



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0166(4)
gel. VB zur öAnhörung am 13.04.
16_Krankenhausfinanzierung
07.04.2016

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am
Mittwoch, 13. April 2016

zum

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W.
Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren

BT-Drucksache **18/6326**

Berlin, 6. April 2016

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Bedarfsgerechte Krankenhaus-Versorgung in Deutschland

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di begrüßt die durch die Antragsteller initiierte Debatte zur Krankenhausfinanzierung im Deutschen Bundestag. Sie ist erforderlich, weil auch 13 Jahre nach Einführung der Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups -DRG) Fehlanreize durch Über- und Untervergütung nicht ausgeschlossen werden.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen ist Bestandteil der Daseinsvorsorge. Es ist eine zentrale Aufgabe jedes Sozialstaats, die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen. Staat und Politik müssen auch in Zukunft in der Verantwortung für die Krankenhausplanung bleiben. Eine Steuerung der Krankenhausversorgung durch Marktteilnehmer und Wettbewerb verfehlt dieses Ziel, denn Gesundheit ist keine Ware.

Ver.di hält das gemeinwirtschaftliche Prinzip – mit guter Qualität effizient und kostendeckend zu wirtschaften – für richtig. Es muss das vorherrschende Prinzip bleiben, um Bedarfsgerechtigkeit und Zugang zu gewährleisten. Bedarfsgerechtigkeit ist gegeben, wenn Menschen im Notfall Versorgungssicherheit haben und bei planbaren Krankenhausaufenthalten Krankenhäuser in guter Qualität mit angemessenem Aufwand erreichen können.

Öffentlich ist wesentlich – Krankenhausplanung für Versorgungsregionen

Das Sozialstaatsgebot verlangt gleichwertige Lebensverhältnisse. Deshalb ist Krankenhausplanung eine öffentliche Aufgabe. Die Standards der Versorgung sind sowohl landesweit als auch länderübergreifend so festzulegen, dass in allen Gesundheitsregionen ein gleichwertiges Niveau erreicht wird.

Der Sicherstellungsauftrag und die Krankenhausplanung ist Angelegenheit der Länder. ver.di setzt sich dafür ein, dass die öffentliche Hand eine starke und aktive Stellung in der Landeskrankenhausplanung einnimmt. Die Krankenhausplanung soll transparent sein, präzise steuern und dabei auch Qualitätsvorgaben machen. Die mit dem Gesetz zur Reform der Krankenhausstrukturen (Krankenhausstrukturgesetz - KHSZG) im letzten Jahr beschlossene Orientierung auf das Ziel einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung begrüßt ver.di deshalb grundsätzlich, sie reicht jedoch nicht aus.

ver.di befürwortet die im Antrag BT-Drucksache 18/6326 aufgezeigte sektorenübergreifende Planung. Dabei ist gesetzlich festzulegen, dass die regionale Versorgungsplanung nur auf Grundlage einer ständig weiter zu entwickelnden regionalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zu erfolgen hat. Bedeutsam sind dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit. Dies würde dazu beitragen, dass die Unschärfen der Begriffe „regionale

Besonderheiten“, „Demografie“ und „Morbidity“ bei der Feststellung der notwendigen Bedarfszahlen an primär- und fachärztlicher Grundversorgung verringert werden. ver.di setzt sich dafür ein, dass die Beteiligung der Region am Verfahren der Krankenhausplanung durch regionale Konferenzen geschieht. Ihre Aufgabe ist die Versorgungsplanung in der Region, die Abstufung und das Zusammenwirken der Leistungserbringer. Ziel ist ein gestuftes Netz von bedarfsgerechten Leistungen in ausreichender Versorgungstiefe. Entscheidungen über die Landeskrankenhausplanung und Investitionen für Krankenhäuser werden im Zusammenwirken mit den regionalen Gesundheitskonferenzen vom Landesparlament getroffen. Damit die regionalen Konferenzen dies leisten können, sind sie so zusammengesetzt, dass sie die Interessen und den Sachverstand der Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten, der Beschäftigten im Gesundheitswesen, der Gesundheitseinrichtungen und Erbringer von Leistungen, der kommunalen Parlamente und der gesetzlichen Krankenversicherungen in der Region repräsentieren. Die Krankenhäuser sind Netzknoten der regionalen Gesundheitsversorgung. Sie stellen die Versorgung der Bevölkerung, einschließlich der Notfallversorgung, sicher.

