderung der Krankenhausplanung nicht behoben werden, in den landes- und bundespolitischen Entscheidungen anzugehen. Es gilt zu vermeiden, dass eine „auf dem Papier“ besser geplante Krankenhausstruktur ihrem Versorgungsauftrag nicht nachkommen kann, weil es an Personal und Investitionen fehlt. Zu diesen Entscheidungen gehören in erster Linie die sofortige Einführung von verbindlichen Personalvorgaben auf Grundlage der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem deutschen Pflegerat und ver.di erarbeiteten PPR 2.0, sowie eine vollständige Investitionskostenrefinanzierung inklusive Auflösung des Investitionsstaus für die Krankenhäuser durch das Land NRW.

Bei Fortführung des aktuell eingeschlagenen Weges und Zeitplans ist sicherzustellen, dass die Perspektive der Beschäftigten deutlich stärker im Diskussionsprozess beachtet wird und flankierende Maßnahmen zur Entlastung des Personals auch planerisch eingebettet werden. So zum Beispiel eine Festlegung von

Personalstandards im nichtärztlichen Bereich als qualitative Rahmenbedingung. Ohne solche Elemente wird eine neue Krankenhausplanung in NRW keine Antwort auf die wachsende Personalnot, den Fachkräftemangel und den weiteren Ausstieg von Fachkräften aus der Krankenhausarbeit bieten.

Anlage:

Forderungen der Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für Alle“²

Ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen – ohne Profite!

Gesundheit darf keine Ware sein! Wir fordern die Landesregierung als ersten Schritt dazu auf, sich über eine Bundesratsinitiative dafür einzusetzen, die Fallpauschalen (DRG) abzuschaffen und Profite wieder zu verbieten. Seit 1985 ist es den Krankenhäusern in Deutschland erlaubt, Gewinne zu machen. Zuvor wurden alle Krankenhäuser kostendeckend nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Das heißt, alle erforderlichen Kosten wurden gegenfinanziert. In den letzten 35 Jahren wurden die Krankenhäuser und das gesamte Gesundheitswesen nach dem Prinzip »Mehr ökonomischer Wettbewerb, mehr Markt!« umgebaut. Seit 2003 wurde zur Abrechnung das sogenannte Fallpauschalen-System (DRG) eingeführt. Die Krankenhäuser erhalten seitdem für jede Behandlung einen festen Betrag von der Krankenkasse. Für verschiedene Behandlungen ist der Betrag unterschiedlich hoch und deckt nicht immer die tatsächlichen Kosten. Manche Erkrankungen und ihre Behandlung rechnen sich daher nicht, mit anderen lassen sich dagegen Gewinne erwirtschaften. Werden nicht genügend Gewinne erwirtschaftet, dann ist das Krankenhaus nicht „konkurrenzfähig“ – ihm drohen Konkurs, Schließung oder Verkauf. Aufwändiger Geräteinsatz und Operationen bringen Geld und machen Gesundheit für private Klinikbetreiber zu einem interessanten Geschäftsfeld. Geburten, Kinderheilkunde und die Versorgung chronischer Erkrankungen, Gespräche, Vorsorge und langfristige Therapien „lohnen“ sich nicht. Seit Einführung dieses Finanzierungssystems ist die Anzahl von Kaiserschnitten und Hüft-Operationen gestiegen. Sie werden im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in Deutschland sehr viel häufiger durchgeführt. Ärzt*innen berichten von dem Druck aus der Geschäftsleitung, möglichst gewinnbringende Behandlungen durchzuführen (siehe dazu den „Ärzte-Appell“, den bereits 115.000 Patient*innen und Bürger*innen, 2.800 Ärzt*innen und 75 Organisationen unterschrieben haben). Mitunter werden Ärzt*innen für gewinnbringende Eingriffe sogar mit Bonus-Zahlungen belohnt. Zugleich werden vielerorts Kinderkliniken und Geburtsstationen geschlossen. In manchen Regionen gibt es bereits eine dramatische Unterversorgung. Unter dem Druck, Kosten zu sparen und Gewinne zu erwirtschaften, werden immer mehr Patient*innen in kürzerer Zeit behandelt. Gleichzeitig wird am Personal gespart, z.B. bei den Pfleger*innen, den Reinigungskräften, in der Küche. Wettbewerb und Markt, so lautete damals das Argument, sollten das Gesundheitssystem effizienter machen, die Qualität steigern und Kosten sparen. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Jahr für Jahr erzielen private Klinik-Konzerne und ihre Anteilseigner enorme Profite. Allein in 2018 strichen Helios, Asklepios, Sana und Rhön Klinikum rund 1 Milliarde Gewinne ein. Sie werden erwirtschaftet auf Kosten von Patient*innen, Angehörigen und Beschäftigten. Eine gute Gesundheitsversorgung braucht Kooperation statt

² <https://gesunde-krankenhaeuser-nrw.de/>

Konkurrenz. Sie muss sich an den Bedürfnissen der Patient*innen orientieren und darf nicht auf Kosten der Beschäftigten gehen. Profite pflegen keine Menschen. Gesundheit darf keine Ware sein.

