



Ressort 9
Bereich Gesundheitspolitik
Herbert Weisbrod-Frey

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0650(11)
vom 23.09.04

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme
der
Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di

zum Entwurf für ein zweites Gesetz zur Änderung der
Vorschriften zum diagnoseorientierten
Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
und zur Änderung anderer Vorschriften
(2. Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)**

Seit dem 1. Januar 2004 werden in den Krankenhäusern die Leistungserfassung und Abrechnungen verbindlich nach den DRGs durchgeführt. Das Ziel ist die Einführung eines neuen Entgeltsystems, mit dem eine leistungsgerechte Zuordnung von Erlösen erfolgen soll. Durch die bisher nicht vorhandene vollständige Erfassung der durch die Krankenhäuser erbrachten Leistungen soll die Transparenz der Abläufe und des Leistungsgeschehens verbessert werden. Die Fallpauschalen sollen im Sinne eines lernenden Systems eingeführt werden. Dies will der Gesetzgeber mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für ein zweites Fallpauschalenänderungsgesetz unterstützen.

Diese Absicht wird von ver.di begrüßt. Eine ständige Verbesserung des Fallpauschalengesetzes aufgrund der praktischen Erfahrungen ist erforderlich. Insbesondere müssen Fehlsteuerungen bei der Einführung der Krankenhausvergütung (DRG-System) korrigiert werden können. ver.di legt Wert darauf, dass die Krankenhausversorgung nicht vorrangig billig, sondern gut sein muss. Schließlich wird mit der Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen ein völlig neues Vergütungssystem für die Krankenhäuser implementiert. Sein Erfolg hängt von der breiten Akzeptanz aller Akteure ab.

Der vorliegende Gesetzentwurf beschäftigt sich vorrangig mit der Verlängerung der Anpassung der krankenhausesindividuellen Fallpreise an den landeseinheitlichen Fallpreis (Verlängerung der Konvergenzphase) und den Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Ausbildungsstätten. Darüber hinaus wird die Vergütung freiberuflicher Hebammen in das Vertragssystem der GKV überführt.

1. Finanzierung der Ausbildung:

Die Bedeutung einer gesicherten Finanzierung der Ausbildung im Gesundheitswesen darf nicht unterschätzt werden. ver.di plädiert insbesondere für:

- die rechtsverbindliche Regelung zur Erstattung der Ausbildungskosten,
- die Berücksichtigung der Variationsbreite bei den einzelnen Ausbildungsberufen,
- die Orientierung der Ausbildungsbudgets an den tatsächlichen Kosten und Qualitätsvorgaben bei deren Vereinbarung,
- den Erhalt regional notwendiger Ausbildungsstrukturen,
- verbindlichen Ausbildungsfonds und
- die Finanzierung der Vergütungen im Rahmen der vorgeschriebenen praktischen Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten.

Die Arbeit mit Schätzwerten bei der Ausbildungsfinanzierung und ökonomische Anreize zur Senkung der Ausbildungskosten werden abgelehnt.

Im Einzelnen:

Artikel 1

zu §17 a KHG

(1) In der Krankenpflegehilfe wird ab 1.01.2005 nach Bundesgesetz nicht mehr ausgebildet, daher kann die Anrechnung entfallen. Andere landesrechtlich geregelte Ausbildungsberufe und ggf. deren Praktikantenvergütungen finden ebenfalls keine Berücksichtigung.

(2) Die Ermittlung der durchschnittlichen Ausbildungskosten wird den großen Variationsbreiten in den einzelnen Berufen nicht gerecht. Vielmehr sind die tatsächlichen Kosten zu Grunde zu legen, die sich an festzulegenden Ausstattungs- und Qualitätsstandards orientieren. Solange es keine einheitlichen Ausstattungs- und Qualitätsstandards für Ausbildungsstätten und Organisation der Ausbildung gibt, führen Durchschnittswerte, gleichgültig ob bundeseinheitlich oder regional ermittelt, zur permanenten Absenkung des Niveaus. Das gilt auch für die vorgesehenen Richtwerte, die sich an den durchschnittlichen Ausbildungskosten orientieren, auch wenn sie nach regionalen Gesichtspunkten differenziert werden können. Demgegenüber ist es erforderlich, eine an einheitlichen Qualitätsstandards orientierte Soll-Kostenfinanzierung vorzusehen.

(3) Wegen der Unterschiedlichkeit der Bedingungen ist es sinnvoll, Ausbildungsbudgets krankenhausspezifisch, orientiert an den tatsächlichen Kosten festzulegen. Maßstab sind die nachgewiesenen Kosten. Die neu eingeführten Termini „wirtschaftliche Betriebsgröße“ und „wirtschaftliche Ausbildungsstrukturen“ sind nicht hinreichend definiert. Eine kleine Ausbildungsstätte kann ebenso wirtschaftlich arbeiten wie eine große unwirtschaftlich sein kann. Entscheidend für Wirtschaftlichkeit sind Qualitäts- und Ausstattungsmerkmale, die durch die Berufszulassungsgesetze nicht ausreichend vorgegeben werden. Die hierfür zuständigen Länder haben bisher weitgehend auf Vorgaben verzichtet und überlassen dies den Krankenhausträgern, was zu sehr unterschiedlichen Größen und Strukturen und einer großen Varia-

tionsbreite führt. Die Vereinbarung der Ausbildungsbudgets hat in der Vergangenheit einen erheblichen Ausbildungsplatzabbau, ungeachtet des gesellschaftlichen Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften, nicht verhindern können. Die vorgesehenen Vereinbarungen über Art und Anzahl der voraussichtlich besetzten Ausbildungsplätze sind sinnvoll, sollten sich aber am regionalen Bedarf orientieren, der über den betrieblichen Bedarf hinausgeht.