Ausreichende Investitionsförderung

Krankenhäuser sind hochinnovative Einrichtungen. Sie müssen dem medizinischen Fortschritt folgen und die Entwicklungen in Therapie, Medizintechnik, Arzneimittelversorgung und Veränderung der Versorgungsprozesse nachvollziehen. Um diese Anforderungen an Innovation, Qualität und Sicherheit zu erfüllen, gilt eine Investitionsquote von neun Prozent vom Umsatz als zwingend erforderlich. Seit Einführung der dualen Finanzierung im Jahr 1972 sind die Investitionsausgaben der Länder für die Krankenhäuser jedoch nominal wie auch prozentual gesunken. Ihr Anteil am Umsatz der Krankenhäuser betrug im Jahr 1991 rund 9 Prozent. 22 Jahre später war dieser Anteil auf 3,6 Prozent geschrumpft. Die gesamtwirtschaftliche Investitionsquote in der Bundesrepublik Deutschland lag im Jahr 2013 bei 17,2 Prozent. Von 1991 bis 2012 ist eine Investitionslücke in den Krankenhäusern von 28,9 Milliarden Euro entstanden. Die Unterfinanzierung der Länder bei der Investitionsförderung bleibt trotz der jüngsten Krankenhausreform ungelöst, obwohl aufgrund der hohen Steuereinnahmen jetzt der jährliche Fehlbetrag von etwa 4 Mrd. Euro aufzubringen wäre. ver.di setzt sich dafür ein, dass die Mittel der Krankenkassen vollständig für die Krankenversorgung eingesetzt werden. Die Krankenhausinvestitionen sind am Versorgungsbedarf der Bevölkerung auszurichten und auf den erforderlichen Umfang anzuheben. Die notwendigen Investitionen müssen die Länder finanzieren.

Gesetzliche Personalbemessung dringend geboten

Der verstärkte Wettbewerb hat nicht zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung geführt, im Gegenteil wurde der Druck auf die in der Branche Beschäftigten verstärkt. Das DRG-System bietet einen massiven Anreiz zum Personalabbau vor allem in den pflegerischen, therapeutischen und hauswirtschaftlichen Berufen. Der Personalcheck von ver.di weist auf bundesweit 162.000 fehlende Stellen in den Krankenhäusern, davon allein 70.000 in der Pflege, um die gebotenen Qualitätsstandards einzuhalten.

Besonders ausgeprägt ist das Missverhältnis im Nachtdienst. In einer bundesweit erhobenen Stichprobe wurde im letzten Jahr in 238 Krankenhäusern in 3.791 Stationen und Bereichen eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Auf knapp 57 Prozent der Stationen arbeitete eine Fachkraft alleine. In über 28 Prozent dieser Fälle versorgte sie 30 und mehr Patientinnen und Patienten und auf 5 Prozent der Stationen pflegte eine Fachkraft allein 40 und mehr Patientinnen und Patienten. Auf 10 Stationen versorgte lediglich eine Hilfskraft allein, d.h. ohne zuständige Fachkraft die Patientinnen und Patienten.

Auf Intensivstationen mussten die Pflegefachkräfte zum Teil mehr als sechs Schwerkranke versorgen. Im Schnitt kamen auf eine Pflegefachkraft 3,4 Patienten (ver.di 2015). Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin empfiehlt ein Pflegefachkraft-Patienten-Verhältnis von eins zu zwei auf der Intensivstation, die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege von eins zu eins bei beatmeten Patienten.

