



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

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

zum

## **Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung**

(Krankenhausstrukturgesetz -KHSG)

**zur Erörterung am 18. Mai 2015**

**Berlin, 18. Mai 2015**

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

## Vorbemerkung

Patientinnen und Patienten erwarten eine gute und sichere Krankenhausbehandlung, die sich an der Qualität orientiert. Doch viele Krankenhäuser haben inzwischen erhebliche Probleme, qualifizierten Nachwuchs für den ärztlichen wie den pflegerischen Bereich zu gewinnen und im Rahmen des DRG-Systems zu finanzieren. Stellen bleiben unbesetzt. Trotz starker Zunahme der Fallzahlen sank die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern kontinuierlich.

Alein im Pflegebereich der Universitätsklinik häufen sich derzeit 2,1 Millionen Überstunden an. Damit arbeiten die Pflegenden dort für 1.292 fehlende vollzeitarbeitenden Kolleginnen und Kollegen mit. In vielen anderen Kliniken stapeln sich Überlastungsanzeigen. Insgesamt fehlen 162.000 Beschäftigte in deutschen Krankenhäusern, um gute Arbeit zu leisten – allein rund 70.000 davon in der Pflege. 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 225 Krankenhäusern 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 Pflegekräfte zum Teil mit mehr als sechs Schwerkranken konfrontiert. Im Schnitt muss eine Pflegekraft 3,3 Patienten versorgen. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sieht dagegen ein Pflegekraft-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 Stichprobe gaben 28 Prozent der Befragten an, dass im Nachtdienst die Hände-Desinfektion vernachlässigt werde, weil der Arbeitsdruck hoch ist. Pflegenden 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.

Nach der Krankenhausreform 2009 gab es in der letzten Legislatur keine Ansätze zur Lösung der Probleme. 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 Referentenentwurf entwickelt.

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

Ein erster Schritt kann eine verbesserte finanzielle Ausstattung sein. 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 beim Personal ankommen.

Mittelfristig müssen zur Behebung der prekären Personalausstattung rund 8 Mrd. Euro aufgewendet werden. Rund die Hälfte davon ist durch die überfällige Anhebung der Investitionsquote der Länder auf 9 Prozent vom Umsatz. Diese Investitionen müssen die Länder finanzieren. Derzeit zahlen sie weniger als die Hälfte der erforderlichen Investitionen und zwingen so die Krankenhäuser, aus den Erlösen aus der Krankenversorgung Investitionsmittel abzuzweigen. 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. Doch die Investitionskosten der Länder für die Krankenhäuser sind auf 3,6 % gesunken. Ver.di fordert, die Krankenhausinvestitionen am Versorgungsbedarf der Bevölkerung auszurichten und auf den erforderlichen Umfang anzuheben. Dies bedeutet in den 16 Bundesländern eine Anhebung von insgesamt 4 Mrd. Euro.

## Lösungen

Mit dem Referentenentwurf wird keine Gesamtlösung der Probleme vorgenommen. Trotz des Gesamtziels der Qualitätsverbesserung werden eher viele Einzelschritte unternommen.

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. Diese bilden eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder. 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 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 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 krankenhausespezifische 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 und Rahmenbedingungen für Qualitätszu- oder -abschläge ergänzt werden. In einer zweiten Stufe ab 2017 erfolgt die Mengensteuerung auf der Krankensebene. 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 zugutekommen. Ende 2018 wird der Fonds überprüft.

Als begrüßenswerte Lösungsschritte sieht ver.di an, dass Qualität künftig auf der Struktur – Prozess – und Ergebnisebene eine Rolle spielen soll. Folgerichtig sind auch die Ausstattung an Sachmitteln und Personal sowie die Art des Ressourceneinsatzes, die schließlich die Ergebnisqualität bestimmen. Richtig ist: Viel Personal führt nicht automatisch zu guten Ergebnissen. Aber eine unzureichende Personalausstattung verhindert gute Ergebnisse und gefährdet immer häufiger die Sicherheit der Kranken. Insofern sind die konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung enttäuschend. Mit dem Pflegestellenförderprogramm kann selbst bei vollständiger Ausschöpfung nur etwa ein Zehntel des erforderlichen Personalbedarfs für diese Berufsgruppe geschaffen werden. Insgesamt erhalten durch das Gesetz bis 2020 die Krankenhäuser 5,4 Mrd. Euro mehr. Dieses Geld muss auch zur Verbesserung von Strukturqualität ge-

nutzt werden. Üblicherweise werden 2/3 der Betriebskosten für Personal ausgegeben. Es muss gewährleistet sein, dass die Krankenhäuser diese Gelder für die Beschäftigung von mehr Personal nutzen.

