



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

## **Stellungnahme**

### **der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Montag, dem 7. September 2015

zum

Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD

### **Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSKG)**

BT-Drucksache **18/5372**

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

### **Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern - Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln**

BT-Drucksache **18/5369**

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### **Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen**

BT-Drucksache **18/5381**

**Berlin, 7. September 2015**

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

Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD

# Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)

BT-Drucksache 18/5372

## Vorbemerkung

### Qualität braucht genug Personal.

Patientinnen und Patienten erwarten eine gute und sichere Krankenhausbehandlung. Doch in vielen Krankenhäusern herrscht dramatische Personalnot. Immer öfter kann diese gute und sichere Behandlung selbst durch erhebliche und kontinuierliche Überarbeitung des Personals nicht aufrecht erhalten werden. Trotz starker Zunahme der Fallzahlen und Fallschwere bleibt die erforderliche Personalausstattung weit zurück. Dies zeigt am stärksten die Entwicklung beim Pflegepersonal. Da anders als die medizinische Behandlung in der derzeit geltenden Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen (Diagnosis related groups –DRGs), die Krankenhauspflege kaum erlösrelevant ist, ergibt sich eine immer stärkere Schieflage in der Personalausstattung.

Bis Anfang 2015 häuften sich allein im Pflegebereich der Universitätsklinika 2,1 Millionen Überstunden an. Damit arbeiten die Pflegenden dort für 1.292 fehlende vollzeitarbeitenden Kolleginnen und Kollegen mit. In den meisten anderen Kliniken stapeln sich Überlastungsanzeigen. Beschäftigte signalisieren damit ihrem Arbeitgeber, dass sie aufgrund der zu geringen Personalausstattung eine sichere Patientenversorgung nicht mehr gewährleisten können und gefährliche Pflege zum Alltag gehört. Insgesamt fehlen 162.000 Beschäftigte in deutschen Krankenhäusern, um gute Arbeit zu leisten – allein rund 70.000 davon in der Pflege (ver.di - Personalcheck 2013). Neuere Studien kommen auf einen noch höheren Fehlbedarf (vgl. Simon, Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser, Hannover, August 2015). Vor allem in der Nacht ist eine sichere Versorgung nicht mehr gewährleistet. In einer bundesweit erhobenen Stichprobe im März 2015 hatte die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di in 237 Krankenhäusern in 2.803 Stationen und Bereichen die Beschäftigten im Nachtdienst befragt. 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.

Auch auf Intensivstationen ist die Situation nicht besser. Dort werden die Pflegefachkräfte zum Teil mit mehr als sechs Schwerkranken konfrontiert. Im Schnitt muss eine Pflegefachkraft 3,3 Patienten versorgen. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sieht dagegen ein Pflegefachkraft-Patienten-Verhältnis von eins zu zwei auf der Intensivstation, die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege sogar von eins zu eins bei beatmeten Patienten vor.

Die lückenhafte Besetzung kann unmittelbar gesundheitliche Folgen haben. In der ver.di Stichprobe gaben über ein Viertel (28,33 Prozent) der Befragten an, dass im Nachtdienst die Hände-Desinfektion vernachlässigt werde, weil der Arbeitsdruck hoch ist. Und knapp 60 Prozent (58,68 Prozent) berichteten über gefährliche Situation in den vergangenen vier Wochen, die durch mehr Personal hätten verhindert werden können. 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.

Die mangelhafte Personalausstattung wird bereits in der Ausbildung im Krankenhaus erlebt. Knapp ein Drittel (29,5 Prozent) der Auszubildenden erhalten während ihres praktischen Einsatzes auf Station keine Betreuung durch eine Praxisanleiterin oder einen Praxisanleiter. Nur gut die Hälfte der Auszubildenden würden einem Freund oder einer Freundin die Ausbildung empfehlen (Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012).

### Probleme lange ungelöst

Nach der Krankenhausreform 2009 gab es in der letzten Legislatur keine Ansätze zur Lösung der Probleme. Vielmehr wurden mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKVFinG) die Krankenhausaussgaben für die Jahre 2011/2012 verschärft gedeckelt und nur in der halben Höhe der Kasseneinnahmen (Veränderungsrate) erhöht. Dadurch wurde ein Großteil der Krankenhausreform 2009 wieder zurückgenommen. Der im Krankenhausreformgesetz (KHRG) 2009 als neue Berechnungsgrundlage zugesagte Orientierungswert wurde erst 2013 eingeführt. Er bildet jedoch nicht die tatsächlichen Kostensteigerungen ab. ver.di will einen Orientierungswert, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser, besser als die Veränderungsrate, abbildet. Und um Tariffucht zu vermeiden, müssen Tarifierhöhungen bei tarifgebundenen Häusern vollständig finanziert werden; für Kliniken ohne entsprechende Tarifierhöhungen ist, wie ursprünglich im Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG) 2009 vorgesehen, ein zwingender Abschlag (§4, Absatz 2a KHEntgG) wieder einzuführen.

Erst kurz vor der Bundestagswahl wurde im Jahr 2013/2014 ein Versorgungszuschlag für die Krankenhäuser in Höhe von 750 Mio. Euro beschlossen, der allerdings an keine Qualitätsverbesserungen geknüpft war und auch zu keinen zusätzlichen Personalstellen in den Krankenhäusern geführt hat.

Insofern war es folgerichtig, im Koalitionsvertrag für die Regierungszeit 2013 bis 2017 eine Krankenhausreform anzukündigen. „Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein“, heißt es dort einleitend. Und weiter: „Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird.“ Auf der Grundlage dieser Vereinbarung im Koalitionsvertrag und der Eckpunkte einer Bund-Länder AG wurde der vorliegende Gesetzentwurf entwickelt.

Obwohl immer häufiger das Patientenwohl ernsthaft gefährdet ist, wird auch in diesem Entwurf darauf verzichtet, mit verbindlichen Personalvorgaben für Sicherheit und Entlastung zu sorgen. ver.di fordert die Situation nachhaltig zu verbessern. Die Entwicklung zeigt: Markt und Wettbewerb werden das nicht richten. Gebraucht wird eine gesetzliche Personalbemessung.

## Mehr Geld erforderlich

Ein erster Schritt muss eine verbesserte finanzielle Ausstattung sein, die an die Einstellung zusätzlichen Personals geknüpft ist. Von den 5,4 Milliarden Euro, die die anstehende Krankenhausreform bis 2020 kosten soll, muss ein erheblich größerer Teil als die bislang geplanten 660 Millionen Euro bei den Beschäftigten ankommen.

Von der Vorgängerregierung wurde ein umstrittener Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent des Krankenhausbudgets eingeführt. ver.di hatte seinerzeit kritisiert, dass dieser Zuschlag an keinerlei überprüfbare Qualitätsvorgaben gebunden war. Die mit dem KHSG vorgesehene Abschaffung könnte, wie vom Bundesrat gefordert, unterbleiben, wenn diese Gelder im Sinne einer guten und sicheren Krankenhausversorgung mit einer Personalregelung verknüpft werden. Diese Mittel sollten z.B. für die Verbesserung der Personalausstattung in der Nacht, am Wochenende oder auch zur Umsetzung der Empfehlungen der Fachgesellschaften für Intensivstationen, eingesetzt werden.

Mittelfristig müssen zur Behebung der prekären Personalausstattung rund 8 Mrd. Euro aufgewendet werden. Rund die Hälfte davon ist durch die überfällige Anhebung der Investitionsquote auf 9 Prozent vom Umsatz aufzubringen. Diese Investitionen müssen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung von den Ländern zur Verfügung gestellt werden. Entgegen ihrer gesetzlichen Pflichten aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zahlen diese weniger als die Hälfte der erforderlichen Investitionen und zwingen so die Krankenhäuser, von den Erlösen aus der Krankenversorgung, Investitionsmittel abzuzweigen. Damit bezahlen die Versicherten mit Beiträgen auch die Infrastrukturmaßnahmen, die im Rahmen der Daseinsvorsorge aus Steuermitteln zu finanzieren wären.

In einer Zeit anhaltend hoher Steuereinnahmen - nach Schätzungen des Bundesfinanzministeriums summieren sich die Mehreinnahmen bis 2019 auf 38,3 Mrd. Euro – muss aktuell eine Aufstockung der Fördermittel erfolgen.

