

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(29)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
01.09.2015

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 122

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121

E-Mail: Ragnar.Hoenig@sovd.de

31. August 2015

Hoe/Pa

Stellungnahme

anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7. September dieses Jahres zu dem

Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD

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

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](#)

Inhalt

1	Zusammenfassung	2
2	Zu den Vorlagen im Einzelnen	3
2.1	Zum Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD	3
2.2	Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.	8
2.3	Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	9
3	Schlussbemerkungen	10



1 Zusammenfassung

Der Sozialverband Deutschland SoVD hat heute über 560.000 Mitglieder und vertritt die Interessen der gesetzlich Krankenversicherten sowie Patientinnen und Patienten, unter anderem auch im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Vor diesem Hintergrund misst der SoVD alle Bemühungen und Maßnahmen in dem vorliegenden Gesetzentwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) daran, ob und inwiefern sie geeignet sind, eine bedarfsgerechte, barrierefreie, erreichbare und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass der Zugang zu Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie der Notfallversorgung auch in strukturschwachen bzw. ländlichen Gebieten in angemessener Zeit sichergestellt ist. Zugleich müssen die durch die vorgesehenen Maßnahmen entstehenden Mehrausgaben und ihre Auswirkungen auf die einseitigen Belastungen der gesetzlich Krankenversicherten durch steigende kassenindividuelle Zusatzbeiträge in den Blick genommen werden.

Vor diesem Hintergrund fällt die Bewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs durchwachsen aus. Die geplante stärkere Messung und Darstellung der erbrachten Behandlungsqualität in Krankenhäusern ist aus Sicht des SoVD im Grundsatz zu begrüßen. Auch die stärkere Berücksichtigung der Qualität bei der Krankenhausplanung der Länder ist positiv, sollte aber verbindlicher ausgestaltet werden. Das Pflegestellen-Förderprogramm sowie die Prüfung einer besseren Berücksichtigung von Pflegepersonalbedarfen im Fallpauschalensystem sind wichtig, um die Pflege der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus sicherzustellen und die Pflegekräfte zu entlasten. Einzelmaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, wie die Sicherstellungszuschläge und die gerechtere Finanzierung der Notfallversorgung, sind wichtige Instrumente.

Während Qualität als Messinstrument und Planungskriterium vom SoVD begrüßt wird, ist Qualität als Finanzierungsinstrument problematisch. Patientinnen und Patienten müssen in jedem zugelassenen Krankenhaus nach dem anerkannten Stand der Wissenschaft hochwertig versorgt werden. Qualitätszuschläge und Qualitätsverträge dürfen keine Zwei-Klassen-Medizin befördern. Qualitätsabschläge wiederum bergen die Gefahr in sich, eine schlechte Versorgungssituation zu verfestigen. Mangelhafte Leistungserbringung muss aus Sicht des SoVD aber von der Patientenversorgung ausgeschlossen werden. Für eine dauerhafte funktionierende Finanzierung der Krankenhäuser ist es von großer Bedeutung, dass die Bundesländer ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten in vollem Umfang nachkommen. Aus Sicht des SoVD ist zu bedauern, dass insoweit keine durchgreifenden verbindlichen Maßnahmen und Vereinbarungen getroffen werden konnten. An der grundsätzlich sinnvollen Förderung von Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhausbereich sollten auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) beteiligt werden.

2 Zu den Vorlagen im Einzelnen

2.1 Zum Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD

Der Gesetzentwurf baut auf den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform vom 5. Dezember 2014 auf und verfolgt das Ziel, eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Hierzu schlägt der Gesetzentwurf eine Vielzahl von Detailmaßnahmen vor, die sich im Wesentlichen in die fünf folgenden Maßnahmenkomplexe untergliedern lassen:

- Stärkung der Qualitätssicherung im stationären Bereich,
- Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms,
- Weiterentwicklung der Finanzierung von Krankenhausleistungen,
- Neuausrichtung der Mengensteuerung,
- Einrichtung eines Strukturfonds.