Zudem muss schnellstmöglich - noch im Frühjahr 2015 - die Expertenkommission beim Bundesministerium für Gesundheit zur Abbildung und Finanzierung des Personalbedarfs, eingerichtet werden. Dies kann unabhängig vom Gesetz geschehen. Um nicht weitere Sicherheitslücken in der Personalausstattung entstehen zu lassen ist darauf hinzuwirken, dass der Bericht noch in dieser Legislaturperiode vorgelegt wird. Der Bericht und die Lösungsvorschläge müssen sich auch auf weitere Berufsgruppen im Krankenhaus erstrecken, damit nicht durch Verschiebung von Aufgaben und Personalausstattung in anderen Tätigkeitsbereichen Kompensationen erfolgen.

Eine Schließungsprämie für Krankenhäuser, die aus Versichertengeldern gespeist wird, lehnt ver.di ab. Der Innovationsfonds muss vollständig zur Verbesserung der Versorgung genutzt werden.

## 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. Um eine bedarfsgerechte Vergütung sicherzustellen, wird eine vollständige Finanzierung des vom Statistischen Bundesamt errechneten Orientierungswertes (Krankenhaus-Warenkorb) gebraucht. 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. Dies ist aufgrund des Anstiegs von Behandlungsfällen und der Fallschwere erfolgt – weitgehend ohne entsprechenden Personalausgleich.

Derzeit ist feststellbar, dass immer wieder die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zur Finanzierung staatlicher Versäumnisse herangezogen werden.

ver.di weist darauf hin, 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.

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“, eher einen Hemmschuh für die Zukunftsentwicklungen des Gesundheitswesens und damit auch der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung darstellt.

Daher appelliert ver.di nochmals eindringlich schnellstmöglichen 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. 1. 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. 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 der medizinischen 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. 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. die Schließung von Krankenhäusern oder die Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen finanziert werden. Überzählige Kapazitäten können weiterhin in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen (Gesundheits- und Pflegezentren) umgewidmet werden. Aus dem Fonds können neben dem Abbau bzw. der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch strukturverbessernde Investitionsmaß-

nahmen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben.

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.

Vielmehr hält es ver.di für erforderlich bedarfsgerechte Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung auch durch starke leistungsfähige öffentliche Krankenhausverbände zu erreichen. Daher 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-Kleinstateerei 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 zu gute kommen.

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.

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 Selbstverwaltung dieser Aufgabe bislang nicht nachgekommen ist, 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.

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 Referentenentwurf 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. Auch ist 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.

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.

Das Pflegestellen-Förderprogramm folgt im Wesentlichen einer Vorgängerregelung aus dem Jahr 2009. Damals standen 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 von insgesamt 15.300 Vollkräften 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 eine Grundlage für die Personalausstattung dringend erforderlich. ver.di sieht die Initiative für diese Aufgabe beim Bundesministerium für Gesundheit.

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

ver.di hatte daher vorgeschlagen, Übergangsweise die mangels besserer Instrumente noch heute in den Krankenhäusern zur Kalkulation der Entgelte breit ge-

nutzte 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 Referentenentwurf 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.

Unterschiede gibt es bei der Förderhöhe. Sie liegt im Pflegestellen - Förderprogramm bei 0,15 % des Vorjahresbudgets. Gefördert wird ausschließlich die Pflege am Bett. Funktionsbereiche, einschl. Intensivstationen fallen nicht unter die Förderung. Zudem verbleibt der geförderte Betrag auch nach Abschluss dauerhaft beim Krankenhaus.

Die Wirkung des Programms ist aufgrund der homöopathischen Förderhöhe insgesamt zu gering. 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.

Aber auch diese geringe Budgeterhöhung wird nur die Krankenhäuser erreichen, die tatsächlich zusätzliches Personal einstellen wollen. Die Krankenhäuser entscheiden auf Leitungsebene, ob sie das Programm in Anspruch nehmen wollen. Die Arbeitnehmervertretung hat insofern nur die Möglichkeit bei der Unterzeichnung der schriftlichen Vereinbarung mitzuwirken. Dies hat bereits bei der Vorläuferregelung dazu geführt, dass auf Grundlage einer Mustervereinbarung der DKG keine Transparenz ermöglicht wurde, in welchen Abteilungen oder Bereichen die zusätzlichen Stellen geschaffen wurden. Es ist zu vermuten, dass auch im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms eine ähnliche Mustervereinbarung zum Einsatz kommt.

ver.di fordert bei Anwendung des Programms die Gegenzeichnung der Arbeitnehmervertretung unter den Bericht des Jahresabschlussprüfers, der bestätigt, dass ausschließlich Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gefördert wird und insgesamt die zweckentsprechenden Mittelverwendung im jeweiligen Förderjahr erfolgt ist.