In der ver.di Stichprobe gaben über ein Viertel (27,3 Prozent) der Befragten an, dass im Nachtdienst die Hände-Desinfektion vernachlässigt werde, weil der Arbeitsdruck hoch ist. Und knapp 60 Prozent (58,6 Prozent) berichteten über gefährliche Situationen in den vergangenen vier Wochen, die durch mehr Personal hätten verhindert werden können. Schmerzpatienten mussten in einigen Fällen über eine Stunde auf die Schmerzmittelgabe warten.

Die im Nachtdienst gefundenen Ergebnisse sind besorgniserregend was Sicherheit und Versorgungsqualität anbelangt. Die Situation ist gleichwohl erlaubt. Vorgaben für ausreichend Personal gibt es nicht. Pflegende wollen gute Arbeit leisten und für die Sicherheit der Patienten sorgen und wissen doch, dass sie das unter den gegebenen Umständen immer weniger einlösen können.

Das DRG-System wurde als lernendes System eingerichtet und den Vereinbarungspartnern eine große Verantwortung bei der Ausgestaltung übertragen. Im Rahmen eines lernenden Systems ist daher eine politische Intervention durch eine gesetzliche Personalbemessung dringend geboten.

Personalabbau unter dem DRG-System

Die Fallpauschalen im Krankenhaus hatten bislang einen sehr starken Einfluss auf die Personalentwicklung. Im ersten Bericht der DRG-Begleitforschung wird dazu angemerkt: „Die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Ärzten, Pflegenden und anderen Dienstarbeitern werden durch die befragten Krankenhäuser und die befragten Akteure gleichermaßen als deutlich negativ eingeschätzt; hauptsächlich hinsichtlich der Arbeitsmenge, aber auch hinsichtlich qualitativer Aspekte (z.B. Übereinstimmung von Aufgaben und Qualifikation, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Entscheidungsspielräumen.“¹ Im zweiten Bericht heißt es dazu: „Im Pflegedienst nahm die Anzahl der Vollkräfte entgegen dem langjährigen Trend im Zeitraum 2006 bis 2008 zwar geringfügig zu, dennoch erhöhte sich die über die Anzahl der Fälle je Vollkraft ausgedrückte Personalbelastung im Pflegedienst nahezu kontinuierlich weiter.“²

Wie die Autoren der WAMP-Studie³ feststellen, hat von 2003 bis 2008 die Arbeitsbelastung aus Sicht der Krankenpflegekräfte durch hohen Zeitdruck, administrative Tätigkeiten und Unterbrechungen kontinuierlich zugenommen.

Die Arbeitsbelastung schlägt sich auch in der Frage an die Beschäftigten im Pflegedienst der Krankenhäuser nieder, ob sie unter den derzeitigen Anforderungen ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben könnten. Mehr als drei Viertel (77 Prozent) antworten darauf mit einem klaren „Nein“.⁴ Das ist eine dramatische Entwicklung angesichts des demografiebedingten Mangels an Pflegepersonal und weiteren Gesundheitsberufen, der sich verstärkt in den vor uns liegenden Jahren abzeichnet. In den Krankenhäusern wurde weitgehend nur dort in Personal investiert, wo durch die speziellen Anforderungen des Systems neue „Abrechnungs- und Dokumentationsvorgänge“⁵ entstanden sind. Qualifizierung und Bereitstellung von Personal zur Verbesserung der Patientenversorgung, die das zentrale Anliegen der Krankenhäuser sein sollten, rückten in den Kliniken aus dem Blickfeld.

