

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)340(3)
gel VB zur öffentl Anh am
19.05.2021 - Krankenhaus
14.05.2021



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur

Öffentlichen Anhörung zu den Anträgen:

Antrag der Fraktion der FDP

Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie, BT- Drucksache 19/ 26191

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite, BT-Drucksache 19/26168

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren, BT-Drucksache 19/27830

Berlin, 12. Mai 2021

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

1. Antrag der Fraktion der FDP: **Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie, BT- Drucksache 19/26191**

Der Antrag benennt sachlich richtig das strukturelle Problem wachsender Defizite bei der Investitionskostenfinanzierung von Krankenhäusern seitens der Bundesländer. Im Rahmen der dualen Finanzierungssystematik hat sich die Aufteilung zwischen einer betriebskostenseitigen Finanzierung seitens der gesetzlichen Krankenkassen und einer investitionskostenseitigen Finanzierung durch die Länder zunehmend als untauglich erwiesen, um den Krankenhäusern als zentrale Bestandteile der öffentlichen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge eine gesicherte Finanzierung aller Bereiche zu ermöglichen. Unerwünschte Folgen dieser defizitären Grundlage zeigen sich nicht nur in der Infragestellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bürger*innen, sondern auch in der zunehmenden, hilfswisen Investitionskostentragung aus den Betriebsmitteln der Krankenhäuser, durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert und vorgesehen für die Versorgung der Patient*innen. Der zweckfremde Einsatz der Betriebsmittel setzt die Krankenhausbeschäftigten aufgrund der Sparzwänge unter Druck, die Versorgungsqualität kann nicht gewährleistet werden.

Nicht nur Versicherte werden in eine doppelte, nicht sachgerechte finanzielle Verpflichtung genommen, um den Sicherstellungsauftrag der Länder notgedrungen zu bezuschussen. Das Nichterfüllen der länderseitigen Investitionskostentragung leistet auch Privatisierungstendenzen von Versorgungsstrukturen Vorschub, da

Kommunen häufig nicht über die erforderlichen Mittel verfügen, um den Krankenhäusern vor Ort bei der Lösung von Investitionsanforderungen im erforderlichen Umfang beizuspringen. Vor dem Hintergrund des Erfordernisses, bedarfsgerechte und leistungsfähige Versorgungsstrukturen flächendeckend vorzuhalten und diese nicht zur Renditeerzielung, sondern zur Absicherung der Versorgungserfordernisse der Bürger*innen zu betreiben, kann diese Tendenz keine hinnehmbare Antwort darstellen. ver.di bekräftigt die durch den Antrag geäußerte Aufforderung an die Länder, ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung in vollem Umfang nachzukommen.

Davon losgelöst diskutiert der Antrag das DRG-System als nicht ursächlich für den Investitionsstau in vielen Krankenhäusern. ver.di widerspricht dieser Auffassung entschieden und lehnt aus den vorgenannten Gründen die Idee, das DRG-Abrechnungssystem zu entbürokratisieren, ohne dadurch neue Fehlanreize setzen zu wollen, ab. Die Dysfunktionalität des DRG-Systems ergibt sich nicht durch seine bürokratische Veranlagung und daraus abzuleitende oder womöglich neu hinzukommende Fehlanreize, sondern durch die Steuerungswirkung von Krankenhausleistungen auf Grundlage von Vergütungsanreizen und einer Kostensenkungslogik statt einer die Versorgungserfordernisse der Bürger*innen in den Mittelpunkt stellenden, am Bedarf orientierten Krankenhausfinanzierung. Vor diesem Hintergrund fordert ver.di die Abschaffung des DRG-Systems. Es ist durch eine an den tatsächlichen Bedarfen der Patient*innen bemessene Finanzierung zu ersetzen.

Die durch den Antrag geforderte Einsetzung einer Kommission zur Prüfung alternativer Finanzierungsmodelle zur Krankenhausfinanzierung

kann vor diesem Hintergrund nur unter dem spezifischen Auftrag der perspektivischen Rückkehr zur Abschaffung des DRG-Systems zugunsten einer bedarfsgerechten Versorgungsfinanzierung dienen.

2.1 Antrag der Fraktion DIE LINKE

Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite, BT-Drucksache 19/26168

Der Antrag zielt auf die Abschaffung des DRG-Systems in Verbindung mit der Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips zur Finanzierung von Krankenhausstrukturen. ver.di unterstützt dieses Ansinnen, da ohne eine Aufhebung der durch das DRG-System verankerten Fehlleistungen einer Vergütungs- und Kostensenkungslogik weder ausreichende personelle Kapazitäten auf allen Stationen und in allen Bereichen vorgehalten werden können, noch eine den Versorgungsbedarf langfristig sichernde Versorgungsstruktur ermöglicht wird.