An der Orientierung an landesweiten Richtwerten ist – entgegen dem Vorschlag des Bundesrats – festzuhalten. Da die Länder gehalten sind, die Ausstattungsmerkmale der Ausbildungsstätten und Qualitätsstandards für die Organisation der Ausbildungen festzulegen, sind landesweite Richtlinien, die sich regional ausdifferenzieren lassen, wesentlich sinnvoller als bundeseinheitliche Durchschnittswerte, die den unterschiedlichen Bedingungen nicht gerecht werden können. Somit bleiben die Länder stärker in der Pflicht Ausbildungsstandards festzulegen, die in den Bundesgesetzen nicht geregelt worden sind. Landesweite Richtwerte sind nur in Verbindung mit rechtsverbindlichen Ausstattungs- und Qualitätsstandards sinnvoll. Dies wiederum kann nicht den Vertragsparteien überlassen werden, die beide vorrangig an niedrigen Kosten interessiert sind und nicht das gesamtgesellschaftliche Interesse im Blick haben, eine ausreichende Zahl gut qualifizierter Fachkräfte in den Gesundheitsberufen für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung zu stellen. In diesem Zusammenhang begrüßen wir die neu aufgenommene Vorschrift, wonach „Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben“ ist, halten dies aber noch nicht für ausreichend. In der Frage der Planung der „Art und Anzahl“ der Ausbildungsplätze ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde „herzustellen“. Eine solche Formulierung unterstreicht die Verantwortung der Länder für die gesundheitliche Versorgung und die Ausstattung mit qualifiziertem Personal. Die Vertragsparteien der Budgets sind damit überfordert und auf Grund ihrer Interessenkonstellationen auch nicht in der Lage.

Der Erhalt regional notwendiger Ausbildungsstrukturen wird durch diese Vorschrift nicht sicher gestellt. Kriterien der Zumutbarkeit von Ausbildungswegen zwischen Ausbildungsstätten und ausbildenden Krankenhäusern sind beispielsweise nicht erkennbar. Wenn etwa Auszubildende, wie es jetzt schon der Fall ist, wegen der Zusammenlegung von Schulen von Darmstadt nach Frankfurt reisen müssen, sind die Grenzen der Zumutbarkeit eindeutig überschritten.

(4) Eine Ausgliederung der Ausbildungsbudgets aus den Krankenhausbudgets ist sinnvoll, um zu verhindern, dass Finanzmittel, die für die Refinanzierung der Ausbildung bestimmt sind, nicht anderweitig verwendet werden. Da die bisherigen Ausbildungsbudgets oft nicht bekannt sind oder jahrelang nicht angepasst wurden, besteht die Gefahr, dass wesentlich zu niedrige Budgets ausgegliedert werden und die Ausbildung gefährdet wird. Kurzfristiges betriebswirtschaftliches Interesse hat oft Vorrang vor langfristiger Personalplanung. Die Regelung wonach Fehleinschätzungen korrigiert werden können, begrüßen wir ausdrücklich.

(5) Die Krankenhäuser sind zur Meldung der Ausbildungskosten zu verpflichten. Die ersatzweise vorgesehene Arbeit mit Schätzwerten ist problematisch. Die Krankenhäuser sollten nicht von der Verpflichtung entbunden werden, ihre Ausbildungskosten offen zu legen. Die beabsichtigte exakte Ermittlung der Ausbildungskosten ist den Krankenhäusern mittlerweile mehrere Jahre bekannt, sie sollten zwischenzeitlich in der Lage sein, ihre Ausbildungskosten genau zu beziffern.

(7) Die Regelung wird begrüßt.

(8) Wir begrüßen, dass die Vereinbarungen oder die Festsetzungen der Schiedsstelle der zuständigen Landesbehörde zur Genehmigung vorzulegen sind.

(9) An der Bildung von Ausgleichsfonds ist verbindlich fest zu halten. Die vorgesehene Verordnungsmächtigung der Landesregierungen ist – wie die Erfahrungen mit dem Altenpflegegesetz gezeigt haben – kein gleichwertiger Ersatz.