Durch die Maßnahmen des Gesetzes sollen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt Mehrausgaben von voraussichtlich 0,5 Mrd. Euro im Jahr 2016, 0,9 Mrd. Euro im Jahr 2017, 1,2 Mrd. Euro im Jahr 2018, 1,3 Mrd. Euro im Jahr 2019 und 1,4 Mrd. Euro im Jahr 2020 entstehen. Die Koalition rechnet damit, dass den Mehrausgaben erhebliche Einsparpotenziale in voraussichtlich dreistelliger Millioenhöhe gegenüberstehen.

2.1.1 Maßnahmen zur Stärkung der Qualitätssicherung im stationären Bereich

Zur Stärkung der Qualitätssicherung im stationären Bereich sieht der Gesetzentwurf eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen vor. Dies sind unter anderem:

- Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung,
- Qualität als Kriterium bei der Krankenhausvergütung,
- Neustrukturierung der Mindestmengenregelung,
- Qualitätsverträge zur Erprobung weiter gehender Verbesserungen bei Krankenhausbehandlungen,
- Patientenfreundlichere Gestaltung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser,
- Qualitätskontrollen durch den MDK.

2.1.1.1 *Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung*

Durch diverse Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG-E) und des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V-E) soll Qualität künftig zu einem weiteren Kriterium bei der Krankenhausplanung erhoben werden (§ 1 KHG-E). Hierzu soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln (§ 136c SGB V-E), die als sog. planungsrelevante Indikatoren Bestandteil der Krankenhauspläne der Bundesländer werden sollen, von denen die Bundesländer allerdings abweichen können (vgl. § 6 Abs. 1a

KHG-E). Krankenhäuser, die diese Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, dürfen in den Krankenhausplan nicht aufgenommen werden oder müssen aus ihm herausgenommen werden (§ 8 KHG-E). Ihnen drohen damit nicht nur Nachteile bei der Investitionsförderung, sondern auch eine Kündigung des Versorgungsvertrages zwischen Krankenkassen und Krankenhausträger (§§ 109, 110 SGB V-E).

Der SoVD begrüßt, dass Qualität bei der Krankenhausplanung und -zulassung künftig eine stärkere Rolle spielen soll. Eine schlechte Patientenversorgung muss in letzter Konsequenz den Ausschluss von der Versorgung zur Folge haben. Bedenklich ist daher, den Bundesländern Abweichungen von den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA zu erlauben. Dies birgt die Gefahr, dass Qualitätsmängel nach den G-BA-Maßstäben bei der Investitionsförderung im Ergebnis folgenlos bleiben.

2.1.1.2 Qualität als Kriterium bei der Krankenhausvergütung

Weiterhin ist geplant, die Vergütung von Krankenhausleistungen durch Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG-E) stärker an der Qualität der Leistungen auszurichten. Hierzu soll den Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern auferlegt werden, Zuschläge für Krankenhausleistungen mit außerordentlich guter Qualität und Abschläge für Krankenhausleistungen mit unzureichender Qualität zu vereinbaren (vgl. § 5 KHEntgG-E). Inhaltliche Grundlage für diese Qualitätszuschläge bzw. -abschläge sollen entsprechende Beschlüsse des G-BA sein (§ 136b SGB V-E).

Der SoVD sieht in der vorgeschlagenen qualitätsorientierten Vergütung kein geeignetes Mittel, die Qualität der Krankenhausleistungen nachhaltig zu stärken. Wenn ein Krankenhaus dauerhaft mangelhafte Krankenhausleistungen erbringt, kann eine Reduzierung der Finanzmittel durch Abschläge dazu führen, dass sich die Qualität weiter verschlechtert. Die Versicherten müssen davon ausgehen können, dass sie in jedem zur Versorgung zugelassenen Krankenhaus qualitativ hochwertig versorgt werden. Leistungserbringer mit dauerhafter und in erheblichem Maße schlechter Qualität müssen daher von der Versorgung zu Lasten der GKV ausgeschlossen werden. Auch die Zuschläge für gute Qualität begegnen grundlegenden Bedenken. Denn es ist Aufgabe eines jeden zur Versorgung zugelassenen Krankenhauses, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erbringen.