Qualitätsmängel nehmen zu

An Diagnosen orientierte Pauschalvergütungen eignen sich gut für Fälle, die medizinisch klar einzuordnen sind. Multimorbide Patientinnen und Patienten oder pflegebedürftige Menschen erhalten unter DRG-Bedingungen oft nicht die Behandlung und Pflege, die sie brauchen. In

¹ w.o.: G-DRG-Begleitforschung, IGES 2010, Seite XVIII

² G-DRG-Begleitforschung, IGES 2011, Seite XIII

³ Braun et al. 2010, Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“

⁴ Conrads, R. et al. 2015, Branchenanalyse für das Gesundheits- und Sozialwesen - auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit

⁵ w.o.: G-DRG-Begleitforschung, IGES 2010, Seite 680

einer eindrucksvollen breit angelegten Studie kam das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) zum Ergebnis, dass der massive Stellenabbau der vergangenen Jahre Spuren in der Patientenversorgung hinterlässt. Es herrsche ein chronischer Pflegemangel im Krankenhaus.⁶

Mehr als 10.000 in Krankenhäusern beschäftigte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen wurden befragt. Die Ergebnisse wiesen unter einer steigenden Belastung der Beschäftigten auf zunehmende Probleme in der Patientenversorgung hin. Laut Studie ließen sich insbesondere Mängel bei Pflegeleistungen wie einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten erkennen. Gespräche mit Patient/-innen hätten deutlich abgenommen. Schlecht stünde es auch bei der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Selbst bei Medikamentengaben, Verbandswechseln und Hygienemaßnahmen gaben jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, dass sie Fehler aufgrund von hoher Arbeitsbelastung nicht ausschließen könnten.

In der Studie wurde auch ein direkter Zusammenhang zwischen abnehmender Pflegekapazität und vermehrten Risiken für die Patienten sichtbar. Zwar seien die Pflegekräfte bemüht, die professionelle und fachliche Pflege ungeachtet der Schwierigkeiten zu stabilisieren. Dabei gehe jedoch nur noch jede dritte Pflegekraft davon aus, dass Maßnahmen, die pflegerisch geplant werden, auch vollumfänglich realisiert werden können. Der sich abzeichnende Kollaps, so folgert die Studie, könne nur von allen verantwortlichen Kräften der Gesundheitspolitik gemeinsam in einer konzertierten Aktion vermieden werden.

Nachhaltige Verbesserungen nur mit sachgerechter Personalbemessung möglich

Mit einer gesetzlichen Personalbemessung wäre ein wesentliches Element zur Verbesserung der Strukturqualität in den Krankenhäusern umgesetzt. Zudem sind mit dieser Maßnahme eine wirksame Entlastung der Beschäftigten und mehr Sicherheit für die Patientinnen und Patienten verbunden. Der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und guter Versorgung ist evident. Eine gesetzliche Personalbemessung ist auch geeignet, Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern zu Lasten von Patient/-innen und Personal zu vermeiden.

ver.di setzt sich für eine verlässliche Finanzierung der Krankenhäuser ein, um die Versorgungssicherheit für die Patienten dauerhaft zu gewährleisten. Die Krankenhäuser brauchen ausreichend Personal und das ist nur mit einer gesetzlichen Personalbemessung zu

⁶ Isfort, M.; Weidner, F. et al., Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln, 2010

erreichen. Diese Rahmenbedingungen müssen vom Bundesgesetzgeber für alle Krankenhäuser verbindlich vorgegeben werden.

Bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung

Die Vergütung nach Fallpauschalen hat die hohen Erwartungen nicht erfüllen können. Statt Streben nach guter Versorgungsqualität gibt es den Wettbewerb um billigste Leistungserstellung. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung sind stärker als vor der DRG-Einführung gestiegen. Trotzdem wird zu Lasten pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten und dem Personal gespart.