Gute Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten!

Wir fordern mehr Personal in den Krankenhäusern und eine gesetzliche Personalbemessung, die eine gute Versorgung für alle sicherstellt! Ausdrücklich beziehen wir uns dabei auf alle Berufsgruppen, auch über die Pflege hinaus. Um eine gute Versorgung im Krankheitsfall für alle zu schaffen, brauchen die Krankenhäuser wie auch Pflegeeinrichtungen genügend Personal. In den Krankenhäusern in NRW gibt es aber seit Jahren in allen Bereichen einen massiven Personalmangel: in der Pflege und anderen medizinischen Bereichen, so wie in der Küche, der Reinigung und anderen sogenannten Service-Bereichen. Dieser Mangel ist nicht vom Himmel gefallen. Über viele Jahre wurde Personal im Krankenhaus systematisch abgebaut. Um Kosten zu sparen, werden insbesondere Wäschereibetriebe, Reinigungsdienste und Küchen ausgelagert (outsourct), aber auch Labore, Logopädie und Pathologie und einige andere Bereiche eines Krankenhauses sind betroffen. Für die Beschäftigten bedeutet so eine Auslagerung häufig weniger Lohn, fehlende Tarifverträge und wachsender Druck, mehr Arbeit in kürzerer Zeit schaffen zu müssen. So müssen zum Beispiel die Reinigungskräfte in den Krankenhäusern immer größere Flächen in kürzerer Zeit reinigen und auch die Pflegekräfte haben weniger Zeit pro Patient*in zur Verfügung, um sich um ihre gesundheitlichen und seelischen Bedürfnisse zu kümmern. Die Folgen bekommen die Patient*innen Tag für Tag zu spüren: Die über die allernotwendigste Pflege hinausgehende Betreuung der Patient*innen bleibt auf der Strecke. Schätzungen zufolge versterben jährlich 10.000 – 20.000 Menschen an sogenannten Krankenhauskeimen – also fehlender Hygiene im Krankenhaus. All das geht nicht spurlos an den Beschäftigten vorbei: Viele resignieren oder brennen aus. Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf ist in den letzten Jahren auf 7,5 Jahre gesunken und zahlreiche Auszubildende treten den Beruf aufgrund der Arbeitsbedingungen gar nicht erst an. Die Mehrheit der Pflegekräfte arbeitet in Teilzeit, verzichtet also beim Lohn und nimmt Altersarmut in Kauf – ein Hinweis darauf, dass ein solcher Beruf unter diesen Bedingungen, in Vollzeit und Schichtdienst, auf Dauer nicht leistbar ist. Eine Aufwertung des Berufsfeldes, durch Lohnerhöhungen und spürbare Entlastungen, z.B. durch Reduzierungen der Arbeitszeit sind deshalb dringend notwendig. Darüber hinaus muss es eine dem Bedarf entsprechende gesetzliche Personalbemessung in allen Bereichen geben. Nur so kann der so genannte Fachkräftemangel in der Pflege überwunden werden. Sogenannte Personaluntergrenzen, wie sie zumindest in zwei besonders pflegeintensiven Bereichen eingeführt wurden, legen fest, wie viel Personal mindestens da sein muss. Das reicht nicht aus: Diese Grenzen orientieren sich noch nicht einmal am durchschnittlichen Bedarf, sondern lediglich am untersten Viertel. Sie schreiben den schlechten Zustand also nur fest und verleiten dazu, Personal einfach von einer Station auf die andere zu verschieben.

Wohnortnah und bedarfsorientiert geplant für alle in NRW!

Wir fordern eine intensive Analyse und ausreichend Zeit, um den neuen Krankenhausplan NRW zu erstellen – unter breiter Beteiligung aller Betroffenen bis Ende 2021. Vorher darf es keine Umsetzungsschritte oder Vorfestlegungen geben, wie sie z.B. „Gutachten zur Krankenhauslandschaft NRW“ aus dem Hause Laumann nahelegt. Wir fordern den Erhalt aller Kliniken, solange eine solche Analyse nicht vorliegt. Gesundheit beginnt da, wo Menschen Leben: in Vierteln und Stadtteilen. Hier leben die Expert*innen, die wir brauchen, um eine umfassende Gesundheitsversorgung vor Ort sicherzustellen. Expert*innen sind auch wir alle, denn wir wissen, was wir brauchen, um gesund zu werden und gesund zu bleiben. Fragen nach Gesundheit und Versorgung sind stets auch Fragen von Demokratie, Macht und Milieu. Eine gute Gesundheitsversorgung kann nicht allein auf Grundlage statistischer Daten zur Häufigkeit bestimmter Diagnosen geplant werden. Zu viele Jahre schon haben Fallpauschalen Fehlansätze gesetzt und nahegelegt, im Zweifelsfall eine gewinnbringendere Diagnose zu stellen. Um zu einer vernünftigen Planung zu kommen, könnten z.B. die gesetzlich vorgesehenen regionalen Gesundheitskonferenzen wiederbelebt, gestärkt und demokratisiert werden. Es braucht „runde Tische“ oder andere Gremien, in die alle wichtigen gesellschaftlichen Akteure mit eingebunden werden – und nicht nur mit der einen oder anderen symbolisch beratenden Stimme! Nicht Konkurrenz und das „freie Spiel der Marktkräfte“ sind die Lösung, sondern Kooperation und gemeinsame Planung: Es braucht ein sinnvolles Zusammenspiel stationärer und ambulanter Versorgung und ein weiter gefasstes Verständnis davon, was Gesundheit ausmacht. Dazu gehören auch Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen. Es braucht eine sorgfältige Analyse unter echter Beteiligung von Expert*innen und Betroffenen. All das bleibt in dem 2019 vom NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales veröffentlichten Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ außen vor. Ähnlich der sogenannten „Bertelsmann-Studie“ wird darin, auf fragwürdiger Datengrundlage, gar die Schließung von Krankenhäusern empfohlen. ´