2.1.1.3 Neustrukturierung der Mindestmengenregelung

Als weitere Maßnahme zur Qualitätssicherung sieht der Gesetzentwurf eine Neustrukturierung der sog. Mindestmengenregelung vor. So soll der G-BA – wie bisher – Mindestmengen für bestimmte planbare Leistungen festlegen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist (vgl. § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V-E). Unterschreitet ein Krankenhaus eine erforderliche Mindestmenge und wird die Leistung dennoch bewirkt, steht ihm kein Vergütungsanspruch zu (vgl. § 136b Abs. 4 SGB V-E). Mit den Neuregelungen in

§ 136b SGB V-E zu den Mindestmengen sollen die Regelungen nach Vorgaben höchstrichterlicher Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet werden.

Aus Sicht des SoVD ist grundsätzlich zu begrüßen, wenn die vom G-BA beschlossenen Mindestmengen verbindlicher umgesetzt werden. Denn es ist unbestritten, dass bei bestimmten planbaren Leistungen die Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge abhängt. In diesen Fällen muss dem Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität stärker Rechnung getragen werden.

2.1.1.4 Qualitätsverträge zur Erprobung weiter gehender Verbesserungen bei Krankenhausbehandlungen

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin vor, dass Krankenkassen und Krankenhausträger künftig sog. Qualitätsverträge über eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen schließen sollen (vgl. § 110a SGB V-E). Hierzu soll der G-BA vier Leistungen bzw. Leistungsbereiche festlegen, zu denen Qualitätsverträge mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden (§ 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V-E). Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollen bis zum 31. Juli 2018 verbindliche Rahmenvorgaben für derartige Qualitätsverträge vereinbaren.

Aus Sicht des SoVD können besondere Verträge dazu beitragen, bestimmte neue Versorgungsformen in begrenztem Umfang zu erproben, um anschließend ihre dauerhafte Überführung in die Versorgungspraxis zu prüfen. Allerdings muss eine qualitativ hochwertige Versorgung nach dem anerkannten Stand der Wissenschaft in jedem zugelassenen Krankenhaus geleistet werden. Ein dauerhaftes Nebeneinander von Verträgen mit „normaler“ und „besonderer“ Qualität lehnt der SoVD ab.

2.1.1.5 Patientenfreundlichere Gestaltung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Ferner sollen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser patientenfreundlicher gestaltet werden. Hierzu sind Neuregelungen in § 136b SGB V-E vorgesehen, nach denen der G-BA Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser beschließt. Diese sollen künftig auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen enthalten und patientenrelevante Informationen in einem speziellen Berichtsteil übersichtlich und in verständlicher Sprache zusammenfassen. Der zuletzt genannte Berichtsteil soll z. B. Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit, Maßzahlen zur Personalausstattung, Erfüllung wesentlicher Hygienestandards sowie die Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements enthalten. Künftig soll jedes Krankenhaus verpflichtet werden, seinen Qualitätsbericht leicht auffindbar auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Der SoVD begrüßt Regelungen, die die Transparenz über die Qualität der in einem Krankenhaus erbrachten Behandlungen für Patientinnen und Patienten erhöht. Umfassende, verständliche und leicht zugängliche Informationen sind Grundlage jeder

selbstbestimmten Patientenentscheidung. Zur besseren Vergleichbarkeit der Qualitätsergebnisse verschiedener Krankenhäuser sollten alle Qualitätsberichte daher möglichst einheitlich auf einer unabhängigen Plattform veröffentlicht werden. Hierfür käme beispielsweise die „Weiße Liste“ in Frage.