Die in § 1 KHG vorzunehmende Ersetzung des Gebots der Trägervielfalt durch das Ziel einer Trägerschaft auf gemeinwohlorientierter und nichtkommerzieller Basis ist aus Sicht von ver.di zielführend, sofern die konkreten Versorgungserfordernisse in Ländern und Kommunen berücksichtigt werden. Im Bedarfsfall muss auch ermöglicht werden, dass Mischformen von Betreiberstrukturen mit einer vorrangig gemeinwohlorientierten und nichtkommerziellen Ausrichtung nicht im Grundsatz ausgeschlossen werden. Rekommunalisierungsmaßnahmen, die durch Bundeszuschüsse an Kommunen und Länder unterstützt werden, können einen Weg darstellen, um das Gebot der öffentlichen und

gesundheitlichen Daseinsvorsorge ohne Renditeorientierung sicherzustellen. Bei der Unterstützung von Konzepten zur Rekommunalisierung sind allerdings sowohl Kriterien zur langfristigen Gewährleistung und Erhöhung von Versorgungsqualität vor Ort als auch zum dauerhaften Erhalt und Betrieb der jeweiligen Einrichtungen als maßgeblich anzusehen. Zudem bedarf es einer eindeutigen begrifflichen und rechtlichen Zuordnung freigemeinnütziger Trägerstrukturen im Rahmen dieser Neufassung.

Die Einführung einer bundesweiten, bedarfsgerechten, wissenschaftlich ermittelten, gesetzlichen Personalbemessung wird durch ver.di begrüßt. Hierzu liegt bereits ein geeignetes Instrument im Rahmen der PPR 2.0 vor, die ver.di im Auftrag der KAP gemeinsam mit DKG und Pflegerat entwickelt hat. Die PPR 2.0 ist kurzfristig einsetzbar, digital integrationsfähig und bietet eine wissenschaftlich fundierte Grundlage, an die ein weitergehend zu entwickelndes und erprobendes Personalbedarfsbemessungsinstrument anknüpfen kann. Es sind geeignete und überprüfbare Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten zu entwickeln, die den Versorgungsauftrag nicht gefährden, sondern sicherstellen. ver.di setzt sich daher für eine Sanktionskaskade ein, die greifen muss, wenn Personalvorgaben nicht eingehalten werden. Das Ziel muss die Sicherung qualitativ hochwertiger Patient*innenversorgung sein.

ver.di begrüßt die im Antrag enthaltene Ansinnen zur Reintegration von vormals ausgelagerten Bereichen. Die Finanzierung von Personalkosten im Rahmen der zu verwirklichenden Selbstkostendeckung nur dann vorzusehen, wenn eigene Beschäftigte unter Beachtung der Tarifverträge eingesetzt werden, lässt die Frage offen, was mit Beschäftigten geschieht, wenn diese nur anteilig oder in bestimmten Bereichen entsprechend angestellt sind.

Vermieden werden muss die Folge, dass bei der folgerichtigen Aussetzung des Selbstkostendeckungsprinzips bestimmte Beschäftigtengruppen Nachteile in Form von Lohneinbußen oder Personalabbau erleiden. ver.di schlägt deshalb vor, den Antrag dahingehend zu präzisieren, dass die Einhaltung tarifvertraglicher Rahmenbedingungen als Regelfall für eine Finanzierung der Personalkosten über die Selbstkostendeckung gesehen wird, im Falle der Nichteinhaltung die Beschäftigten aber vor betriebsbedingten Kündigungen oder der Inkaufnahme sonstiger arbeitsvertraglicher Schlechterstellungen zu schützen sind. In allen versorgungsrelevanten Krankenhausbereichen sind darüber hinaus Werk- und Dienstverträge gesetzlich zu untersagen. Denn Ausgliederungen und Werk- und Dienstverträge erschweren die Zusammenarbeit, die Versorgungsqualität leidet. Krankenhäuser funktionieren nur mit Teamarbeit. Da Beschäftigte der Tochter- bzw. Fremdfirma arbeitsrechtlich nicht direkt in die Arbeitsorganisation der Klinik eingebunden sein dürfen, fällt die für eine optimale Patient*innenversorgung erforderliche Zusammenarbeit der Einsparung von Personalkosten zum Opfer. Physio- und Ergotherapeut*innen oder Beschäftigte im Krankenhaustransport zum Beispiel, die bei Tochtergesellschaften angestellt sind, können nicht unmittelbar mit dem Pflegepersonal, das beim Krankenhausträger angestellt ist, zusammenarbeiten ohne gegen Arbeitsrecht zu verstoßen.