Krankenhäuser sind hochinnovative Einrichtungen. Sie müssen dem medizinischen Fortschritt folgen, und die Entwicklungen in Therapie, Medizintechnik, Pharmaka und Veränderung der Versorgungsprozesse nachvollziehen. In den Krankenhäusern gilt eine Investitionsquote von 9 Prozent vom Umsatz als zwingend erforderlich, um die Anforderungen an Innovation, Qualität und Sicherheit zu erfüllen. Die durchschnittliche Investitionsquote in Deutschland liegt sogar bei ~ 17 Prozent. Doch die Fördermittel der Länder für die Krankenhäuser sind im Bundesdurchschnitt auf 3,5 Prozent, in Relation zu den bereinigten Kosten gesunken. Abhängig von der jeweiligen Haushaltslage werden Fördermittel zwischen 2,3 und 5,6 Prozent in den einzelnen Bundesländern zur Verfügung gestellt.

ver.di fordert, die Krankenhausinvestitionen am Versorgungsbedarf der Bevölkerung auszurichten und auf den erforderlichen Umfang anzuheben. Dies bedeutet in den 16 Bundesländern eine Anhebung um insgesamt 4 Mrd. Euro.

Mit dem Gesetzentwurf werden die aufgestauten Probleme nicht gelöst. Trotz des übergeordneten Ziels der Qualitätsverbesserung fehlt es an einem geschlossenen Konzept.

## Lösungen im KHSG

### Regelungsbereiche des Gesetzentwurfs

Bei der Krankenhausplanung wird die Qualität als weiteres Kriterium eingeführt. Ebenso werden zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung getroffen. U.a. wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Eine qualitativ nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat Konsequenzen auch für die Aufnahme der Einrichtung in den Krankenhausplan des Landes und den Verbleib darin.

Die Mindestmengenregelung wird rechtssicher ausgestaltet. Ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, erhält dafür keine Vergütung.

Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden. Höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize sollen künftig vereinbart werden und die Qualitätsberichte der Krankenhäuser patientenfreundlicher, klar und verständlicher gestaltet werden.

Es wird ein Pflegestellen-Förderprogramm für die Jahre 2016 bis 2018 stufenweise aufgebaut. Insgesamt sollen dafür über die Jahre 2016 bis 2018 verteilt Fördermittel bis zu 660 Mio. Euro ausschließlich für die Pflege am Bett ausgegeben werden. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben die zusätzlichen jährlichen Mittel beim Krankenhaus.

Die Krankenhausfinanzierung soll weiterentwickelt werden, indem Mehrkosten aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA über befristete krankenhausesindividuelle Zuschläge berücksichtigt werden. Daneben sollen Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden und die Notfallversorgung durch differenzierende Zuschläge besser finanziert werden.

Ebenso wird die Spannweite der Landesbasisfallwerte ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert.

Das Statistische Bundesamt ist weiterhin mit der Entwicklung eines sachgerecht ermittelten Orientierungswerts beauftragt und eine repräsentative Kalkulationsgrundlage für die bundesweiten stationären Entgeltsysteme wird anstelle der heutigen freiwilligen Kalkulationsteilnahme aufgebaut.

Auch Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und geeignete Maßnahmen zu deren Abbau ergriffen werden.

Die Mengensteuerung soll in einer ersten Stufe durch Regelungen des G-BA zur Einholung von Zweitmeinungen ergänzt werden. In einer zweiten Stufe ab 2017 erfolgt die Mengensteuerung auf der Krankenhausebene. Ihre absenkende Berücksichtigung im Landesbasisfallwert wird aufgehoben. Stattdessen werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.

Zudem wird ein Strukturfonds eingerichtet. Länder die diesen nutzen wollen, müssen mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beibehalten und den Fonds um die gleiche Höhe

aus Eigenmitteln aufstocken. Maximal steht damit ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung gewährt. Der Fonds wird auf der Grundlage von Zwischenberichten im Hinblick auf den bewirkten Strukturwandel und die Notwendigkeit weiterer Förderung überprüft.

## Bewertung

### Mängel in der Personalausstattung beheben

Als begrüßenswerte Lösungsschritte sieht ver.di an, dass Qualität künftig auf der Struktur – Prozess – und Ergebnisebene eine Rolle spielen soll. Folgerichtig muss dann die Ausstattung an Sachmitteln und Personal sowie die Art des Ressourceneinsatzes, die Ergebnisqualität bestimmen. Doch die im Koalitionsvertrag versprochene flächendeckende Krankenhausversorgung mit guten, gut erreichbaren und sicheren Krankenhäusern als wesentliches Element der Daseinsvorsorge wird mit diesem Gesetzentwurf nicht erreicht. Die bekannten Mängel in der Personalausstattung werden nicht behoben. Die vorgesehenen Maßnahmen reichen nicht aus.

Eine unzureichende Personalausstattung verhindert gute Ergebnisse im Ansatz und gefährdet immer häufiger die Sicherheit der Kranken. Mit dem vorgesehenen Pflegestellen - Förderprogramm kann selbst bei vollständiger Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Mittel nur etwa ein Zehntel des erforderlichen Personalbedarfs für diese Berufsgruppe gedeckt werden. Auch der Bundesrat hat erkannt, dass die vorgesehenen Mittel nicht ausreichend sind und deren Verdoppelung gefordert. Dennoch bleibt es insgesamt bei einem zu geringen Umfang.

Zudem bleibt es dem Krankenhausträger überlassen, ob er das Pflegestellen-Förderprogramm nutzt. Und das KHSG verhindert auch nicht, dass Krankenhausträger, die das Pflegestellen – Förderprogramm nicht nutzen wollen, weiter Personal abbauen. Die Patientinnen und Patienten und die Beschäftigten, die von einer Personalaufstockung profitieren, können das Förderprogramm nicht initiieren. Nötig ist eine gesetzliche Vorgabe, die Sicherheit und Qualität der Versorgung gewährleistet.

Um genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung zu haben, muss der hausgemachte Personal-mangel, der durch einen extrem hohen Teilzeitanteil und eine zu geringe Berufsverweildauer gekennzeichnet ist, behoben werden. So ist der Teilzeitanteil von Pflegefachkräften mit 49 Prozent (IAB im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, 27. Januar 2015) wesentlich zu hoch. Die Gründe sind zu analysieren und Lösungen zu finden (z.B. familienfreundlichere Arbeitszeiten und Reduktion der Belastung). Ebenso alarmierend ist der Anstieg derer, die glauben nicht bis zur Rente arbeiten zu können. Der Anteil von 74 Prozent des Pflegepersonals (DGB-Index für gute Arbeit 2012), die meinen, vorzeitig ihren Beruf aufgeben zu müssen, ist ein ernstes Warnsignal.

### Personalbemessung per Gesetz

Insgesamt erhalten durch das Gesetz bis 2020 die Krankenhäuser 5,4 Mrd. Euro mehr. Dieses Geld muss auch zur Verbesserung der Strukturqualität genutzt werden, zu der auch die personelle Ausstattung gehört. Zwei Drittel der Betriebskosten müssen für Personal ausgegeben werden. Eine gesetzliche Vorgabe muss gewährleisten, dass die Krankenhäuser diese Gelder für die Beschäftigung von mehr Personal nutzen. Ohne diese Vorgabe ist eine bessere Personalausstattung der Krankenhäuser nicht zu erwarten.

Zudem muss schnellstmöglich die Expertenkommission beim Bundesministerium für Gesundheit zur Abbildung und Finanzierung des Personalbedarfs, eingerichtet werden. Dies kann unabhängig vom Gesetz geschehen. Die vom Bundesgesundheitsminister im Rahmen der 1. Lesung zum KHSG am 2. Juli 2015 erklärte Absicht, die Mitglieder dieser Kommission alsbald zu berufen, damit diese Kommission unmittelbar nach der Sommerpause ihre Arbeit aufnehmen kann, wird von ver.di ausdrücklich begrüßt. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ist zur Mitarbeit in dieser Expertenkommission bereit. Um nicht weitere Sicherheitslücken in der Personalausstattung entstehen zu lassen ist darauf hinzuwirken, dass deren Bericht noch in dieser Legislaturperiode vorgelegt wird. Der Bericht und die Lösungsvorschläge müssen sich auf alle Berufsgruppen im Krankenhaus erstrecken, damit nicht durch Verschiebung von Aufgaben und Personalausstattung in anderen Tätigkeitsbereichen personelle Lücken entstehen. Gerade weil die Krankenhausversorgung Teamarbeit ist, darf der Blick nicht künstlich verengt werden. Gute Qualität braucht gute Zusammenarbeit.

### Krankenhausinvestitionen

Nachdrücklich weist ver.di darauf hin, dass die mangelhafte Personalausstattung nicht nur Folge zu geringer Betriebsmittel, sondern auch durch die unzureichenden Fördermittel der Länder für Krankenhausinvestitionen bedingt ist. Der eingerichtete und zur Hälfte von den Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Strukturfonds ist kein Ersatz für die Landesförderung.

ver.di lehnt es entschieden ab, dass Versichertengelder von Krankenhäusern zweckentfremdet werden. Der Strukturfonds ist vollständig zur Verbesserung der Versorgung, wie dem notwendigen Umbau der Versorgungsstrukturen in der Fläche, zu nutzen.

