

Stellungnahme

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(48)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
07.09.2015

Finanzlasten gerecht verteilen und Qualitätsversorgung sichern

07.09.2015
Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Stellungnahme zu

- Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz -KHSG),
- BT-Drs. 18/5372 -
- Antrag der Fraktion DIE LINKE
Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern - Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln,
- BT-Drs. 18/5369 -
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen,
- BT-Drs. 18/5381 -

Knut Lambertin
Referatsleiter Gesundheitspolitik/KV

knut.lambertin@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-706
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 160 - 90772957

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin

www.dgb.de



Zusammenfassung

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften haben über 6,1 Millionen Mitglieder. Sie vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen auch in ihren Rollen als Krankenversicherte sowie als Patientinnen und Patienten. Vor diesem Hintergrund wird der vorliegende Gesetzentwurf und die weiteren Anträge bewertet.

Der DGB teilt das Ziel, eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicher zu stellen. Die Krankenhäuser bilden das Rückgrat der medizinischen Versorgung, insbesondere im Falle von Katastrophen.

Die Krankenhäuser sind unverzichtbarer Bestandteil der Daseinsvorsorge und damit der sozialen Infrastruktur unserer Republik. Die Haltung des Deutschen Gewerkschaftsbundes wird von folgenden Leitgedanken geprägt:

- Qualität der Versorgung: Konkretion notwendig

Qualitätssicherung wird vom DGB und den Mitgliedsgewerkschaften grundsätzlich als integraler Bestandteil der Leistungserbringung erachtet und umfasst alle im Gesetz genannten Leistungserbringer. DGB und Mitgliedsgewerkschaften wollen qualitativen Fortschritt in den Krankenhäusern. Die stationäre Behandlung nach SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) soll Vorbild sein.

- Bezahlbarkeit der Versorgung: gerechte Lastenverteilung geboten

Leistungen, die von der Krankenversicherung vergütet werden, müssen wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Gute Qualität in der stationären Versorgung muss die Norm sein. Die Bundesländer müssen ihrer Verantwortung für die Investitionskosten der Krankenhäuser wieder gerecht werden. Der Teilausstieg der Bundesländer aus ihrer Finanzierungsverantwortung verlagert die Investitionskosten auf die gesetzlichen Krankenversicherungen – damit vor allem auf die Versicherten –



und schadet der Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Mit der Behebung des Investitionsstaus durch die Bundesländer können unnötige Operationen aus wirtschaftlichem Interesse oder auch „Notverkäufe“ sanierungsbedürftiger Kliniken an renditeorientierte Investoren vermieden werden.

- Keine Steuerung durch Profitinteressen: Der gesellschaftliche Bedarf ist ausschlaggebend

Leider ist die angebotsorientierte Nachfrage in der stationären Versorgung dem Profitinteresse geschuldet. Die medizinische Notwendigkeit eines Eingriffs und eine qualitativ hochwertige Versorgung müssen die steuernden Prinzipien werden.

Aus dem Sicherstellungsauftrag der Länder erwächst somit eine doppelte Aufgabenstellung: Zum einen müssen die Bundesländer ihre Steuerungskompetenzen nutzen und die Krankenhausplanung bedarfsgerecht ausrichten, zum anderen müssen sie ihrer Finanzierungsverantwortung gerecht werden und die Investitionskosten tragen.

Bezahlbarkeit der Versorgung: gerechte Lastenverteilung geboten

Zusätzlich fordert der DGB eine angemessene Steuerfinanzierung der Kosten der Krankenhausinvestitionen durch die Bundesländer. Die Bundesländer sollen über ihre Haushalte sowohl kurzfristig die länderspezifischen Investitionslücken als auch mittelfristig den bisher entstandenen Investitionsstau bei der Krankenhausfinanzierung beseitigen. Damit kann der erwartete Druck auf die GKV-Beiträge abgemildert werden. Durch die frei werdenden Finanzmittel sollen notwendige Verbesserungen in der Qualität der stationären Versorgung finanziert werden.