Anders als die PPR, die bei einer Finanzierung des gesamten Pflegebedarfs ansetzt und insgesamt die finanziellen Aufwendungen für das Pflegepersonal im darstellt, kann ein Pflegeförderprogramm nur dann seine Wirkung entfalten, wenn die Einrichtungen die es nutzen, ihre pflegerische Qualität verbessern und dadurch eine sichere Patientenversorgung in höherem Maße gewährleisten. Daher müssen diese Programme regelmäßig dort ansetzen, wo ein solcher Optimierungsbedarf besteht. Es ist bereits bei Verwendung eines solchen Programms angelegt, dass vor allem Einrichtungen mit schlechterer Qualität die Möglichkeit haben diese zu verbessern. Einrichtungen, die im Vergleich dazu einen höheren Personalstand vorhalten, profitieren von einem Förderprogramm weniger.

Wenn es also darum geht, die pflegerische Versorgungssituation zu verbessern, wie es in der Begründung des Entwurfs heißt, muss dies auch konsequent geschehen. Daher müssen die Mittel eines Pflegestellenförderprogramms zielgenau und dauerhaft zur Schaffung von zusätzlichen Pflegestellen im Pflegedienst im Sinne der Krankenhausbuchführungsverordnung verwendet werden. Eine gesetzliche Definition der Begrifflichkeit „Pflege am Bett“ durch den Gesetzgeber ist erforderlich.

Wenn sich die Situation in der Pflege verbessern soll, dürfen Pflegepersonalstellen, die durch Leistungsmengensteigerungen finanziert werden, nicht bei dem Pflegestellenförderprogramm berücksichtigt werden. Durch einen objektiven Kennzahlenvergleich muss die Verbesserung in der Pflegesituation nachgewiesen werden (bspw. Vollkräfte pro Casemix). Dadurch werden die geringen Mittel gezielt zur Arbeitsentlastung genutzt.

Eine nachhaltig wirksame und zielgenaue Verteilung der begrenzten Fördermittel muss sichergestellt werden. Aus diesem Grund ist eine kennzahlenbasierte Verteilung ein konstitutives Element der Förderung. Dabei sind folgende Aspekte zwingend zu beachten:

- Rückzahlungsverpflichtung bei nicht nachgewiesener Mittelverwendung
- Personalstand des alten Sonderprogramms muss eine Rolle spielen
- Kontrolle der Mittelverwendung an die Budgetverhandlung knüpfen

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

Für Funktionsbereiche, OP und Intensiv sind gesonderte Regelungen erforderlich, die nicht aus dem Pflegestellenförderprogramm 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.

Unabhängig vom Gesetzgebungsverfahren ist die Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung beim BMG schnellstmöglich noch in diesem Frühjahr einzusetzen, um idealerweise noch in der laufenden Legislatur ihr Prüfergebnis vorzulegen und Vorschläge zu unterbreiten. 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 krankenhausspezifisch zu vereinbarende Höhe nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung der Leistungseinheiten bzw. Abteilungen, die zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung erforderlich sind, und nicht nach dem Gesamtdefizit des Krankenhauses. Der Sicherstellungszuschlag ist jährlich neu zu vereinbaren.

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 Krankensebene 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 2017 Vereinbarungen getroffen.

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 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.

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 4

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### zu Nr. 9. 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 bis zum 31. Dezember 2020 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. Dezember 2016 bundeseinheitlich für die Vertragsparteien verbindliche Vorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge.

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 die befristeten Qualitätsverträge darstellen. Mit diesen sollte allerdings eine sektorenübergreifende Verbesserung der Patientenversorgung 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 bis 2020 ist sachgerecht. Ebenso gilt dies für die vorgesehene Evaluation.

#### zu Nr. 14. 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. 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. amtliche Begründung zu Art. 1 Nr. 56 - § 137 b SGB V: „Berufsorganisationen der Krankenpflege können durch den Bundespflegerat und die Gewerkschaften vertreten werden.“) nicht ausreichend war.

### 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.

Der Qualitätsbericht wird damit künftig aussagekräftiger gestaltet. Positiv herauszuheben ist, 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.

### 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.

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. Entscheidend wird dann sein, 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.

Hervorzuheben ist, dass zum Zwecke der weiteren Qualitätsentwicklung sektoren- und berufsgruppenübergreifende Konzepte genannt werden, die an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtet sind.