## **Finanzierung**

Die Unterfinanzierung der Länder bei der Investitionsförderung bleibt weiter ungelöst, obwohl aufgrund hoher Steuermehreinnahmen jetzt der jährliche Fehlbetrag von etwa 4 Mrd. Euro aufzubringen wäre.

Auch auf der Seite der Betriebsausgaben ist eine Umsteuerung erforderlich. Tarifliche Bezahlung ist als wirtschaftlich anzusehen und muss komplett und zielgenau finanziert werden. Um eine bedarfsgerechte Vergütung sicherzustellen, wird eine vollständige Finanzierung des vom Statistischen Bundesamt errechneten Orientierungswertes (Krankenhaus-Warenkorb) ge-



braucht. Er soll die Kostensteigerung im Krankenhaus realistisch abbilden und die Budgetierung gemäß Grundlohnsummensteigerung ersetzen. Diese Budgetierung wird ohnehin durch eine falsche Anreizsetzung unterlaufen. Seit Beginn der DRG-Finanzierung im Jahr 2003 haben die tatsächlichen Krankenhausausgaben die vorgegebene Veränderungsrate um 10 Mrd. Euro überschritten. Die Mehrausgaben der Krankenkassen haben jedoch nicht zu einer besseren Patientenversorgung oder zur Entlastung des Personals geführt. Vielmehr wurden die zusätzlichen Einnahmen aufgrund des Anstiegs von Behandlungsfällen und der Fallschwere erzielt. Der entsprechende Personalausgleich ist jedoch allenfalls im ärztlichen Bereich erfolgt.

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen haben ein Anrecht darauf, dass ihre Beiträge für eine gute und sichere Versorgung eingesetzt werden. Die Beiträge dürfen auch nicht zur Finanzierung staatlicher Versäumnisse herangezogen werden, wie es nach dem Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge immer öfter erfolgt.

ver.di lehnt es ab, dass mit der Finanzierung des Strukturfonds die einseitige Belastung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung fortgesetzt wird. Nachdem das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der Versicherten verändert hat, werden gesellschaftlich notwendige und von staatlicher Seite zu finanzierende Maßnahmen in immer stärkerem Umfang den gesetzlich Versicherten aufgebürdet.

Die paritätisch, zu gleichen Teilen von den Mitgliedern einerseits und von den Arbeitgebern, bzw. Rentenversicherungsträgern andererseits getragenen Beiträge, reichen zur Finanzierung des Gesundheitssystems nicht aus. Die Folge sind immer höhere Zusatzbeiträge der Versicherten, die zu erheblichen und einseitigen Mehrbelastungen führen. Die paritätische Finanzierung der GKV, die durch die Zu- und Aufzahlungen der Versicherten ohnehin bereits in Schieflage geraten ist, wird weiter ausgehöhlt. Da die Zusatzbeiträge das einzige Ventil sind, um Kostensteigerungen zu finanzieren oder Mindereinnahmen auszugleichen, ist eine dynamische Steigerung der Kostenlast für die Versicherten absehbar. Mittelfristige Entwicklungen zeigen, dass bis 2020 auf der Versichertenseite mit einem Anstieg des Beitragssatzes nach vorsichtiger Schätzung um vier bis fünf Prozentpunkte zu rechnen ist oder Leistungseinschränkungen in gleichem Umfang erfolgen.

ver.di hat bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass das GKV-FQWG mit seiner Abkehr vom Grundgedanken des Solidaritätsprinzips: „Jedem das, was er benötigt und jeder, was er leisten kann“, der Zukunftsentwicklungen des Gesundheitswesens und damit auch der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung entgegensteht.

Daher appelliert ver.di nochmals eindringlich, schnellst möglichst die Gesetzesarbeiten zur Einführung einer Bürgerversicherung zu beginnen, um die Finanzierung der zukünftig erheblich steigenden Versorgungsbedarfe einschließlich erforderlicher Innovationen und Strukturveränderungen zu sichern und somit die verlässliche Versorgung aller auf hohem Niveau zu garantieren.



## Zu den Regelungen im Einzelnen

### Artikel 1

#### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

zu Nr. 5. Krankenhausplanung:

In § 1 Absatz 1 wird durch die Änderung der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser um das Ziel einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung in den Krankenhäusern erweitert.

#### Sichere Versorgung als weiteres Kriterium aufnehmen

Diese Neuausrichtung wird von ver.di ausdrücklich begrüßt. Allerdings gibt es unter den aktuellen Finanzierungsbedingungen auch den weiteren Bedarf der Aufnahme des Kriteriums einer „sicheren Versorgung“. Ebenso sollte klar gestellt werden, dass mit dem Begriff „patientengerecht“ nicht nur eine Versorgung anzusehen ist, die sich an den Wünschen der Patienten orientiert, sondern auch für die Dauer deren Eingliederung in die Krankenhausorganisation und die medizinische Behandlung, ihre Würde ausdrücklich zu gewährleisten ist und sie als Personen mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen werden. Eine bloße Orientierung an diesem grundgesetzlich verbrieften Recht wäre zu schwach.

zu Nr. 3. Grundsätze der Investitionsförderung

Mit den Änderungen in § 8 KHG erhält die Berücksichtigung der Versorgungsqualität bei der Landeskrankenhausplanung Vorrang vor der Gewährleistung der Trägervielfalt. Ein privates oder freigemeinnütziges Krankenhaus mit einer geringeren Versorgungsqualität muss dann im Rahmen der Krankenhausplanung gegenüber einem öffentlichen Krankenhaus nicht deshalb bevorzugt werden, weil die Trägergruppe der freigemeinnützigen oder privaten Krankenhäuser unterrepräsentiert ist.

## Perspektive für Häuser mit guter Versorgungsqualität verbessern

Dies ist im Interesse einer guten Versorgungsqualität geboten und wird von ver.di als längst notwendiger Schritt begrüßt. Mit der Veränderung wird nicht nur die Perspektive für öffentliche Häuser mit guter Versorgungsqualität verbessert, sondern auch freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ein Anreiz zur Vorkhaltung hoher Qualitätsstandards eröffnet.

### zu Nr. 5. Strukturfonds

Mit den neuen §§ 12 bis 14 wird auf Bundesebene ein Strukturfonds errichtet, aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Die Planung der Krankenhausversorgung ist, im Rahmen der Daseinsvorsorge, Aufgabe der Länder. Sie sollen mit dem Fonds bei dem anstehenden Umstrukturierungsprozess unterstützt werden. Dazu werden in dem Strukturfonds einmalig Mittel von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Die Maßnahmen werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag zusätzlich leisten. Gleichzeitig müssen die Länder im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittliche Höhe ihrer Mittel zur Investitionsförderung aus den Jahren 2012 bis 2014 beibehalten und diese um die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm erhöhen.

Mit den Mitteln des Strukturfonds können z. B. Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen und palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden. Aus dem Fonds können neben dem Abbau bzw. der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben.

### Einseitige Belastung der Versicherten ist ordnungspolitisch verfehlt

ver.di begrüßt, dass den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben wird, für Umstrukturierungsmaßnahmen finanzielle Mittel zu erhalten. Die Entnahme dieser Mittel aus der Liquiditätsreserve des Strukturfonds ist jedoch ordnungspolitisch verfehlt und belastet einseitig die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Sie müssen diese Mittel aus ihren Beiträgen aufbringen, ohne dass sie über deren Verwendung entscheiden können. Richtig wäre es hier eine ausschließliche Steuerfinanzierung vorzusehen, da die Maßnahmen der gesamten Bevölkerung zugutekommen, unabhängig davon, ob sie gesetzlich versichert sind oder nicht.

Es ist sehr problematisch, dass der Strukturfonds allein von den gesetzlich Versicherten finanziert wird. Und absolut untragbar ist es, wenn er zu einer Schließungsprämie für Krankenhäuser verkommt. Eine Schließungsprämie kommt dem Verbrennen von Beitragsgeldern gleich. Es ist keinem Versicherten erklärbar, dass mit seinen Beiträgen der Abbau von „Überkapazitäten“ erfolgt. ver.di setzt sich nachdrücklich dafür ein, dass sowohl Beiträge als auch Steuermittel für eine patientengerechte Versorgung verwendet werden. In § 12, Absatz 1, Satz 1 sind daher die Worte „der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds“ zu ersetzen durch die Worte „des Bundeshaushalts“. In Satz 2 sind die Worte „Abbau von Überkapazitäten“ zu streichen.