Die finanziellen Auswirkungen der geplanten Reform betragen nach Berechnungen der Krankenkassen zusammen über 5,4 Milliarden Euro. Der Zusatzbeitrag allein für



die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer belastet weiterhin einseitig die Versicherten. Damit wird die anteilige Finanzierung der GKV in Zukunft weiter zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschoben. Da dies das einzige Ventil ist, über das Mehrbelastungen aufgefangen werden sollen, ist die Dynamik der Steigerung des Zusatzbeitrages absehbar. Angesichts der Unterfinanzierung der Mittel für die gesamtgesellschaftlichen Leistungen durch den Bund (steuerfinanzierter Bundeszuschuss) zugunsten der Ideologie der „Schwarzen Null“ führt die geplante Finanzierung zu einer weiteren Plünderung von Beitragsmitteln.

Geht man von einem jährlichen Investitionsbedarf von 10 Prozent des Krankenhausumsatzes aus, beläuft sich die seit 1991 kumulierte Investitionslücke auf 34 Milliarden Euro. Zieht man die aus Eigenmitteln getätigten Investitionen hiervon ab, betrug der sogenannte Investitionsstau immerhin 15 Milliarden Euro. Jährlich müssten die Häuser 5,4 Milliarden Euro aufbringen, so Experten.

Bisher werden getätigte Investitionen widergesetzlich auch aus den Betriebskosten finanziert, die die Krankenkassen tragen. Damit sind die abhängig Beschäftigten doppelt getroffen: Zum einen finanzieren sie ersatzweise „schleichend“ über ihre Beiträge die Investitionskosten der Krankenhäuser mit. Zum anderen sind sie als Patientinnen und Patienten die Leidtragenden für schlechte Qualität, die auch Ergebnis der jahrelangen Unterfinanzierung ist.

Für den Fall, dass die Bundesländer weiterhin den gesetzlichen Auftrag auskömmlicher Investitionskosten nicht erfüllen können, fordert der DGB eine Überführung der Krankenhausplanung inkl. Aufsicht an die soziale Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen. Diese soll solange erfolgen, bis die Bundesländer wieder in der Lage sind, ihrer gesetzlichen Finanzverantwortung gerecht zu werden. Finanzielle Verantwortung und Steuerung dürfen dann nicht weiter getrennt sein. Die soziale



Selbstverwaltung soll dann nach Beratung mit den Krankenhausträgern und den Bundesländern ihre Steuerungsverantwortung erfüllen.

Schlicht grotesk ist das Vorhaben, Beitragsmittel für die Schließung der Krankenhäuser zu nutzen, in dem ein weiterer Fonds mit 500 Millionen Euro aus Beitragsmitteln an die gesetzlichen Krankenkassen gebildet wird.

Im Übrigen fordert der DGB eine finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Finanzierung entsprechend ihrem Anteil an Mitgliedern bzw. prämienzahlenden Kundinnen und Kunden.

Keine Steuerung durch Profitinteressen: Der gesellschaftliche Bedarf ist ausschlaggebend

Mit der Behebung des Investitionsstaus können finanzielle Defizite der für die Versorgung notwendigen Kliniken verhindert werden. Gerade in diesem Bereich, der oftmals über Gesundheit und Leben entscheidet, liegt für den Deutschen Gewerkschaftsbund die Verantwortung der direkten staatlichen Ebenen für die öffentliche Daseinsvorsorge. In der öffentlichen Wirtschaft gibt es einen deutlichen Trend zur „Re-Kommunalisierung“. Dabei übernehmen die staatlichen Ebenen zunehmend Unternehmen der Daseinsvorsorge. Der Deutsche Gewerkschaftsbund will diesem Trend auch im Krankenhausbereich nicht entgegenstehen. Denn wir sehen die Notwendigkeit der überwiegenden Trägerschaft im öffentlich-rechtlichen Bereich, inkl. der Sozialversicherungsträger. Daher sollte den gesetzlichen Krankenkassen als dem Gemeinwohl verpflichteten Körperschaften öffentlichen Rechts wieder gesetzlich erlaubt werden, Einrichtungen der stationären Versorgung zu übernehmen und auszubauen.