2.1.1.6 Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Schließlich wird im Gesetzentwurf vorgeschlagen, dass der MDK zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA und der Länder sowie zur Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung künftig unangemeldet Kontrollen in den zugelassenen Krankenhäusern durchzuführen hat (vgl. §§ 275 ff. SGB V-E). Voraussetzung ist, dass die beauftragende Stelle Anhaltspunkte für eine Nichteinhaltung dieser Anforderungen und Verpflichtungen hat. Näheres zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen hat der G-BA festzulegen (§ 137 SGB V-E).

Eine durchgreifende Stärkung der Qualitätssicherung im stationären Bereich erfordert ein effektives Kontrollsystem. Der SoVD hält die vorgeschlagenen unangemeldeten Kontrollen des MDK daher für ein zielführendes Instrument. Im Zuge der Erarbeitung der Richtlinie des G-BA zum Verfahren der Prüfbeauftragung und den beauftragenden Stellen sollte geprüft werden, ob neben den Landesgesellschaften für Qualitätssicherung und dem IQWiG auch die Landesverbände der Krankenkassen für den Beauftragung von Qualitätskontrollen in Frage kommen.

2.1.2 Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms

Durch eine Neufassung des § 4 Abs. 8 KHEntgG-E sollen Krankenhäuser für die Jahr 2016-2018 zusätzliche Mittel erhalten, wenn sie im Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2015 zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung („am Bett“) neu einstellen oder Teilzeitstellen aufstocken. Damit soll insbesondere dem erhöhten Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten besser entsprochen werden. Damit die Mittel auch nach Auslaufen des Förderprogramms für die unmittelbare Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung stehen, soll eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission Vorschläge für Anschlussregelungen erarbeiten. Weiterhin soll sie prüfen, ob der allgemeine Pflegebedarf und besonders der erhöhte Pflegebedarf demenzerkrankter, pflegebedürftiger oder behinderter Menschen im Krankenhaus durch diagnosebezogene Fallpauschalen (sog. DRG) oder ausdifferenzierte Zusatzentgelte sachgerecht abgebildet werden können.

Aus Sicht des SoVD ist zu begrüßen, wenn Krankenhäuser finanzielle Mittel für die Einstellung von zusätzlichem Pflegepersonal erhalten. Allerdings muss sichergestellt sein, dass diese finanziellen Mittel tatsächlich für die unmittelbare Patientenversorgung eingesetzt werden. Dazu können beispielsweise unangemeldete Kontrollen des MDK dienen. Weiterhin zu begrüßen ist, wenn die pflegerische Versorgung und

die damit verbundenen Personalkosten insbesondere für Personen mit besonderem Pflegebedarf im DRG-System besser abgebildet werden sollen. Dies kann auch einen Beitrag dafür leisten, die Situation der Pflegeberufe zu verbessern.

2.1.3 Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Finanzierung von Krankenhausleistungen

Weiterhin beinhaltet der Gesetzentwurf diverse Maßnahmen, mit denen die Finanzierung notwendiger Betriebskosten der Krankenhäuser gestärkt und strukturell weiterentwickelt werden sollen. Dies sind unter anderem:

- Präzisierung der Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen,
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung an der Notfallversorgung.

2.1.3.1 Präzisierung der Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen

Mit den sog. Sicherstellungszuschlägen soll die Krankenhausversorgung der Bevölkerung auch in Regionen sichergestellt werden, in denen die Leistungen aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind. Der Gesetzentwurf sieht vor, die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen zu präzisieren (vgl. § 5 Abs. 2 KHEntgG-E). So soll unter anderem das Verfahren zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen stringenter geregelt und das Defizit des gesamten Krankenhauses künftig Voraussetzung für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sein.

Aus Sicht des SoVD ist die medizinische Versorgung von strukturschwachen Gebieten angesichts der sozio-demografischen Entwicklung in Deutschland eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. Daher ist zu begrüßen, wenn das besondere wirtschaftliche Risiko von Krankenhäusern in strukturschwachen Regionen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bei der Krankenhausversorgung Berücksichtigung findet.