#### Änderung des Kartellrechts erforderlich

ver.di hält es für erforderlich bedarfsgerechte Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung auch durch starke leistungsfähige öffentliche Krankenhausverbände zu erreichen. Über die im KHSG vorgesehenen Maßnahmen wird eine Änderung des Kartellrechts gebraucht. Es gibt bundesweit Beispiele, dass öffentlichen Krankenhäusern der freiwillige Zusammenschluss oder die Optimierung von Versorgungsangeboten an einem Standort - im Übrigen ohne Rückgriff auf Versichertengelder - aus Wettbewerbsgründen untersagt wurde. Ein Krankenhaus, das durch öffentliche Institutionen in seinen Aufsichtsgremien und seiner Geschäftspolitik direkt kontrolliert ist, sich dem öffentlichen Versorgungsauftrag nicht entziehen kann und seine Versorgung auf eine Region konzentriert, muss die Möglichkeit bekommen, durch regionalen Zusammenschluss sein Leistungsspektrum zu optimieren. Der faktische Zwang zur lokalen Krankenhaus-Kleinstaaterei kommunaler Krankenhäuser durch das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen muss aufgehoben werden.

#### zu Nr. 7. Vorgaben zum Vergütungssystem

§ 17 b - Ausgehend von der Tatsache, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene bislang nicht von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen gezielt abzusenken oder abzustaffeln, wird diese Option nun verbindlich im Gesetz vorgegeben. Weitere Vorgaben für eine verbindliche Umsetzung werden auch in § 9 KHEntgG gemacht.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau der Übervergütung zu vereinbaren.

Um Fehlanreize bei der Vergütung zu verhindern, sind zusätzlich auch geeignete Korrekturen bei der DRG-Kalkulation zu prüfen und vorzunehmen, wenn auf Grundlage der für die Kalkulation verfügbaren Kosten eine systematische Übervergütung der Leistungen entstehen würde.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) werden deshalb beauftragt, bis spätestens zum 30. Juni 2016 ein Konzept für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der kalkulierten DRG-Fallpauschalen zu vereinbaren. Das Konzept ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickeln.

Durch entsprechende Korrekturen sollen dem Krankenhausbereich aber keine Mittel entzogen werden. Vielmehr soll im Rahmen der Kalkulation eine Übervergütung von Sachkosten, z.B. personalintensiven Leistungen zugutekommen.

Änderungen sind auch bei der Vergütung von Palliativstationen vorgesehen. Ihnen wird das Recht eingeräumt, krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Damit sollen Krankenhäuser zukünftig dauerhaft eigenständig entscheiden können, ob sie die Versorgung von palliativmedizinisch zu versorgenden Menschen in Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder über krankenhaushausindividuell zu verhandelnde Entgelte abrechnen wollen.

#### Fehlanreize beheben

Das DRG System wurde als lernendes System eingerichtet und den Vereinbarungspartnern eine große Verantwortung bei der Ausgestaltung übertragen. Allerdings können auch zwölf Jahre nach Systemeinführung Fehlanreize durch Über- oder Untervergütung nicht ausgeschlossen werden. Der Eingriff des Gesetzgebers ist deshalb nicht nur ein Beleg dafür, dass die Vereinbarungspartner dieser Aufgabe bislang nicht nachgekommen sind, sondern weist auch auf Systemfehler hin. Deshalb wird es erforderlich sein, in Zukunft weitere Rahmenbedingungen vorzugeben. ver.di stellt allerdings infrage, ob für die Entwicklung eines Konzepts für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen, das INEK die geeignete Einrichtung ist. Das INEK ist ein von den Vereinbarungspartnern auf Bundesebene gegründetes Institut. Besser könnte das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V diese Aufgabe übernehmen. Gründer dieses Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss, bei dem im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung auch eine Patientenbeteiligung gesetzlich vorgesehen ist.

Die Vorgabe, dass für Palliativstationen oder -einheiten auch krankenhaushausindividuell Entgelte verhandelt werden können, zeigt, dass die dort erforderlichen personalen Dienstleistungen nur schwer im Rahmen pauschaler Vorgaben abgebildet werden können. Diese Regelung wird von ver.di unterstützt.

zu Nr. 9. Kalkulationsgrundlagen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Es wird vorgegeben, dass für den Bereich des pauschalierenden Entgeltsystems nach §17d für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die bestehenden freiwilligen Stichproben durch eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen ist. Diese soll von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV) vereinbart werden. Die bisher freiwillige Stichprobe soll dann durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Kliniken oder Krankenhausabteilungen ergänzt werden.

wenig Transparenz über Kalkulation in der psychiatrischen Versorgung

Bislang gibt es nur wenig Transparenz zu den kalkulierenden Einrichtungen. Es ist weitgehend dem Zufall überlassen, welche Einrichtung mit welchem Versorgungsauftrag und welcher Qualität, Daten für die Kalkulation der pauschalen Entgelte liefern. Insofern stellt die Regelung nur auf den ersten Blick eine Verbesserung dar und sollte vor Klärung dieser Fragen nicht in den vorliegenden Gesetzentwurf aufgenommen werden.

Es ist insbesondere auf die psychiatrische Versorgung bezogen nicht ausreichend, wenn die Selbstverwaltungspartner auf der Grundlage eines vom InEK zu erarbeitenden Vorschlags bis zum 31. Dezember 2016 ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsbeteiligung und deren kontinuierliche Weiterentwicklung erarbeiten.

Bislang sind die Gespräche über die Weiterentwicklung der künftigen Entgelte auch auf Ebene des BMG noch im Gange. Es wäre alles andere als hilfreich jetzt bereits darüber zu entscheiden, wer künftig kalkulieren soll. Zudem sind regionale Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Diese Entscheidungen können gerade im Bereich der Psychiatrie nicht allein auf Bundesebene getroffen werden. Vielmehr hält ver.di eine Beteiligung der Länder sowie der Vertretungen der Patientinnen und Patienten für unabdingbar.

## Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### zu Nr. 4. Pflegestellen-Förderprogramm

Mit der Vorschrift des neuen Absatzes 8 (bisher Absatz 10) in § 4 KHEntgG sollen Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel erhalten, mit denen die Neueinstellung und zeitliche Aufstockung von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu 90 Prozent gefördert wird. Mit diesem dreijährigen Pflegestellen-Förderprogramm soll in den Jahren 2016 bis 2018 ausschließlich Pflegepersonal in der unmittelbaren, also direkten, Patientenversorgung gefördert werden, um die pflegerische Versorgungssituation zu verbessern.

Mit den geförderten zusätzlichen Personalstellen soll insbesondere ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt werden. Intention der Förderung ist es nicht, Möglichkeiten für die weitere Übertragung ärztlicher Aufgaben zu schaffen. Zusätzliches Pflegepersonal auf Intensivstationen soll durch das Programm nicht gefördert werden. Ebenso sind Mehrkosten für die Praxisanleitung im Rahmen der Ausbildung nicht Gegenstand des Pflegestellen-Förderprogramms, sondern sind im Rahmen des § 17a KHG zu regeln. Auch eine doppelte Finanzierung von Stellen, sowohl aus Mitteln des Pflegestellen-Förderprogramms als auch z. B. aus Mitteln für Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, ist nicht zulässig.

Krankenhäuser erhalten bei Inanspruchnahme des Pflegestellen - Förderprogramms bei Neueinstellungen oder Aufstockungen von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung einen zusätzlichen Budgetanteil bis zur Höhe von jährlich 0,15 Prozent. Einstellungen, die in einem Jahr nicht realisiert werden, können auch noch im Folgejahr vereinbart und finanziert werden.

Voraussetzung für die Förderung durch das Pflegestellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2015 zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung neu eingestellt wird oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Um möglichem Missbrauch vorzubeugen, hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung zu belegen. Die Neuregelung gibt vor, dass darin alle gegenüber dem Bestand am 1. Januar 2015 neu eingestellten bzw. zeitlich aufgestockten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen als grundsätzlich förderfähig zu berücksichtigen sind. Durch die Vorgabe des Stichtages zur Ermittlung der prinzipiell förderfähigen Pflegekräfte bzw. der förderfähigen Personalkosten soll das Risiko strategischer Entlassungen und Neueinstellungen zur Inanspruchnahme von Fördermitteln vermindert werden.

Ziel der Neuregelung sei, eine bessere Versorgungssituation durch zusätzliches Pflegepersonal zu erreichen. Eine Verwendung der Mittel zur Finanzierung des bestehenden Personalbestands werde der Intention des Pflegestellen-Förderprogramms nicht gerecht. Arbeitsorganisationsmaßnahmen sind nicht Gegenstand der Förderung.

Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind diese Mittel zurückzuzahlen. Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen. Die Neufassung gibt vor, dass der Jahresabschlussprüfer bei der Bestätigung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel zu berücksichtigen hat, dass ausschließlich Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gefördert wird. Um im Zusammenhang mit der nachzuweisenden zweckentsprechenden Mittelverwendung Verschiebungen zwischen den gesamten Pflegestellen eines Krankenhauses und den Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung erkennen zu können, sind sowohl die gesamten jahresdurchschnittlichen Pflegestellen als auch die jahresdurchschnittlichen Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres vorzulegen. Damit die ebenfalls aufgrund der Förderung nachzuweisenden zusätzlichen Stellen gegenüber dem bisherigen Stellenbestand abgegrenzt werden können, ist zudem für den Nachweis des Jahresabschlussprüfers einmalig die Stellenbesetzung in den beiden genannten Bereichen zu dem Stichtag 1. Januar 2015 auszuweisen.

Nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms sollen die Mittel dem Krankenhausbereich weiterhin für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Durch eine geeignete Anschlussregelung soll eine zielgenaue und sachgerechte Zuordnung der Mittel im Bereich der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung gewährleistet werden. Die beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission soll entsprechende Vorschläge erarbeiten.

#### Das Instrument Pflege-Personalregelung (PPR) nutzen

ver.di fordert, übergangsweise die mangels besserer Instrumente noch heute in den Krankenhäusern zur Kalkulation der Entgelte breit genutzte Pflege-Personalregelung (PPR) vom 1.01.1993 verbindlich vorzugeben und diese in vollem Umfang zu finanzieren. Damit wären im Gegensatz zum Pflegestellen-Förderprogramm die nach PPR erforderlichen Stellen in allen Krankenhäusern gleichermaßen finanziert worden. Im Rahmen des im Gesetzentwurf vorgesehenen Pflegestellen-Förderprogramms werden unabhängig vom tatsächlichen Bedarf die Mittel ausgehend von der Höhe des Krankenhausbudgets verteilt. Mit diesem Gießkannenprinzip wird jedoch – wie bereits im Vorgängerprogramm festgestellt – eine wirkungsvolle Entlastung nicht erreicht.



### Pflegestellen-Förderprogramm: unzureichend und nicht nachhaltig

ver.di sieht in dem Pflegestellen-Förderprogramm eine Maßnahme, die angesichts des Personalmangels viel zu gering ausgestattet ist und durch die Bemessung an einem festen Budgetanteil für alle Krankenhäuser nicht gezielt dort Entlastung schaffen kann, wo sie gebraucht wird. Das Programm, in dieser Form, dürfte daher nur etwa von der Hälfte der Krankenhäuser genutzt werden können.

### Vorgängerprogramm hat nicht zu besserer Versorgung beigetragen

Das Pflegestellen-Förderprogramm folgt im Wesentlichen einer Vorgängerregelung aus dem Jahr 2009. Damals standen gut der dreifache Prozentsatz, nämlich 0,48 Prozent / Jahr aus dem Vorjahresbudget für neueingestellte Pflegekräfte oder die Aufstockung von Teilzeitstellen zur Verfügung. Das Programm wurde von rund 1.100 Krankenhäusern – also etwa der Hälfte der Einrichtungen genutzt. Während Vereinbarungen für eine Einstellung, bzw. Aufstockung von Teilzeitstellen über insgesamt 15.300 Vollkräfte geschlossen und Testate der Abschlussprüfer für rund 13.600 Vollkräfte vorgelegt wurden, konnte in der amtlichen Statistik für diesen Zeitraum nur ein Zuwachs von rund 9.200 Vollkräften nachgewiesen werden. Zu einer Verbesserung der Versorgung hat das Programm allerdings nicht beigetragen. In dem Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit heißt es:

„Inwieweit sich durch die zusätzliche Finanzierung die Pflegequalität in den Krankenhäusern positiv entwickelt hat, lässt sich derzeit kaum ermitteln, da Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Pflegequalität rar sind. Die Pflegequalität muss künftig verstärkt messbar gemacht werden.“ (Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs.10 Satz 12 KHEntgG für die Förderjahre 2009 bis 2011 Berlin, 30.06.2013)

Allerdings hat diese Feststellung nicht etwa dazu geführt, dass zwischenzeitlich mit der Erarbeitung solcher Indikatoren begonnen wurde. Diese wären aber als Grundlage für die Personalausstattung dringend erforderlich. ver.di sieht die Initiative für diese Aufgabe beim Bundesministerium für Gesundheit.

Auch dauerhafte Arbeitsentlastung wurde mit dem damaligen Pflegesonderprogramm nicht geschaffen. Ein Beleg dafür sind die deutlich ansteigenden Gefährdungsanzeigen vor allem im Nachtdienst der Kliniken.

Maximal ein Zehntel des Fehlbedarfs im Pflegebereich gedeckt

Unterschiede gibt es bei der Förderhöhe. Sie beträgt im Pflegestellen - Förderprogramm 0,15 Prozent des Vorjahresbudgets. Weitere Unterschiede sind:

- Die ausschließliche Förderung der Pflege am Bett. Funktionsbereiche, einschl. Intensivstationen fallen nicht unter die Förderung.
- Zudem verbleibt der geförderte Betrag auch nach Abschluss dauerhaft beim Krankenhaus.

Selbst bei vollständiger Umsetzung könnte lediglich ein Zehntel des Fehlbedarfs im Pflegebereich gedeckt werden. Damit ist eine sichere Versorgung weiterhin nicht zu gewährleisten. Von einer guten Versorgung ist der Gesetzentwurf sehr weit weg.

Arbeitnehmervertretung braucht Mitbestimmung

Aufgrund der geringen finanziellen Ausstattung des Pflegeförderprogramms ist zu befürchten, dass es weder für die Versorgung der Patienten noch für die Entlastung der Beschäftigten eine spürbare Wirkung entfaltet. Deshalb ist das Programm auf besonders risikoreiche Versorgungssituationen und außergewöhnliche Gesundheitsbelastungen der Beschäftigten zu konzentrieren.

Um dies zu erreichen, sind schriftliche Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Arbeitnehmervertretung (Betriebs-/Dienstvereinbarungen) notwendig. Schon im vorangegangenen Pflegeförderprogramm, waren solche Vereinbarungen eine zwingende Voraussetzung für die Inanspruchnahme. Beim ersten Pflegeförderprogramm lief die Vorschrift zur Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen jedoch weitgehend ins Leere. Denn die gesetzliche Vorgabe stellte nur sicher, dass die Arbeitnehmervertretung an der jährlich einmal vorzunehmenden Feststellung der Anzahl von Vollkräften in der Pflege beteiligt werden musste. Auf Grundlage einer Mustervereinbarung der DKG wurden in vielen Krankenhäusern Vereinbarungen geschlossen, die der Arbeitnehmervertretung keinen wirklichen Einfluss auf den Einsatz der Fördergelder gab und keine Transparenz darüber herstellte, in welchen Abteilungen oder Bereichen die zusätzlichen Stellen geschaffen wurden.

Notwendig ist eine kontinuierliche und wirksame Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretung am Personaleinsatz im Krankenhausalltag. Dies kann nach den Erfahrungen mit dem ersten Pflegeförderprogramm nur gelingen, wenn im KHSG dafür eine Rechtsgrundlage geschaffen wird.

Das Gesetz muss deshalb zur Voraussetzung einer Förderung machen, dass das Krankenhaus nachweist, dass eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung besteht, wonach zusätzliches Pflegepersonal im Dienstplan den besonders belasteten Bereichen mit prekärer Pflegesituation oder herausragender Arbeitsüberlastung zugewiesen wird.

Die Fokussierung auf den Dienstplan ist wesentlich für die Wirksamkeit der Vereinbarung. Denn über den Dienstplan wird der Personaleinsatz im Krankenhaus gesteuert. Die Arbeitnehmervertretung ist daran über ihr Mitbestimmungsrecht beteiligt.

Für die Vereinbarungen sind von DKG und ver.di Rahmenregelungen zu entwickeln. Betriebs- oder Dienstvereinbarung zur Umsetzung des Pflegestellen - Förderprogramms könnten beispielsweise regeln, dass gefördertes Pflegepersonal eingesetzt wird entweder

- a. auf Stationen, in denen eine Pflegefachperson allein mehr als 30 Patient/innen versorgen muss (z.B. in der Nachtschicht), so dass eine zweite Pflegefachperson in dieser Schicht eingesetzt wird oder
- b. auf Stationen, die am meisten von Überstunden in einem Krankenhaus betroffen sind, zur Vermeidung von Überstunden oder
- c. auf Stationen, in denen am häufigsten Beschäftigte aus ihrer Freizeit in Dienst geholt werden, zur Vermeidung des Holens aus dem Frei oder
- d. zur Vermeidung von Nachtdiensten allein durch eine Pflegeperson oder
- e. zur Errichtung eines Stellenpools zur Entlastung mehrerer oder aller Pflegebereiche in Tag, Nacht- und Wochenendschichten

Die Vereinbarung kann darüber hinaus weitere Angelegenheiten im Zusammenhang mit dem Pflegestellenförderprogramm regeln.