Nur teilweise hat der Gesetzgeber auf Fehlentwicklungen reagiert. So wurde der mit den Fallpauschalen einhergehende Abbau von Ausbildungsplätzen gestoppt. Inzwischen wird die Ausbildung an Krankenhäusern eigenständig finanziert. Zusätzlich wurden durch verschiedene gesetzgeberische Maßnahmen den Häusern weitere Mittel zur Verfügung gestellt. Allein über die Änderungen mit dem Krankenhausstrukturgesetz stehen Krankenhäusern in den nächsten drei Jahren mindestens 6 Milliarden Euro zusätzlich zur Verfügung. Verwerfungen durch Fallpauschalen sollen so abgemildert werden. Beispiele sind der Teilausgleich von Tariferhöhungen, das Pflegestellen-Förderprogramm, Ansätze eines Orientierungswertes und das Hygieneprogramm. Bisher kommt von den eingesetzten Mitteln der Versicherten aber bei Patientinnen und Patienten sowie beim Personal zu wenig an.

ver.di setzt sich deshalb für eine umfassende und nachhaltige Reform der Finanzierungen von Leistungen im Gesundheitswesen ein. Um eine bedarfsgerechte Vergütung sicherzustellen, muss der vom Statistischen Bundesamt errechnete Orientierungswert (Krankenhaus-Warenkorb) vollständig finanziert werden. Er soll die Kostensteigerung im Krankenhaus realistisch abbilden und die Budgetierung gemäß Grundlohnsummensteigerung ersetzen. ver.di setzt sich für eine patientenzentrierte Qualitätssteuerung der Krankenhäuser außerhalb des DRG-Systems ein. Eine Koppelung der Bezahlung an kurzfristige und einfach messbare Ergebnisdaten (pay for performance) lehnt ver.di ab, denn das erfasst nur Teilaspekte der Qualität in Indikationsstellung, Therapie und Nachsorge und birgt die Gefahr einer erneuten Fehlsteuerung. Die Behandlung im Krankenhaus muss immer entsprechend der bestmöglichen und ganzheitlichen Qualität erfolgen und finanziert werden. Dies gilt ausdrücklich für Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität (z. B. ausreichende Personalausstattung), wie auch der Prozessqualität (z. B. Optimieren der Patientensicherheit bei Operationen durch Checklisten, Vorrang der ärztlichen Ethik vor betriebswirtschaftlichem Kalkül und Erlösoptimierung).

Die Entwicklung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken oder Krankenhausabteilungen gelten die DRGs nicht. Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgG) befinden sich auch dort Tagespauschalen in der Einführung. Nachdem das breite Bündnis aus psychiatrischen und psychosomatischen Verbänden gemeinsam mit ver.di und weiteren Akteuren deutlich Kritik geübt haben, wurde 2014 die grundsätzliche Prüfung des Entgeltsystems zugesagt. Mit den am 18.02.2016 präsentierten Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems erfolgte eine Neuorientierung hin zu einem Budgetsystem. Die Eckpunkte beinhalten die Umsetzung verbindlicher Mindestvorgaben zur Personalausstattung der Kliniken bis spätestens 2020. Diese Entwicklung wird von ver.di ausdrücklich begrüßt. Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) muss in allen Häusern verbindlich zu 100 % umgesetzt werden, bis ein neues System in Kraft tritt. Das neue System muss sicherstellen, dass die Personalausstattung in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durchgehend gesichert wird. Spätestens die Erfahrungen aus der Umsetzung der DRGs haben gezeigt, welche unerwünschten Wirkungen daraus entstehen, wenn eine Personalregelung lediglich zum Berechnungsinstrument wird. Dann nämlich entsteht ein ökonomischer Anreiz zum Personalabbau. Die Fehlentwicklung bei den Krankenhäusern, die zur akuten Personalnot geführt hat, darf sich für den Bereich der Psychiatrie nicht wiederholen.

Im Interesse einer hochwertigen psychiatrischen Versorgung, guter Arbeitsbedingungen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bedarf es einer Vorgabe zur Personalbemessung, die dem Bedarf entsprechend angepasst und weiterentwickelt wird.