2.1.3.2 Zu- und Abschläge für die Beteiligung an der Notfallversorgung

Ferner ist vorgesehen, die bereits bestehenden Regelungen über Zu- und Abschläge bei den Fallpauschalen unter anderem für den Fall zu konkretisieren, dass Krankenhäuser an der stationären Notfallversorgung teilnehmen. So soll der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern mit den entsprechenden Mindestvorgaben beschließen. Dabei muss auch eine Stufe für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser vorgesehen sein (§ 136c Abs. 4 SGB V-E). Auf Grundlage dieses Stufensystems sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gestaffelte Zu- und Abschläge für die Beteiligung an der Notfallversorgung vereinbaren (vgl. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG-E).

Aus Sicht des SoVD ist die Sicherstellung der Notfallversorgung insbesondere in ländlichen Regionen und strukturschwachen Gebieten eine zentrale Herausforderung.

rung der stationären Gesundheitsversorgung. Es ist daher zu begrüßen, wenn sich das vorgehaltene Angebot an Notfallversorgung in der Vergütung widerspiegelt.

2.1.4 Einrichtung eines Strukturfonds

Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen, soll beim Bundesversicherungsamt ein sog. Strukturfonds eingerichtet werden (vgl. §§ 12 ff. KHG-E). Aus ihm sollen Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen gefördert werden, wie beispielsweise die Schließung von Krankenhäusern, die Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben (z. B. Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder Pflegeabteilungen) und die Umwandlung überzähliger Kapazitäten in Gesundheits- und Pflegezentren. 500 Mio. Euro soll der Strukturfonds aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten. Voraussetzung für eine Förderung aus dem Strukturfonds ist unter anderem, dass sich das jeweilige Bundesland mit mindestens 50 Prozent der förderfähigen Kosten beteiligt.

Angesichts der vorhandenen Überkapazitäten in der Krankenhausversorgung sind Bemühungen zur Umstrukturierung aus Sicht des SoVD grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings darf der aus Mitteln der GKV finanzierte Strukturfonds nicht zur Schließung der von den Bundesländern zu verantwortenden Investitionskostenlücke zweckentfremdet werden. Des Weiteren kritisiert der SoVD, dass die Private Krankenversicherung nicht verbindlich an der Finanzierung des Strukturfonds beteiligt wird, obgleich auch ihre Versicherten von der mit den Fondsmitteln finanzierten Umstrukturierung profitieren. Schließlich hält der SoVD auch die Selbstverpflichtung der Bundesländer im Rahmen der am 5. Dezember 2014 verabschiedeten Eckpunkte zur Krankenhausreform für unzureichend, die durchschnittliche Investitionskostenfinanzierung der Jahre 2012 bis 2014 in den Jahren 2016 bis 2018 beizubehalten. Schon heute müssen die Krankenhäuser zur Finanzierung notwendiger Investitionen Mittel aus dem Etat für Betriebskosten zweckentfremden, die dann für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht zur Verfügung stehen. Der SoVD fordert die Bundesländer daher mit Nachdruck auf, ihrer Verantwortung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und die Investitionskostenförderung im notwendigen Umfang zu leisten. Hierzu könnte die Festlegung einer verbindlichen Investitionskostenquote für die Bundesländer beitragen.

2.2 Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Im Antrag der Fraktion DIE LINKE. wird zunächst festgestellt, dass in den Krankenhäusern immer weniger Pflegekräfte immer mehr Patientinnen und Patienten versorgen müssen. Durch die Arbeitsverdichtung und massiven Pflegemangel entstünden eine Überbelastung der Pflegekräfte und eine pflegerische Unterversorgung der Patientinnen und Patienten. Als Ursache für diese Fehlentwicklung machen die Antragstellerinnen und Antragsteller unter anderem aus, dass der tatsächliche Pflegeaufwand in den Fallpauschalen nicht abgebildet wird. Die bisherigen Strategien zur