#### Pflege am Bett definieren

Trotz hohen bürokratischen Aufwands werden die Vorschriften zum Pflegestellen-Förderprogramm die pflegerische Versorgungssituation nicht verbessern. Um dies zu erreichen müssten die Mittel aus dem Programm zielgenau und dauerhaft zur Schaffung von zusätzlichen Pflegestellen im Pflegedienst verwendet werden. Hierzu wäre jedoch eine gesetzliche Definition der Begrifflichkeit „Pflege am Bett“ durch den Gesetzgeber erforderlich, um im Sinne der Krankenhausbuchführungsverordnung die Mittelverwendung nachvollziehen zu können. Dies erfolgt jedoch hier nicht.

#### Gezielter Mitteleinsatz erforderlich

Wenn überhaupt ein Effekt eintreten soll, müsste zudem ein zielgerichteter Mitteleinsatz erfolgen. Pflegepersonalstellen, die durch Leistungsmengensteigerungen finanziert werden, dürfen nicht nochmals beim Pflegestellen-Förderprogramm berücksichtigt werden. Erst wenn durch einen objektiven Kennzahlenvergleich die Verbesserung in der Pflegesituation nachgewiesen wird

(bspw. Vollkräfte pro Casemix), könnten die Mittel gezielt zur Arbeitsentlastung genutzt werden.

Eine nachhaltig wirksame und zielgenaue Verteilung der begrenzten Fördermittel müsste also sichergestellt werden. Aus diesem Grund wäre eine kennzahlenbasierte Verteilung ein konstitutives Element der Förderung.

Als richtigen Ansatz bewertet es ver.di allenfalls, dass die vereinbarten Zuschläge nicht in den Landesbasisfallwert eingepreist werden. Dies hat nämlich im Vorgängerprogramm dazu geführt, dass die Vollkräfte im Pflegebereich nach Programmende wieder abgebaut wurden. Auch deshalb ist eine intelligente Überführungsregelung notwendig, die die Nachhaltigkeit des Programms sicherstellt.

ver.di kritisiert die nicht vorhandene Bereitschaft deutlich mehr Mittel zur Behebung der prekären Personalsituation in der Pflege zur Verfügung zu stellen. Das Pflegestellen-Förderprogramm ist von der Höhe her nicht ausreichend und trotz hohen bürokratischen Aufwands nicht zielgenau.

#### Funktionsbereiche und Intensivstationen haben eigenen Bedarf

Für Funktionsbereiche, OP und Intensiv sind gesonderte Regelungen erforderlich, die nicht aus dem Pflegestellen-Förderprogramm finanziert werden dürfen. Insofern begrüßt ver.di, die Abgrenzung des Förderprogramms gegenüber Intensivstationen. Allerdings führt die Begründung zu Nr.4 Buchstabe h, Doppelbuchstabe aa in die Irre, wonach zusätzliches Pflegepersonal auf Intensivstationen durch das Programm deshalb nicht gefördert werden soll, weil Intensivstationen in der Vergangenheit von zusätzlichen Stellen profitiert haben. Vielmehr ist im Rahmen der Qualitätsverbesserung gerade für Intensivstationen ein gesonderter Bedarf erforderlich. Dies hat auch der „Nachtdienstcheck der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ans Licht gebracht, wonach nur in 7,9 Prozent der Intensivstationen die einschlägigen Vorgaben der Fachgesellschaften erfüllt werden. Als sachgerecht sieht es ver.di auch an, dass Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, wie die Einführung von verbindlichen Personalanhaltszahlen für einzelne qualitätskritische Bereiche (Beispiel Neonatologie) nicht Gegenstand des Pflegestellenförderprogramms sind.

#### Expertinnen- und Expertenkommission beim BMG

Unabhängig vom Gesetzgebungsverfahren ist die Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung beim BMG schnellstmöglich einzusetzen, um noch in der laufenden Legislatur ihr Prüfergebnis vorzulegen und Vorschläge zu unterbreiten.

Die Expertenkommission muss mit der Erarbeitung von Empfehlungen zur Personalbemessung und einem neuen Personalbemessungsverfahren der allgemeinen Pflege betraut werden. Eine Beschränkung der Arbeit der Kommission auf einige wenige Krankheitsbilder muss ausgeschlossen werden, weil so die Qualitätsmängel in der Krankenversorgung aufgrund von Personalmangel nicht behoben werden.

Zudem muss der Auftrag an die Expertinnen- und Expertenkommission deutlich über die Pflegeberufe hinaus, das gesamte Versorgungsgeschehen und alle Berufe im Krankenhaus in den Blick nehmen. Arbeit im Krankenhaus ist Teamarbeit. Veränderungen im Arbeitsprozess einer Berufsgruppe wirken sich auf alle aus.

Ausdrücklich ist ver.di bereit dort mitzuarbeiten und auch die bislang von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft initiierten wissenschaftlichen Studien der Kommission zur Verfügung zu stellen.

#### zu Nr. 5. Sicherstellungszuschläge

§ 5, Absatz 3a: Die Regelung legt fest, dass die Vertragspartner vor Ort einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren, wenn die gesetzlichen Vorgaben sowie die Vorgaben des G-BA und des Landes erfüllt sind. Die bislang vorgesehene Vereinbarung von Empfehlungen für Maßstäbe durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene entfällt dafür. Die Selbstverwaltungspartner hatten lediglich eine Vereinbarung abgeschlossen, in der mögliche allgemeine Kriterien für einen Sicherstellungszuschlag aufgeführt waren. Eine Konkretisierung dieser Kriterien wurde dagegen nicht vereinbart. Durch die Festlegung der Voraussetzungen durch den G-BA wird das Verfahren zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nunmehr stringenter geregelt. Bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags haben die Vertragsparteien insbesondere die Höhe des Zuschlags festzulegen. Dabei bemisst sich die krankenhausesindividuell zu vereinbarende Höhe nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung des Krankenhauses. Der Sicherstellungszuschlag ist jährlich neu zu vereinbaren.

#### Sicherstellung dauerhaft erforderlich

ver.di begrüßt die Regelung. Im Rahmen der Finanzierung nach Fallpauschalen waren insbesondere bedarfsnotwendige Einrichtungen in ländlichen Gebieten unterfinanziert oder aus ökonomischen Gründen auf die Erbringung nicht bedarfsnotwendiger Leistungen angewiesen. Sowohl bei der Sicherstellung einer Maximalversorgung als auch einer flächendeckenden Versorgung in der Region braucht das DRG-System diese Flankierung dauerhaft.

#### Qualitätszu- und -abschläge

§ 5, Absatz 3a sieht unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität einen Qualitätszu- oder -abschlag vor. Sofern die Vertragsparteien auf Krankenhausebene unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben. Für die Dauer von zwölf Kalendermonaten fällt er dann in doppelter Höhe an.

Gemäß § 9 des Gesetzes werden über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge bis zum 30. Juni 2018 Vereinbarungen getroffen.

#### Bestmögliche und ganzheitliche Qualität der Krankenhausbehandlung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft will, dass für alle Patientinnen und Patienten eine gute und sichere Krankenhausversorgung gewährleistet ist. Eine Koppelung der Bezahlung an kurzfristige und einfach messbare Ergebnisdaten, z.B. pay for performance, lehnt ver.di ab. Hierbei werden nur Teilaspekte der Qualität in Indikationsstellung, Therapie und Nachsorge erfasst. Damit birgt eine solche Bezahlung die Gefahr einer 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. eine ausreichende Personalausstattung), wie auch der Prozessqualität (z.B. Optimieren der Patientensicherheit bei Operationen durch Checklisten, Vorrang der ärztlichen Ethik vor betriebswirtschaftlichem Kalkül und Erlösoptimierung). Hier gilt es entsprechende Anreize zu setzen, die auch in Richtung sektorenübergreifender Behandlung weisen. Qualitätsabschläge passen nicht in ein solches System. Schlechte Patientenversorgung und Fehlbehandlungen müssen vermieden und dürfen auch nicht zu einem niedrigeren Preis angeboten werden.

#### Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 5, Absatz 3c sieht vor, dass bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses gezahlt werden. Dabei hat sich die jeweilige Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Zuschlägen innerhalb des vom G-BA gesetzten materiellen Rahmens zu bewegen (z. B. Vorgaben zur Strukturqualität in der Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen). Einrichtungen, die die Anforderungen von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA nicht erfüllen, können die Zuschläge grundsätzlich nicht vereinbaren. Die zu vereinbarenden Zuschläge sollen die aufgrund der Vorgaben des G-BA zusätzlich aufgewendeten personellen und sachlichen Mittel der Krankenhäuser abbilden. Dadurch wird eine Benachteiligung von Krankenhäusern, die bereits unmittelbar nach Inkrafttreten der geänderten Richtlinie Maßnahmen getroffen haben oder bereits zuvor erfüllen, gegenüber Krankenhäusern, die entsprechende Maßnahmen erst nach Inkrafttreten der Finanzierungsregelung in diesem Gesetz vornehmen, vermieden.

#### Richtig finanziert

ver.di begrüßt diese Regelung. Dadurch kann eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung auf hohem Qualitätsniveau erfolgen, die zudem in vollem Umfang finanziert wird und gleichzeitig eine Überfinanzierung ausschließt. Es ist allerdings

darauf zu achten, dass nach Auslaufen der befristeten Zuschlagsregelung, die Leistung in dem System der Fallpauschalen und Zusatzentgelte in der gleichen Qualität angeboten und entsprechend finanziert werden muss.

## Artikel 6

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### zu Nr. 10. Qualitätsverträge

Die Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen Qualitätsverträge zu Leistungen und Leistungsbereichen abschließen. Dazu legt der G-BA vier Leistungen oder Leistungsbereiche fest. Durch die Qualitätsverträge soll erprobt werden, inwieweit sich die weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Die Qualitätsverträge sind zu evaluieren und zu befristen. Im Qualitätsvertrag darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen nicht Inhalt der Vereinbarung sein darf und deshalb unzulässig ist.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbaren bis spätestens zum 31. Juli 2018 bundeseinheitlich für die Vertragsparteien verbindliche Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge.

#### Kollektivvertrag erhalten

ver.di sieht insgesamt den Vorrang bei gemeinsamen und einheitlichen Verträgen der Verbände der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, bzw. der Krankenhausgesellschaft. Dieser Kollektivvertrag muss erhalten bleiben, damit Krankenhäuser auch künftig ihre Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge erfüllen können. Ein Wettbewerb im Rahmen von Versorgungsverträgen über stationäre Leistungen steht diesen Aufgaben entgegen und wird daher von ver.di abgelehnt.

Diese Kollektivverträge sind aber ausschließlich auf die stationäre Versorgung begrenzt. Für eine besser vernetzte Patientenversorgung und Stärkung der Zusammenarbeit bedarf es innovativer Versorgungsmodelle zur Förderung einer stärkeren Integration der vorhandenen Versorgungssektoren. Im Rahmen eines Suchprozesses sind hierzu Verträge zur integrierten Versorgung zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern erforderlich. Einen solchen Suchprozess können auch befristete Qualitätsverträge darstellen. Mit diesen sollte allerdings eine sektorenübergreifende Verbesserung der Patientenversor-



gung erreicht werden. ver.di regt daher an bei der Festlegung von Leistungen oder Leistungsbereichen sowie den Rahmenvorgaben des GBA vorrangig auf Qualitätsverträge hinzuwirken, die die Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssektoren verbessern. Die Begrenzung auf vier Leistungen oder Leistungsbereiche und die Befristung sowie die vorgesehene Evaluation der Verträge sind sachgerecht.

zu Nr. 15. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Die Neufassung des § 136 entspricht weitgehend bisherigen Regelungen. zu aufwändigen medizintechnischen Leistungen sowie Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der Krankenhausversorgung. Wert wird insbesondere auf die sektorenübergreifende Geltung gelegt.

Interessenvertretung für alle Gesundheitsberufe sicherstellen

Nach wie vor fehlt jedoch bei den zu beteiligenden Organisationen die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, die zugleich berufliche Interessenvertretung für alle Gesundheitsberufe ist. Diese Ergänzung ist auch deshalb notwendig, weil die Nennung der Gewerkschaft in der amtlichen Begründung zum Gesundheitsreformgesetz 2000 (vgl. amtl. Begründung zu Art. 1 Nr. 56 - § 137 b SGB V: „Berufsorganisationen der Krankenpflege können durch den Bundespflegerat und die Gewerkschaften vertreten werden.“) zwar den Willen des Gesetzgebers ausdrückten aber juristisch und für die Anwendungspraxis nicht ausreichend war.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

§ 136a, Abs. 3: Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest.

Risiken und Fehler in der Pflege

In den Richtlinien des GBA über Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme müssen auch Risiken und Fehler in der Pflege erfasst werden. Die Systeme müssen Erkennung und Dokumentation von Risiken und Fehlern sowie Verfahren zu ihrer Vermeidung vorsehen.

## Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

§ 136b: Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse u.a. über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser.

In diesem Bericht ist der Stand der Qualitätssicherung darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu häufigen Verbindungen von Haupt- und Nebendiagnosen zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Hauses. Die Qualitätsberichte sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Das Krankenhaus hat den Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.

### Mehr Aussagekraft

Der Qualitätsbericht wird damit künftig aussagekräftiger gestaltet. ver.di hebt positiv hervor, dass der Patientensicherheit im Bericht mehr Raum gegeben wird und auch zum Fehlermanagement, der Arzneimitteltherapiesicherheit, zu Hygienestandards und Personalausstattung auf Ebene der Fachabteilungen berichtet wird. Die Aufgabe per G-BA Beschluss dazu Vorgaben zu entwickeln ist auch bei diesem Gremium richtig verortet, da hier auch Patientinnen und Patienten zu beteiligen sind.

Damit für die Patienten Informationen über die tatsächlich versorgende Einheit aussagekräftig sind, sind mindestens die heute schon berichteten Maßzahlen für den ärztlichen Bereich und die Pflege weiterhin vorzusehen. So muss erkennbar sein, wie hoch der Fachkräfteanteil in der Pflege ist, d.h. es ist zwischen Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen zu differenzieren. Bislang kumulieren einzelne Träger in ihrer Berichterstattung die Daten von mehreren versorgenden Einheiten oder Stationen. Dabei geht die für Patienten wichtige Transparenz und Vergleichbarkeit verloren. Besonders muss unterbunden werden, dass Krankenhausträger die Vergleichbarkeit dadurch umgehen, dass sie einer jeden Station

des Krankenhauses jeweils alle Pflegekräfte des gesamten Hauses zuordnen mit dem Argument, wegen des interdisziplinären Personaleinsatzes sei jede Pflegeperson auf jeder Station einsetzbar.

Die Patienten müssen im Qualitätsbericht außerdem informiert werden, ob es Empfehlungen der Fachgesellschaften für die versorgende Einheit gibt und inwieweit diese eingehalten werden.

#### Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

§136c gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind zu beschließen, die Bestandteil des Krankenhausplans werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.

#### Personellen Ressourcen und Arbeitsorganisation Grundlage der Planung

Die Betonung auf „Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ zeigt, dass u.a. auch die personellen Ressourcen und die Arbeitsorganisation als Grundlage für einen qualitätsorientierten Planungsprozess herangezogen werden. ver.di hält es für entscheidend, wie konkret solche Elemente in die Krankenhausplanung eingehen.

#### Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den G-BA

§ 136d: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.

#### Unterstützung integrierter Versorgungsansätze

ver.di hebt hervor, dass zum Zwecke der weiteren Qualitätsentwicklung sektoren- und berufsgruppenübergreifende Konzepte genannt werden, die an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtet sind. Damit können integrierte Versorgungsansätze unterstützt werden.

Im Übrigen wird auf die für alle Gewerkschaften abgegebene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) verwiesen.

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

## **Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern – Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln**

BT-Drucksache 18/5369

Im Antrag werden die Arbeitsverdichtung, der massive Personalmangel, die Überbelastung der Pflegekräfte und eine daraus resultierende pflegerische Unterversorgung der Patientinnen und Patienten, die bis hin zu „gefährlicher Pflege“ reicht, zum Anlass genommen, einen deutlich weitergehenden Gesetzentwurf zu verlangen, der u.a. ein vorgegebenes Verfahren der Personalbedarfsermittlung gesetzlich verankern soll. Dabei seien die Erfahrungen mit der Pflege-Personal-Regelung (PPR) und der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) auszuwerten und gegebenenfalls zu überarbeiten. Für Intensivstationen seien entsprechende Maßstäbe und Verfahren neu zu entwickeln.

Eine unabhängige Expertinnen- und Expertengruppe von Vertreterinnen und Vertretern aller entsprechenden Disziplinen sowie der Beschäftigten unter Federführung der Pflegewissenschaften soll mit der Erarbeitung der Empfehlungen zur Personalbemessung und einem neuen Personalbemessungsverfahren betraut werden.

Als Soforthilfe sei die PPR für einen Übergangszeitraum von drei Jahren wieder einzuführen und zusammen mit der Psych-PV für verbindlich zu erklären. Zur Entlastung des Nachtdienstes sei der Einsatz von mindestens zwei examinierten Pflegekräften pro Nachtschicht und Station verbindlich vorzuschreiben. Die vollständige Refinanzierung der Kosten für die Krankenhäuser sei sicherzustellen, damit negative Anreize zur Arbeitsverdichtung weitgehend entfallen.

Die Einhaltung der Vorgaben sei bereits bei der Abrechnung der Krankenhäuser mit den Krankenkassen zu kontrollieren. Das Deutsche Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) sei zu beauftragen, den Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) zu erweitern, damit die so ermittelte Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals als Mindestmerkmale bei der Abrechnung der Fallpauschalen berücksichtigt werden.

Die Länder sollen die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards und andere Qualitätskriterien zur Bedingung für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan machen.

Die Ausbildungsqualität soll verbessert und die Attraktivität der Pflegeberufe hinsichtlich der Vergütung, der Arbeitsgestaltung, des Maßes an Selbstbestimmung und der sozialen Absicherung gesteigert werden. Eine Evaluation für den gesamten Prozess sei einzurichten.

### Lösung der Personalprobleme in den Mittelpunkt gestellt

Mit dem Antrag werden die seit langem von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft und von immer mehr Wissenschaftlern vorgetragene Kritik an der unzureichenden Personalausstattung aufgenommen und die Bundesregierung zu raschem Handeln aufgefordert.

ver.di unterstützt daher weitestgehend die an die Bundesregierung gerichteten Vorschläge, insbesondere auch die Wiedereinsetzung der PPR als ersten Schritt zur Verbesserung der Perso-

nalausstattung. Allerdings hält ver.di deren Begrenzung auf einen Übergangszeitraum von drei Jahren für nicht sachgerecht. Eine Ablösung der Vorgaben der PPR kann erst dann erfolgen, wenn die Expertinnen- und Expertengruppe ihre Empfehlungen erarbeitet hat und diese Empfehlungen gesetzlich umgesetzt sind. Es muss angestrebt werden, dass der Bericht (bzw. zumindest ein Zwischenbericht) der Expertinnen- und Expertengruppe noch in dieser Legislaturperiode vorgelegt und zum Gegenstand gesetzlicher Regelungen gemacht wird.

Die Einsetzung einer Expertinnen- und Expertengruppe ist auch vom Bundesgesundheitsminister vorgesehen und noch für diesen Sommer angekündigt. Sowohl dort, als auch im Antrag der Fraktion DIE LINKE ist der Auftrag auf die Personalbemessung im Bereich der Pflegeberufe begrenzt.

ver.di fordert, dass der Bericht und die Lösungsvorschläge sich auch auf weitere Berufsgruppen im Krankenhaus erstrecken müssen, damit nicht durch Verschiebung von Aufgaben und Personalausstattung in anderen Tätigkeitsbereichen personelle Lücken entstehen. Gerade weil die Krankenhausversorgung Teamarbeit ist, darf der Blick nicht künstlich verengt werden.

Insgesamt teilt ver.di die Auffassung, dass Personalkosten grundsätzlich außerhalb der Fallpauschalen finanziert werden müssen, um sie nicht zum Gegenstand eines Preiswettbewerbs im Krankenhaus zu machen. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft hat bereits in der Stellungnahme zum KHSG Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD darauf hingewiesen, dass auch zwölf Jahre nach DRG-Systemeinführung Fehlanreize durch Über- oder Untervergütung nicht ausgeschlossen werden können. Deshalb sei es erforderlich, in Zukunft weitere Rahmenbedingungen, über den vorgelegten Gesetzentwurf hinaus, vorzugeben. Eine ausschließlich auf Wettbewerb gerichtete Steuerung der Gesundheitsversorgung ist nach Auffassung von ver.di mit dem Ziel der Daseinsvorsorge nicht vereinbar.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

## **Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen**

BT-Drucksache **18/5381**

Im Antrag wird die zentrale Bedeutung der Krankenhäuser bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge, zunehmend auch in der ambulanten Versorgung und darüber hinaus ihre Rolle als bedeutsame Arbeitgeber, herausgestellt. Für die Krankenversorgung käme es in Zukunft vor allem auf eine stärkere Verzahnung mit der ambulanten Versorgung, eine bessere Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen und eine Aufwertung der Pflege an. Aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten in den Krankenhäusern müssten die massive Probleme, wie der Personalabbau und die dadurch bedingte Arbeitsbelastung sowie die geringere Zeit, sich um die Patientinnen und Patienten zu kümmern und ihnen die notwendige Versorgung und Zuwendung zukommen zu lassen, gelöst werden. Mit ihrem Antrag verlangt die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser durch eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen auf eine stabile Basis stellt und den Krankenkassen zugleich Mitsprache bei der Krankenhausplanung ermöglicht. Die Krankenhausplanung sei gemeinsam mit den Ländern hin zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterzuentwickeln.

Dem akuten Personalnotstand soll kurzfristig im Pflegebereich der Krankenhäuser durch eine verbindliche Personalbemessungsregelungen begegnet werden und mittel- und langfristig ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt werden. Auf Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus wie etwa einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander sei hinzuwirken.

In einen Gesetzentwurf soll darüber hinaus die Geltung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) verlängert und verbindliche Personalstandards sowie ein alternatives Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik vorgesehen werden, das schwerstpsychisch Erkrankte nicht benachteiligt, die sektorenübergreifende Behandlung fördert und die Verweildauer verkürzt, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.

### sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Bedeutung der Personalausstattung

In dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird ausdrücklich auf den Koalitionsvertrag und die Arbeitsvorhaben für diese Legislatur verwiesen, die jedoch im aktuell vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht oder nicht in ausreichendem Maße aufgegriffen wurden, um die in den Krankenhäusern aufgestauten Probleme zu lösen und die Versorgung auf die in der Zukunft zu erwartenden Herausforderungen auszurichten.

ver.di begrüßt insbesondere die Ausrichtung auf das Erfordernis der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und den starken Hinweis auf die zentrale Bedeutung der Personalausstattung.

Der vorgeschlagenen Maßnahme, die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser durch eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen auf eine stabile Basis zu stellen und den Krankenkassen zugleich über die bisher vorgesehenen Mitwirkung hinaus eine Mitsprache bei der Kranken-

hausplanung zu ermöglichen, steht ver.di skeptisch gegenüber. Damit müssten bei eingefrorenem Arbeitgeberbeitrag allein die gesetzlich Versicherten die hälftige Finanzierung der Investitionskosten schultern. Es gibt gute Argumente bei der Steuerfinanzierung und der Letztverantwortung der Länder für die Daseinsvorsorge zu bleiben. Solange sich die Kassen untereinander in einem Wettbewerb um möglichst geringe Beitragssätze befinden, ist dieser Vorschlag nicht umsetzbar.

Den Vorschlag, die Krankenhausplanung mit den Ländern hin zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterzuentwickeln, unterstützt ver.di. Dadurch können Versorgungsbrüche für Patientinnen und Patienten vermieden werden und der regionale Versorgungsbedarf mit vorhandenen Ressourcen besser gedeckt werden.

Positiv ist auch, dass bei der Lösung der Personalprobleme im Pflegebereich der Krankenhäuser eine verbindliche Personalbemessungsregelungen und mittel- und langfristige ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung gefordert werden. Besonders begrüßt ver.di den Hinweis auf Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen aller Beschäftigten im Krankenhaus wie etwa einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander.

Dass ein alternatives Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik und die Fortgeltung der Psychiatrie-Personalverordnung thematisiert wird, hält ver.di für folgerichtig. Angesichts der Personalprobleme in den Allgemeinkrankenhäusern kann nicht ernsthaft erwogen werden, die verbindlich vorgegebene PsychPV durch Empfehlungen des G-BA zu ersetzen. Aktuell liegen dem Bundesgesundheitsministerium breit getragene Vorschläge für Alternativen zu PEPP vor, die die selbstgestellten Anforderungen der Bundesregierung im Koalitionsvertrag erfüllen. Es gibt keinen Grund den Handlungsauftrag noch weiter vor sich herzuschieben, anstelle von PEPP ein Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik vorzulegen, das schwerstpsychisch Erkrankte nicht benachteiligt, die sektorenübergreifende Behandlung fördert und die Verweildauer verkürzt, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.