Eine Begrenzung der Auftragsvergabe an Dritte nur auf sachlich notwendige Fälle wie zum Beispiel spezialisierte IT-Leistungen begrüßt ver.di.

Das Ansinnen einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung unter demokratischer Beteiligung der Bürger*innen und Bürger ist aus Sicht von ver.di sinnvoll, sollte jedoch an bereits bestehende Erkenntnisse und

Anforderungen zur Erreichung dieser Zielsetzung anknüpfen. Hierzu gehört insbesondere die Entwicklung spezifischer regionaler Versorgungsstrukturen, die auf Basis einer arbeitsteiligen und fachlichen Kompetenz- und Organisationsteilung zwischen Einrichtungen mit einer Netzknotenfunktion im Sinne einer fachlich spezialisierten Maximalversorgung und Strukturen einer leicht erreichbaren Grundbedarfs- und Notfallversorgung unterscheiden. Sowohl die arbeitsteilige und funktionsabhängige Verknüpfung dieser Netzwerke unter wesentlicher Zuhilfenahme digitaler Technologien wie auch die Einbeziehung ambulanter Strukturen und MVZ-Strukturen sind erforderliche Schritte zur Neuordnung und Verwirklichung einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung. Die Krankenhausplanung muss auf der Grundlage regionaler Morbiditätsdaten in öffentlicher Hand stattfinden. Sie muss bedarfsgerecht, transparent und präzise steuern, durch bundesweit einheitliche Vorgaben zur Strukturqualität gerahmt. An der Krankenhausplanung sind die in der Branche vertretenen Gewerkschaften zu beteiligen.

Die Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Länder in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro pro Jahr wird durch ver.di unterstützt. Dieser Betrag sollte allerdings an die Finanzierungsbedarfe der Länder angepasst werden können. Der Sicherstellungsauftrag der Länder muss auch bei zunehmender Zuschussfinanzierung durch den Bund erhalten bleiben.

3. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären
Krankenhausversorgung – Vergütungssystem,
Investitionsfinanzierung und Planung reformieren, BT-Drucksache
19/27830**

Durch den Antrag soll eine Differenzierung der Betriebskostenfinanzierung in Abhängigkeit von der vorliegenden Versorgungsform etabliert werden. Hierbei soll eine Abdeckung der Vorhaltekosten bei bedarfsnotwendigen Vorhaltestrukturen in Krankenhäusern, etwa der Grundversorgung in ländlichen Räumen, pädiatrischen Abteilungen oder der Notfallversorgung erfolgen. Abzugrenzen davon sei ein fallzahlabhängiger Vergütungsanteil im Rahmen eines ergänzten Fallpauschalensystems, das auf Basis bundesweit definierter Versorgungsstufen die tatsächlichen Betriebskostenstrukturen verschiedener Versorgungsebenen abbildet.

Aus Sicht von ver.di geht der Antrag hinsichtlich der Abdeckung der Vorhaltekosten bei bedarfsnotwendigen Vorhaltestrukturen zwar in die richtige Richtung. Er kann jedoch nicht plausibel darlegen, weshalb spezifische Versorgungsstrukturen wie Maximalversorger und Uniklinika auf der Basis von ergänzten Fallpauschalen weiterbetrieben werden sollen. Zudem macht eine ergänzende Säule zur Strukturfinanzierung das bereits jetzt überkomplexe DRG-System noch weniger transparent und steuerbar. Auch eine modifizierte DRG-Systematik führt im Kern das Problem fort, das die jeweils betroffene Einrichtung dem Zwang unterliegt, profitabel bzw. kosteneffizient zu wirtschaften, während sie zugleich auf Versorgungsbedarfe reagieren und für diese Vorsorgen muss. Dies ist nicht gleichzusetzen mit den durch den Antrag formulierten Zielen der Qualitätssicherung, des Ausbaus der sektorübergreifenden Versorgung, der Reduktion ökonomischer Fehlanreize und der Sicherstellung einer verlässlichen Versorgung. ver.di spricht sich demgegenüber für die vollständige Ersetzung des DRG-Systems durch eine an den tatsächlichen Bedarfen der Patient*innen orientierte Finanzierung, unabhängig von der Betrachtung der Versorgungsfunktion, aus.

Das Ansinnen einer Reform der Krankenhausplanung auf Basis einer Differenzierung nach unterschiedlichen Versorgungsstufen und unter der Voraussetzung einer bedarfsgerechten Versorgung kann ver.di nachvollziehen. Die Beteiligung des Bundes sinnvoll, um eine abgestimmte Krankenhausplanung zu erreichen. Hochspezialisierte Leistungen für seltene Erkrankungen und Verletzungen müssen nicht in allen Bundesländern vorgehalten werden. An Landesgrenzen ist darüber hinaus eine Abstimmung mit dem Nachbarland sinnvoll, insbesondere was Universitätsmedizin und Maximalversorger betrifft. In jedem Fall muss die Versorgung der Bevölkerung in schwach besiedelten Regionen gewährleistet sein. Die koordinierende Beteiligung des Bundes an der Krankenhausplanung kann für gleiche Verhältnisse in der Krankenhausversorgung für alle Bürger*innen nach bundesweit festgelegten Kriterien für Qualität und Erreichbarkeit sorgen.

ver.di begrüßt eine ergänzende Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, beispielsweise im Rahmen einer Weiterentwicklung des Krankenhausstrukturfonds, zur Unterstützung erforderlicher Investitionsmaßnahmen. Davon unberührt müssen die Länder wieder ihrer Verantwortung zur Investitionsfinanzierung in vollem Umfang und dauerhaft nachkommen.

Die Einführung einer Mindestinvestitionsquote steht aus Sicht von ver.di allerdings im Spannungsfeld zu bedarfsabhängigen Investitionen, da sonst da Mindestgrenzen das Risiko einer Verlagerung des Investitionsgeschehens auf diese Grenze bergen und keine Anreize setzen, darüber hinaus zu gehen. Deshalb sollte stattdessen eine Verpflichtung zur Ermittlung und Erfüllung bedarfsbezogener Investitionen festgeschrieben werden. Die Differenzierung der Investitionsfinanzierung in Pauschalzahlungen je nach Versorgungsstufen

birgt aus Sicht von ver.di das Risiko, die tatsächlichen Finanzierungsbedarfe zu verfehlen.

Sowohl Aspekte der patientenorientierten Digitalisierung von als auch der Verwirklichung ökologisch und energetisch nachhaltiger Versorgungsstrukturen können im Rahmen der Investitionsfinanzierung Sinn machen. Sie sind aus Sicht von ver.di allerdings nicht als Voraussetzungen, sondern als ergänzende Zuschüsse umzusetzen.

Die Entwicklung eines wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments in der Pflege ist aus Sicht von ver.di zu begrüßen, darüber hinaus sind Personalvorgaben für die weiteren Krankenhausbereiche zu entwickeln und zu erproben, damit Strukturqualität im gesamten Krankenhaus gewährleistet werden kann. Die Ermittlung des Versorgungsbedarfs müssen hierzu ebenso ausschlaggebend sein wie die notwendige Entlastung der Beschäftigten.

Die Einführung von Pflege- DRGs im Rahmen von Pflegeleistungen lehnt ver.di entschieden ab. Eine Vergütung auf Basis von Pflegediagnosen würde die Fehler des DRG-Systems auf die Pflege replizieren und kann nicht als Lösung zur Schaffung guter Arbeitsbedingungen dienen. Gute Pflege und die für sie erforderlichen Rahmenbedingungen sind sowohl als fachliche Tätigkeiten wie auch als berufsspezifische Verantwortung von einem hohen Maß an persönlicher, zeitintensiver Zuwendung und Fachlichkeit geprägt. Wirtschaftliche Anreizmechanismen für Krankenhäuser, diese Kriterien auf Basis des Patientennutzens, der Leistungsqualität und der Diagnosestellung erreichen zu wollen, stärken weder die Bedarfe und die Sichtbarkeit der involvierten Beschäftigtengruppen, noch können sie die Versorgung der Pflegebedürftigen bedarfsgerecht absichern. ver.di fordert demgegenüber die Entwicklung eines wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments, dass an bestehende Instrumente anknüpft und die bedarfsgerechte

Versorgung in den Mittelpunkt der Personalbedarfsermittlung stellt. Hierzu liegt bereits ein geeignetes Instrument im Rahmen der PPR 2.0 vor, die ver.di im Auftrag der KAP gemeinsam mit DKG und Pflegerat entwickelt hat. Die PPR 2.0 ist kurzfristig einsetzbar, digital integrationsfähig und bietet eine wissenschaftlich fundierte Grundlage, an die ein zu entwickelndes, weitergehendes Personalbedarfsbemessungsinstrument anknüpfen kann.