Krankenhäuser müssen in angemessener Zeit erreicht werden können. Dabei wird gerne mit der Erreichbarkeit in Fahrzeiten vom Wohnort gerechnet. Wir plädieren dafür, im Falle der Notfallversorgung die Anfahrt des Rettungswagens und/oder -hubschraubers zu berücksichtigen. Insbesondere brauchen bedarfsnotwendige Häuser in ländlichen Gebieten die auskömmliche Finanzierung eines flächendeckenden Versorgungsangebots und keinen Zwang zur Spezialisierung. Gleichwohl bedarf es der Spezialisierung und Zentrenbildung für bestimmte Behandlungen, bei denen verlässliche Qualität wesentlich von der Anzahl abhängt (Mindestmengen).

Die Krankenhausplanung – unabhängig davon, ob sie künftig von Ländern oder sozialer Selbstverwaltung – durchgeführt wird, muss zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Diese Planung muss sich am tatsächlichen Bedarf orientieren.

Qualität der Versorgung: Konkretion notwendig

Der Krankenhaus-Report 2014 der AOK listet erschreckende Zahlen auf. Bei den rund 19 Millionen Behandlungen in deutschen Krankenhäusern unterlaufen etwa bei jeder hundertsten Fehler. Schuld daran sind zum Beispiel falsche Medikamentenvergabe, schadhafte Medizinprodukte und mangelnde Hygiene. Schlimm genug, dass dies alles vermeidbare Fehler sind. Schlimmer sind jedoch die Konsequenzen. Insgesamt geht das wissenschaftliche Institut der AOK von rund 190.000 Behandlungsfehlern im Jahr aus, von denen viele zu dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen führen können. Mehr noch: Der AOK zufolge sterben jährlich 19.000 Patienten aufgrund von Behandlungs- und Ärztefehlern. Zum Vergleich: Im Straßenverkehr starben im vergangenen Jahr nach ersten Schätzungen 3.290 Menschen.



Im Ergebnis ist subjektive Qualität für Patientinnen und Patienten erreicht, wenn durch die Behandlung das Leiden vermindert oder beendet, die Erkrankung geheilt und damit das Wohlbefinden gesteigert wurde. Im Behandlungsprozess erleben Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen Qualität, wenn die Behandlung für sie nachvollziehbar ist und menschlich zugewandt erfolgt – ohne Hast. Dafür müssen Strukturen geschaffen werden, die sowohl Fehlervermeidungssysteme sowie hohe medizinische Standards inkl. leitliniengerechte Therapien beinhalten. Hohe Anforderungen in der Hygiene müssen endlich umgesetzt werden, um die Infektions- und Todesraten in den Krankenhäusern zu senken. Das hierfür notwendige Personal muss quantitativ und qualitativ dem gesellschaftlichen Bedarf entsprechen.

Zur Qualitätssicherung müssen künftig Fallzahlen, Anteilswerte (z. B. Kaiserschnitt-rate) sowie die Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern und Eingriffen ausgewiesen werden. Zudem müssen Folgeerkrankungen, Behandlungsfehler und Wiedereinweisungen berücksichtigt werden. Bei komplexen Behandlungen sind zum Teil bereits Mindestfallzahlen vorgegeben, um eine gute Qualität zu sichern. Vorbild für die Erreichung einer neuen, der hohen Beitragsfinanzierung entsprechenden, verbesserten Qualität der stationären Versorgung könnte die Qualitätsstrategie im Schweizerischen Gesundheitswesen sein. Es ist vollkommen einsichtig, dass die Medizinischen Dienste der Krankenkassen als Einrichtungen der Leistungsträger und überwiegenden Financiers der Krankenhäuser die qualitativ ordnungsgemäße Verwendung der Beitragsmittel überprüfen.

Krankenhäuser, die diese Mindestvorgaben nicht erfüllen, sollten die Leistungen nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfen.

Schlechte Qualität geringer zu vergüten, ist nicht zielführend. Krankenkassen sollen durch schlechte Qualität der Leistungserbringung keine Vorteile gewinnen dürfen.



Prozesse in der stationären Versorgung müssen fortlaufend optimiert werden, ohne dass dafür Zeit für die Arbeit am Patienten gekürzt wird.

Der DGB und die Mitgliedsgewerkschaften fordern die generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, um dem Problem der drohenden Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten schnell und qualifiziert zu begegnen und Krankenhausleistungen in ein System integrierter Versorgung einzubinden. Damit können lange Wege und Wartezeiten für die Versicherten vermieden werden. Krankenhäuser sollen dafür zu regionalen Versorgungszentren umgewandelt werden, wo dies sinnvoll ist.