Verbesserung der Personalsituation in der Krankenpflege hätten nicht die nötigen Ergebnisse gebracht. Vor diesem Hintergrund fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller zunächst ein gesetzlich verankertes Verfahren für die Personalbedarfsermittlung. Als Soforthilfe solle die Pflegepersonalregelung für einen Übergangszeitraum von drei Jahren wiedereingeführt und zusammen mit der Psychiatrie-Personalverordnung für verbindlich erklärt werden. Des Weiteren fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller eine vollständige Refinanzierung der Kosten, die mit der Einführung einer verbindlichen Personalbemessung verbunden sind. Bereits bei der Krankenhausplanung und der Abrechnung müsste die Einhaltung der Personalbemessungsvorgaben sichergestellt werden.

Der SoVD teilt die Sorge der Antragstellerinnen und Antragsteller, dass der erhebliche Personalmangel in den Krankenhäusern die Qualität der dort geleisteten pflegerischen Versorgung beeinträchtigen kann. Wissenschaftlich fundierte und bundesweit einheitlich ausgestaltete Personalbemessungsinstrumente sind wichtige Bausteine für eine bessere Personalausstattung in den Krankenhäusern. Der SoVD unterstützt darüber hinaus die Forderung, die Ausbildungsqualität und die Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe deutlich zu verbessern. Alle diese Verbesserungen erfordern aber auch eine bessere finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser. Dies kann durch eine bessere Abbildung der pflegerischen Versorgung und der damit verbundenen Personalkosten im DRG-System erfolgen. Gleichzeitig aber müssen die Bundesländer ihrer Finanzverantwortung für die Investitionskosten im Krankenhausbereich nachkommen, damit die Krankenhäuser die Mittel aus dem Etat für laufende Betriebskosten nicht länger zweckentfremden müssen.

2.3 Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werden der erhebliche Personalabbau der letzten Jahre und die damit verbundene höhere Arbeitsbelastung der verbliebenen Pflegekräfte ebenfalls kritisiert. Des Weiteren wird ein erheblicher Investitionsstau festgestellt. Die Investitionsmittel, die die Bundesländer für die Krankenhäuser bereitstellen, seien seit Jahren nicht bedarfsgerecht, was vor allem für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft ein erhebliches Problem darstelle. Vor diesem Hintergrund fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller zunächst eine Reform der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser. Ferner müsse die Krankenhausplanung hin zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Dem Personalnotstand müsse kurzfristig begegnet und ein verbindliches Personalbemessungsverfahren im Pflegebereich der Krankenhäuser eingeführt werden. Schließlich fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller bessere Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten und Maßnahmen für eine bessere Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Auch der Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird begrüßt, soweit in ihm eine bessere Personalausstattung der Krankenhäuser und bessere Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten gefordert werden. Ebenso teilt der SoVD die Sorge der Antragstellerinnen und Antragsteller, was den Investitionsstau bei den Krankenhäusern angeht. Insoweit sieht der SoVD – wie bereits ausgeführt – eine vorrangige Verpflichtung der Bundesländer. Eine finanzielle Beteiligung des Bundes bei der Umstrukturierung der Krankenhausversorgung darf nicht dazu führen, dass die Bundesländer sich aus ihrer Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser zurückziehen. Auch der SoVD hält eine stärkere sektorübergreifende Versorgungsplanung für erforderlich, um die starke Trennung der Sektoren abzubauen.

3 **Schlussbemerkungen**

Der SoVD begrüßt Maßnahmen, die eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherstellen. Damit verbunden sind – wie der vorliegende Gesetzentwurf deutlich macht – Mehrausgaben, die angesichts der seit dem 1. Januar 2015 geltenden Finanzsystematik in der GKV zu steigenden kassenindividuellen Zusatzbeiträgen und damit zu einseitigen Mehrbelastungen der Versicherten führen. Der SoVD bekräftigt daher seine Forderung nach einer sofortigen Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung sowie Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, wie beispielsweise eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Berlin, 28. August 2015

DER BUNDESVORTAND
Abteilung Sozialpolitik