Darüber hinaus sehen wir noch folgenden Regelungsbedarf bei der Ausbildungsfinanzierung:

- Ausbildungsplätze an Krankenpflegeschulen, die schwerpunktmäßig Umschulungsmaßnahmen anbieten, sind oft nicht in den Krankenhausbedarfsplänen der Länder enthalten, weil sie nicht einem Krankenhaus zugeordnet werden können, sondern mit mehreren Krankenhäusern vertraglich verbunden sind. Sie müssen finanziell abgesichert werden. Die Schulen sollten über die Ausbildungsfonds finanziert werden und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung, soweit sie nicht über SGB III finanziert werden. Diese Schulen haben angesichts des Ausbildungsplatzabbaus an regulären Schulen eine wachsende arbeitsmarktpolitische Bedeutung.
- Die Finanzierung der Vergütungen für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten während der durch das PsychThG vorgeschriebenen „praktischen Tätigkeit“ vor der Approbation ist weiterhin ungeregt. Die vorzusehende Vorschrift zur Finanzierung der Vergütungen erhält folgenden Wortlaut und wird sinngemäß in die beabsichtigte Neuregelung des KHG eingefügt: „Die Kosten der Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten während ihrer Praktischen Tätigkeit nach § 5 Abs. 1 Satz 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Verbindung mit § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) und der entsprechenden Regelung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (§ 2 KJPsychTh-APrV) sind im Pflegesatz zu berücksichtigen.“

2. Verlängerung der Konvergenzphase:

Trotz der seit langem bekannten Zeitläufe haben sich viele Krankenhäuser erst sehr spät und teilweise erst mit der Einführung zum 1. Januar 2004 mit der sachgerechten Anwendung der DRGs beschäftigt. Eine Verlängerung der Konvergenzphase, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, wird daher aus praktischen Erwägungen für notwendig und sachgerecht erachtet. Im Interesse der Planungssicherheit der Krankenhäuser und unter Hinweis auf bereits getätigte Investitionen zur Einführung des Fallpauschalensystems ist aber auf die Einhaltung dieses neuen Termins zu drängen.

Da die Konvergenzphase keinen unmittelbaren Einfluß auf falsch oder nur unzulänglich zugeordnete Kosten durch die DRGs hat, können – sobald Erfahrungen dazu vorliegen - weitere ergänzende und korrigierende Regelungen notwendig werden. Nur so ist der erklärte Anspruch des Gesetzgebers, die Schaffung eines lernenden DRG-Systems sicher zu stellen.

Dies wird aber nicht durch eine Gesetzesänderung, sondern durch Vereinbarung des Fallpauschalkatalogs durch die Selbstverwaltungspartner erreicht. Als Schritt nach vorn kann die erstmalige Einigung von DKG und Krankenkassen für das Jahr 2005 bezeichnet werden. Insbesondere konnten bei der Langlieger- und Kurzliegervergütung, im Bereich der Intensivmedizin und der Onkologie sowie bei der neurologischen Frührehabilitation Einigungen erzielt werden. Wie den Mitteilungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu entnehmen ist, ist von diesen Vereinbarungen eine sachgerechte Ermittlung der Kosten und Erlöse zu erwarten. Krankenhausindividuelle Vereinbarungen, z.B. bei der neurologischen Frührehabilitation sind nun möglich.

ver.di sieht in Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner einen besseren Weg zur qualitativen Weiterentwicklung der DRGs, als in gesetzlichen Eingriffen.

3. Festsetzung des landesweiten Basisfallwerts:

Die erstmalige Festsetzung eines landesweiten Basisfallwertes ab dem Jahr 2005 stellt insbesondere die Krankenhäuser der Maximalversorgung und die Schwerpunktkrankenhäuser vor erhebliche Probleme. Befürchtet wird eine Verzerrung der Finanzierung. So könnten Krankenhäuser, die innerhalb einer Fallgruppe und des jeweiligen Schweregrades tatsächliche Kosten im oberen Bereich haben, durch die zu erwartenden Abstriche in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Auch aus diesem Grund sind im weiteren Verfahren ergänzende und korrigierende Regelungen im Rahmen der Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner notwendig.

Die Veränderung von § 10 KHEntgG, wonach Berichtigungen des Basisfallwertes für das Folgejahr zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden können, ist sinnvoll. Damit können Fehlschätzungen, die aufgrund mangelnder Erfahrungen mit dem neuen System nicht ausbleiben, regional korrigiert werden.

Die Berücksichtigung der zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bereit gestellten Mittel im landesweit geltenden Basisfallwert über das Jahr 2009 hinaus, begrüßen wir ausdrücklich.

Unter Hinweis auf Beratungen in den Ausschüssen im Bundesrat halten wir eine Festlegung der Anpassungsschritte an den landesweiten Basisfallwert im Gesetz für notwendig. Eine nur teilweise Anpassung und das Hinausschieben von Entscheidungen hilft den Krankenhäusern nicht und ist mit unkalkulierbaren Risiken für die Entwicklung einer hochwertigen Versorgung behaftet. Zahlreiche Krankenhäuser haben bereits mit den bisher vorliegenden Daten geplant und Investitionen getätigt. Ein offhalten künftiger Anpassungsschritte schafft für diese Häuser neue Unsicherheiten. Wir plädieren daher dringend für ein verlässliches Handeln des Gesetzgebers und den erforderlichen Raum für ein sachgerechtes Handeln der Selbstverwaltung.