Patientenorientiert, barrierefrei und selbsthilfefreundlich!

Wir fordern, dass die Gesundheitsversorgung an den Bedarfen der Patient*innen und an guter Qualität orientiert werden muss. Gesundheitsversorgung ist eine Aufgabe der Daseinsvorsorge! Pflege und Medizin müssen an ethischen Prinzipien orientiert und auf das individuelle Patient*innenwohl ausgerichtet sein. Es braucht eine bedarfsgerechte Versorgung – qualitativ hochwertig, ortsnah und unabhängig vom gesellschaftlichen und finanziellen Status der Patient*innen.

Patient*innen haben ein Recht auf eine verständliche Aufklärung, die ihren individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten gerecht wird. Nur so können z.B. Vor-

sorgevollmachten und Patientenverfügungen im Sinne der Patient*innen umgesetzt werden. Um Patient*innen und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, müssen Kolleg*innen im Krankenhaus kommunikativ gut ausgebildet sein. Krankenhäuser und andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung müssen für alle Patient*innen und Besuchende barrierefrei auffindbar, zugänglich und nutzbar sein. Barrierefreiheit muss in diesem Sinne bei der Krankenhausplanung und in der praktischen Arbeit immer mitgedacht werden. Alle Krankenhäuser sollen die Selbsthilfe der Patient*innen und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen fördern. Das anerkannte und erprobte Modell „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ wäre dafür ein gutes Beispiel. Um dahin zu kommen, ist noch einiges an Weg zurückzulegen.

Vollfinanziert durch das Land NRW!

Wir fordern ab sofort die vollständige Refinanzierung der Investitionskosten durch das Land NRW und ein Sonderprogramm zur Behebung des Investitionsstaus von aktuell über 12,5 Mrd. € bis 2024. Krankenhausgebäude und deren Ausstattung zu erhalten und zu modernisieren, sind gesetzlich geregelte Aufgaben des Landes NRW! Es ist gesetzliche Aufgabe des Landes NRW, die Kosten für notwendige Investitionen in Krankenhäusern zu tragen. Dazu gehören Kosten für Neu-, Um- und Anbauten sowie die technische Ausstattung. Tatsächlich aber versäumt das Land NRW schon seit Jahren, seine Pflicht zu erfüllen. Im September 2020 zitierte das ZDF aus einem Bericht des Bundesrechnungshofs. Darin heißt es: Die Länder kommen „ihrer Investitionsverpflichtung bei der Krankenhausfinanzierung seit Jahren nur unzureichend nach“, die Förderung bewege sich „auf gleichbleibend niedrigem Niveau“. In der Folge verwendeten die Kliniken für Investitionen „in großem Umfang“ Erlöse aus den Fallpauschalen. Die Fallpauschalen sind jedoch als Finanzierung für die Behandlung vorgesehen. Kliniken stehen also unter Druck, die dringend benötigten Gelder selbst aufzubringen. Das lässt sich nur über Einsparungen beim Personal sowie mit mehr gewinnbringenden und weniger kostenaufwändigen Behandlungen machen – auf Kosten von Patient*innen, Angehörigen und Beschäftigten. Die genaue Höhe der gesetzlich verpflichtenden Finanzierung ist also eine politische Entscheidung. In allen Bundesländern ist die Krankenhausfinanzierung dem Rotstift zum Opfer gefallen, wobei NRW hierbei bereits seit Jahrzehnten führend ist. Der Bedarf für notwendige Investitionen ist in NRW so über die Jahre auf 12,5 Milliarden Euro angewachsen. Um dieses Defizit Schritt für Schritt aufzuholen, müsste das Land jährlich 1,5 Mrd. Euro in die Hand nehmen und die Einzelförderung wiedereinführen. Zum Abbau des Investitionsstaus schlagen wir die Einrichtung eines über mehrere Jahre laufenden Fonds vor, aus dem erforderliche Investitionen finanziert werden.