Ebenso sind Fehlsteuerungen im System der Fallpauschalen der Krankenhäuser zu beheben. Das Fallpauschalensystem muss künftig die Qualität der Leistungen widerspiegeln. Schlechte Leistung im Sinne vermeidbarer Behandlungsfehler bzw. eine steigende Mortalitätsrate bei bestimmten Krankheitsbildern dürfen nicht mehr vergütet werden. Zudem muss eine Bremse bezüglich angebotsinduzierter Nachfrage bei der Vergütung der Leistungen installiert werden. Dass Überversorgung weitgehend ignoriert wird, dürfen wir nicht hinnehmen. Krankenhäuser bzw. Stationen mit dauerhaften Qualitätsmängeln sind zu schließen. Die Krankenkassen müssen durch eine ausgebaute Fallbegleitung den Versicherten in der stationären Behandlung begleiten und dabei Probleme unverzüglich gegenüber dem Krankenhaus anzeigen.

Die Mittel, die in Zukunft für die ambulante Versorgung in Krankenhäusern aufgewendet werden, dürfen die Versicherten nicht zusätzlich belasten. Daher sind diese bei der Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einzusparen.



Qualitative Personalausstattung

Notwendig für eine hohe Qualität der Versorgung ist technisch und sozial kompetentes Personal mit genügend Ressourcen für belastende Situationen. Bei der Aus- und Fortbildung muss die Spezialisierung auf einer guten Grundqualifizierung aufsetzen. Sicherheit, Qualität und gute Arbeit dürfen nicht länger durch Anreize zum Personalabbau gefährdet werden. Erforderliches Personal ist im Rahmen einer gesetzlichen Personalbemessung vorzuhalten und zu finanzieren. Unbesetzte Stellen führen zu einem Abschlag. Es gibt deutliche Hinweise, dass die Qualität der stationären Versorgung durch eine Verknüpfung mit der ambulanten Versorgung gesteigert werden kann.

Das Pflegeförderprogramm ist kurzfristig angelegt und stellt noch keine Maßnahme für Qualität in der Pflege dar. Es ist allenfalls eine weit unzureichende Maßnahme im Vorfeld eines umfassenderen Lösungsvorschlags durch eine Expertenarbeitsgruppe. Die Expertenkommission muss unabhängig vom Gesetzgebungsverfahren so schnell wie möglich eingesetzt werden. Im Auftrag der Kommission sollten über das Eckpunktepapier hinaus, die Wirkungen auf andere Beschäftigtengruppen im Krankenhaus berücksichtigt werden. Ebenso muss der Auftrag Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftepotentials in den Pflegeberufen enthalten. Der Bericht – oder bei erweitertem Auftrag ein Zwischenbericht mit umsetzbaren Vorschlägen zu einem ersten Arbeitspaket – muss bis Ende 2016 vorliegen. Erste gesetzgeberische Maßnahmen müssen noch in dieser Wahlperiode vom Gesetzgeber umgesetzt werden.

Es fällt auf, dass es praktisch keine inländischen Studien zum Zusammenhang der Mortalität mit der Personalausstattung gibt. Ebenso fehlen weitgehend Studien



zum Zusammenhang der Qualität der Krankenversorgung mit der Personalausstattung (hierzu z. B. Stegmüller/Gress 2014).

Es sind nicht einmal ausreichende Zahlen zur Personalausstattung, dem Absinken der Fachkräftequote, der Ausstattung der Intensivstationen, der Nacht- und Wochenenddienste vorhanden (deskriptive Statistiken). Im Gesetz sollten Aufträge zur Behebung der Wissenslücke vorgesehen werden. Darüber hinaus sollte die Expertenkommission den Auftrag erhalten, Forschungen dazu in Auftrag zu geben. Denkbar wäre auch eine Konferenz zur Behebung der deutschen Wissenslücke unter Beteiligung von GKV, Gewerkschaften und Fachverbänden. Ziel: Identifizieren der wichtigsten Studienthemen (einmalige Studien) sowie Langzeit-Untersuchungen und Erweiterung der kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung.