

B 165: Krankenhauspolitik für Menschen – bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig

Laufende Nummer: 1800

Antragsteller*in:	Bundesfachbereichskonferenz 3
Status:	angenommen
Empfehlung der Antragskommission:	Annahme
Sachgebiet:	B - Sozial-, Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik Untersachgebiet: B - 5. Pflege und Gesundheitspolitik
Schlagwörter:	Pflege und Gesundheitspolitik
Entscheidung:	<input checked="" type="radio"/> wie Empfehlung <input type="radio"/> abweichend:

Der Bundeskongress beschließt:

1 Krankenhausversorgung ist Daseinsvorsorge mit existenzieller Bedeutung für die
2 Menschen. Das Gesundheitswesen darf nicht dem Markt überlassen werden. Es ist
3 eine zentrale Aufgabe des Sozialstaates dafür zu sorgen, dass kranke Menschen
4 bedarfsgerecht und würdevoll behandelt, gepflegt und versorgt werden.

5 1. ver.di lehnt eine monistische Krankenhausfinanzierung ab und setzt sich für
6 eine Beibehaltung der öffentlichen Investitionsförderung ein. Es ist im
7 Interesse aller Bürger*innen, dass die Vorhaltung von Krankenhäusern nicht
8 nur von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren
9 ist, sondern über die Finanzierung aus Steuern von der Gesamtheit der
10 Bevölkerung.

11 Es ist erforderlich, die Investitionskostenförderung der Länder auf ein
12 bedarfsgerechtes Niveau anzuheben. Krankenhäuser sind hochinnovative
13 Einrichtungen. Sie müssen dem medizinischen Fortschritt folgen und die
14 Entwicklungen in Therapie und Medizintechnik nachvollziehen. In den
15 Krankenhäusern gilt eine Investitionsquote von neun Prozent vom Umsatz als
16 zwingend erforderlich, um die Anforderungen an Innovation, Qualität und
17 Sicherheit zu erfüllen.

18 2. Die DRGs (Diagnosis Related Groups) als Preissystem müssen durch ein
19 budgetgesteuertes System auf der Grundlage krankenhausesindividueller
20 Vereinbarungen ersetzt werden. Die für eine bedarfsgerechte Versorgung
21 notwendigen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstandenen Kosten sind
22 nachzuweisen und vollständig zu refinanzieren. Das neue System muss
23 vermeiden, dass Budgetobergrenzen nach dem billigsten Anbieter festgelegt
24 und Dumpingwettläufe zwischen Krankenhäusern und ihren Fachabteilungen um
25 die billigste Leistung ausgelöst werden. Die Grundlage für ein
26 budgetfinanziertes System bildet eine transparente, präzise und
27 bedarfsgerecht gesteuerte, durch Qualitätsvorgaben gerahmte
28 Krankenhausplanung in öffentlicher Hand.

29 ver.di begrüßt die Rückkehr zum Kostendeckungsprinzip in der Pflege als
30 ersten konsequenten Schritt, dem dramatischen Pflegenotstand zu begegnen.
31 Notwendig ist die sofortige Herausnahme der gesamten Personalkosten aus dem
32 DRG-System mit der Umstellung auf das Kostendeckungsprinzip, um die
33 negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und die Qualität der
34 Patientenversorgung durch Fehlsteuerung der Ressourcen beim Personal zu
35 verhindern.

36 3. Die Voraussetzung für eine gute und sichere Versorgung im Krankenhaus sind
37 verbindliche und bedarfsgerechte gesetzliche Personalvorgaben.
38 ver.di fordert, dass durch den Gesetzgeber schnellstmöglich der Auftrag zur
39 (Weiter-)Entwicklung, Erprobung und flächendeckenden verbindlichen
40 Anwendung eines Personalbemessungsinstrumentes für die Pflege erteilt wird.
41 Es ist am individuellen Versorgungsbedarf ausgerichtet und wissenschaftlich
42 fundiert (evidenzbasiert). Personalvorgaben sind auch für alle weiteren
43 Berufsgruppen zu entwickeln und anschließend verpflichtend flächendeckend
44 in deutschen Krankenhäusern anzuwenden. Die Besetzung der so ermittelten
45 Personalstellen ist nachzuweisen und vollständig durch die Krankenkassen zu
46 refinanzieren. Die dafür bereitgestellten Mittel sind zweckgebunden zu
47 verwenden. Die Einhaltung der Vorgaben muss kontrolliert und bei Verstößen
48 durch Leistungskürzungen wirksam sanktioniert werden. Um die
49 Patientenversorgung sicherzustellen, sind elektive Maßnahmen so zu steuern,
50 dass Personalvorgaben eingehalten werden. Die Anwendung eines am

51 Patientenbedarf ausgerichteten Personalbemessungsinstrumentes wirkt
52 weitreichend positiv: Sie verbessert die Patientensicherheit, bildet die
53 Grundlage für die Verhandlung der Personalbudgets, verbessert die
54 Transparenz für Patient*innen über die Veröffentlichung in den
55 Qualitätsberichten und bildet die Datengrundlage für neue Ansätze der
56 Versorgungsforschung und politischen Steuerung.

57 4. ver.di setzt sich weiter für eine bessere Vernetzung zwischen ambulanter
58 und stationärer Versorgung ein. Deshalb wollen wir, dass die Trennung bei
59 der fachärztlichen Versorgung schrittweise zurückgebaut wird. Stufenweise
60 soll die ambulante fachärztliche Versorgung in die Krankenhäuser integriert
61 sowie das Verbot von Krankenhäusern, Patient*innen ambulant zu behandeln,
62 aufgehoben werden. Der Einstieg in die stufenweise Integration geschieht
63 dort, wo der Markt die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten
64 fachärztlichen Leistungen nicht herstellt, zum Beispiel auf dem Land und in
65 ärmeren Stadtteilen. Dort erbringen die Krankenhäuser ambulante
66 fachärztliche Leistungen anstelle von niedergelassenen Facharzt*innen. Die
67 Finanzierung dieser ambulanten Leistungen für die Krankenhäuser ist
68 sicherzustellen.

69 5. Alle Beschäftigtengruppen im Krankenhaus tragen zu guter
70 Versorgungsqualität bei. Die Ausgliederung von Beschäftigten und
71 Tätigkeiten in andere Unternehmen muss rückgängig gemacht werden. Anreize
72 zur Ausgliederung in andere Unternehmen verbunden mit schlechteren
73 Arbeitsbedingungen sind abzubauen. ver.di wird die Aktivitäten für die
74 Reintegration aller Bereiche, die im Prozess der Krankenversorgung Hand in
75 Hand arbeiten, verstärken und ein Konzept auf den drei Schienen politisch-
76 betrieblich-tariflich verfolgen:

77 Politisch: Gegenüber Politik und Öffentlichkeit verlangen wir die
78 Reintegration und stellen die Nachteile heraus, die für Patient*innen mit
79 der Zerteilung und mit schlechten Arbeitsbedingungen verbunden sind.
80 Insbesondere bei der Hygiene, aber auch in anderen Versorgungsbereichen
81 schadet der gegenwärtige Zustand den Patient*innen. Krankenversorgung
82 erfordert das Zusammenwirken vieler Berufsgruppen. Dazu gehören auch

83 Speiserversorgung, Reinigung, Wäscherei, Krankentransport und vergleichbare
84 Dienste. Die Leistungen sind Krankenhausleistungen nach § 2 Ziffer 1
85 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

86 Wir fordern: Krankenhausleistungen der Unterbringung und Verpflegung müssen
87 vom Krankenhaus selbst erbracht werden. Vom Gesetzgeber erwarten wir, dass
88 er das sicherstellt.

89 ver.di setzt sich darüber hinaus grundsätzlich dafür ein, dass das
90 Ausgliedern von Beschäftigtengruppen und Tätigkeiten aus dem Krankenhaus in
91 Tochtergesellschaften aufhört. Wir wollen erreichen, dass die Kolleg*innen
92 aller betroffener Tätigkeiten und Gewerke zurück in den
93 Krankenhausstammbetrieb geholt werden.

94 Betrieblich: Die neuen Möglichkeiten des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes
95 nutzen wir offensiv.

96 ver.di unterstützt die Kolleg*innen, die Einhaltung von Mindestlöhnen zu
97 sichern. Die betrieblichen Interessenvertretungen des Krankenhaus-
98 stammbetriebes unterstützen wir dabei, den betrieblichen Zusammenhalt
99 systematisch zu stärken nach dem Motto: ein Krankenhaus – eine Belegschaft.
100 Die Interessenvertretung mit ausgelagerten Unternehmen sollen die
101 Kolleg*innen in ausgelagerten Betrieben im Alltag praktisch unterstützen
102 und sie sichtbar und symbolisch integrieren, zum Beispiel in dem sie
103 grundsätzlich als Gäste zu Betriebs- / Personal-Mitarbeiterversammlungen
104 eingeladen werden. Die betrieblichen Interessenvertretungen der
105 ausgegliederten Betriebe unterstützt ver.di mit unserem Konzept zur
106 Begrenzung von Leistungsmengen in der Reinigung und in anderen Bereichen.
107 Die gewerkschaftliche Arbeit im Betrieb gestalten wir nach dem Prinzip: ein
108 Krankenhaus – eine Betriebsgruppe.

109 Tariflich: Wir setzen die bedingungsgebundene Haustarifvertragsarbeit fort
110 und nutzen alle Möglichkeiten, die Kolleg*innen in den Geltungsbereich der
111 Tarifverträge des Krankenhausstammbetriebes zu integrieren.

Begründung

Die duale Krankenhausfinanzierung erhalten – Investitionsquoten auf neun Prozent vom Umsatz anheben

Obwohl die Länder gesetzlich dazu verpflichtet sind, kommen sie ihrer Aufgabe zur Investitionsfinanzierung nur unzureichend nach. Allein in der Zeit von 2000 und 2014 wurden die jährlichen KHG-Fördermittel der Länder um rund 600 Millionen Euro von 3,4 Milliarden auf 2,8 Milliarden Euro reduziert. Der jährliche Investitionsbedarf zum Erhalt der Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser beläuft sich laut Rechtswissenschaftliches Institut (RWI) jedoch auf 5,4 Milliarden Euro.

Es steht zur Debatte, ob die Finanzierung der Krankenhäuser vollständig – also auch die Finanzierung der Investitionskosten – durch die Krankenkassen (monistische Finanzierung) erfolgen sollte. Eine Finanzierung der Investitionskosten als Entgeltbestandteil in Fallpauschalen zwingt die Krankenhäuser stärker als bislang zur Kreditfinanzierung ihrer Investitionen. Die Abhängigkeit der Krankenhäuser von den Banken erhöht sich dadurch. Zudem verteuern sich auf lange Sicht die Kosten der Krankenhäuser, da Mehrkosten für Zinsen und Tilgung anfallen. (Simon 2000: 68)

Zudem würden die Krankenkassen mit der Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung einen größeren Einfluss auf die Landeskrankenhausplanung nehmen wollen.

Als Beispiel sei hier der Krankenhausstrukturfonds genannt, dessen Zweck insbesondere mit dem „Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen« beschrieben wird. Die Krankenkassen beteiligen sich mit 500 Millionen jährlich zur Hälfte an der Finanzierung des Strukturfonds. Im Gegenzug erhalten sie dafür ein Vetorecht bei Verwendung der Mittel. Mit der Einführung und Weiterentwicklung des Strukturfonds nimmt der Einfluss der Krankenkassen auf die Landeskrankenhausplanung zu, obwohl dies originäre Aufgabe der

Länder ist. Es besteht die Gefahr, dass Krankenhausschließungen zugestimmt werden, obwohl die Einrichtungen zur Sicherstellung der Versorgung gebraucht werden. Die Landeskrankenhausplanung hat aber nach Bedarf und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu erfolgen.

Strukturentscheidungen dürfen nicht über finanzielle Steuerung entschieden werden, sondern über am Bedarf orientierte Sachentscheidungen. Die Landespolitik muss ihre Steuerungsfunktion wahrnehmen, damit über die Landeskrankenhausplanung tatsächlich eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sichergestellt wird.

Finanzierung über krankenhaushausindividuelle Budgets

Krankenhausleistungen werden seit der Einführung des DRG-Systems mit einem festen Entgelt vergütet. Alle für den Krankenhausbetrieb notwendigen Kosten müssen grundsätzlich über die Einnahmen dieses pauschal für einen Behandlungsfall generierten Erlöses abgedeckt werden. Hinzu kommt die Umlenkung von Personalkosten in Investitionskosten sowie Gewinne (bei kommerziellen Krankenhäusern).

Ergebnis dieser marktwirtschaftlichen Steuerung über Preise hat zu einer massiven Überlastung des Personals, einer Patientengefährdung durch Personalmangel und zur Durchführung nicht notwendiger Eingriffe und Operationen geführt. Nicht mehr das Wohl des Patienten, sondern die Ökonomie steht im Vordergrund.

Weitere hochproblematische wettbewerbliche Vergütungselemente sind in der Debatte, werden geplant oder ihre Umsetzung hat schon begonnen: Leistungsvergütung nach fragwürdigen Qualitätskriterien (Pay for Performance) sowie das Recht der Krankenkassen, selektiv mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abzuschließen und dabei zusätzliche Preisnachlässe auf die Fallpauschalen zu verhandeln. Dieser Trend in Richtung mehr Preiswettbewerb ist eine gravierende Fehlentwicklung.

Im DRG-System sind grundlegende Webfehler angelegt, die zu den genannten Fehlanreizen mit fatalen Auswirkungen führen. Sie können nur durch eine Abkehr vom System behoben werden. Leitorientierung muss die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sein.

Steuerungsinstrumente wie Pay for Performance und Selektivverträge dürfen nicht eingeführt werden. Pay for Performance ist eine Methode zur Vergütung von Versorgungsleistungen. Die Höhe der Vergütung hängt davon ab, ob zuvor definierte

Behandlungsziele erreicht werden. Wird das Ziel nicht erreicht, folgen Preisabschläge für das Krankenhaus. Die Einnahmen sinken. Bei Selektivverträgen entscheiden Krankenkassen, mit welchen Krankenhäusern sie Verträge abschließen. Dadurch wird die Krankenhausplanung umgangen.

Gesetzliche Festsetzung der Personalbemessung im Krankenhaus für alle Berufsgruppen

Unbestreitbar gibt es einen Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern, akutstationär aber auch darüber hinaus sektorenübergreifend: Die Patienten werden aufgrund der oftmals unzureichenden Personalausstattung vermeidbaren Risiken ausgesetzt und die Pflegekräfte erleben hohe physische und vor allem psychische Belastungen. Internationale Vergleichszahlen weisen Deutschland regelmäßig auf einem der letzten Plätze bei der Relation von Pflegekräften zu Patienten aus.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde die Kritik am bestehenden DRG-System grundsätzlich aufgegriffen, allerdings bleiben die Ansätze hinter dem, was im Interesse von Patienten und Pflegekräften erforderlich ist, deutlich zurück. Sie verhindern, den tatsächlichen Pflegebedarf der zu versorgenden Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Der tatsächliche Pflegebedarf kann auch bei Patienten mit der gleichen DRG erheblich voneinander abweichen. Personalunterdeckungen gefährden die Patientensicherheit. Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass ein Patient mehr pro Pflegekraft (von sechs auf sieben Patienten) zu einer Steigerung der Sterblichkeit um sieben Prozent führt.

Verbesserung der fachärztlichen Versorgung

Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland verursacht Schnittstellen und Systembrüche, die unüberwindbar scheinen, ineffektiv und teuer für Versicherte sind. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der in dieser Form in Europa einmaligen ambulant und stationär vorgehaltenen parallelen Versorgungskapazitäten im fachärztlichen Bereich. Doppelte Strukturen, doppelte Wartezeiten, doppelte Untersuchungen, doppelte Infrastrukturausstattung incl. Großgeräte, all das ist weder im Interesse der Patienten noch der Wirtschaftlichkeit.

Dass die Integration von ambulanten fachärztlichen Leistungen in Krankenhäuser funktioniert, zeigt sich schon heute in der Nacht und an Wochenenden, wo die Krankenhäuser schon wesentliche Teile dieser Versorgung übernehmen. Die Krankenhäuser springen zunehmend ein, werden jedoch für ihre Notfallleistungen (incl. Vorhaltekosten)

nicht ausreichend vergütet.

Integration ausgelagerter Servicebetriebe

Das KHG definiert in Absatz 2 Ziffer 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.“ Ohne die Servicedienste können Kranke im Krankenhaus nicht untergebracht und gepflegt werden. Die Auslagerung in Firmen zerteilt den Versorgungsprozess, schafft Risiken für Patient*innen und erschwert die Arbeitsabläufe durch überflüssige Schnittstellen und doppelte Strukturen für Arbeitsanforderung und Arbeitsanweisung. Arbeitgeber gliedern Beschäftigte und Tätigkeiten zu schlechteren Arbeitsbedingungen aus. Über Werk- und Dienstleistungsverträge müssen sie ihre Arbeit weiter für dasselbe Krankenhaus mit derselben Qualität erbringen, erhalten dafür weniger Vergütung, verlieren oft die betriebliche Altersvorsorge etc. Die betriebliche Interessenvertretung wird geschwächt. Es gibt fast keinen Krankenhausbereich, der nicht schon von Ausgliederung betroffen wäre: zum Beispiel Lohnbuchhaltung, Physio- / Ergotherapie, Haustechnik, Pforte, Labor, Pathologie.