

G-10

Titel Der Pflegenotstand ist nur ein Teil des Problems – let's dig deeper!

AntragstellerInnen Saarpfalz

Zur Weiterleitung an

angenommen

mit Änderungen angenommen

abgelehnt

Der Pflegenotstand ist nur ein Teil des Problems – let's dig deeper!

- 1 Analyse:
- 2 Das Pflegeproblem
- 3 Weitgehend bekannt: der Pflegenotstand. Seit Jahren setzen sich Jusos und SPD damit auseinander und ge-
- 4 loben Besserung. Bisher verstärkt sich das Problem stetig und ein gesetzlich festgelegter Mindestpersonal-
- 5 schlüssel ist in absehbarer Zeit immer noch nicht zu erwarten. Durch den dauernden Personalabbau steigt
- 6 die Arbeitsdichte der Pflegenden, die Belastung stieg von 1995 bis 2016 um 32%. 90 Prozent der Pflegekräfte
- 7 geben 2015 an, in den letzten 7 Tagen keine ausreichenden Kapazitäten gehabt zu haben, um Demenzkranke
- 8 adäquat zu überwachen. Die andauernde Arbeitsverdichtung in der Pflege birgt logischerweise einige Sicher-
- 9 heitsrisiken – sowohl für die Pflegenden als auch die Patient*innen: Hygienevorschriften können aufgrund
- 10 von Hetze und Zeitnot nicht mehr eingehalten und die generelle pflegerische Versorgung kann durch eben-
- 11 diese Not auch nicht gewährleistet werden. Alleine eine Patient*in mehr pro Pflegekraft erhöht die Chance der
- 12 Patient*innen, in den nächsten 30 Tagen nach Aufnahme ins Krankenhaus zu versterben, um 7 Prozent. Wir
- 13 haben den Pflegenotstand zwar nie unterschätzt, diese Zahlen untermauern aber die Bedeutung einer Not-
- 14 lage, welche im aktuellen Vergütungssystem der stationären Versorgung in Deutschland ihre Abstammung
- 15 hat.
- 16 Die Fallpauschalen und das DRG-System
- 17 Seit der Einführung des neuen Vergütungssystems von Krankenhäusern gilt: „gleiche Erkrankung, gleiches
- 18 Geld“, unabhängig von den Umständen der entsprechenden Krankheiten. Hierfür gibt es mittlerweile über
- 19 1200 pauschalisierte Krankheitsgruppen, sogenannte Diagnosis Related Groups (DRGs), anhand derer die
- 20 Krankhäuser vergütet werden. Es erfolgt keine Vergütung mehr nach Behandlungstagen, sondern nach Fäl-
- 21 len. Das sind die sog. „Fallpauschalen“.
- 22 Die DRGs setzen sich hauptsächlich zusammen aus der Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und den durchge-
- 23 führten Prozeduren, das sind OPs, aber auch nicht-operative Prozeduren, wie z.B. Röntgen. Eher marginal sind
- 24 bei Geburten das Geburtsgewicht, der Aufnahmegrund, die Beatmungstunden in der Intensivmedizin und die
- 25 Verweildauer im Krankenhaus. Zur Verweildauer gibt es sogenannte Verweildauergrenzen. Bei entsprechen-
- 26 der Unter- oder Überschreitung werden Ab- oder Zuschläge vergütet. Die Zuschläge für eine Überschreitung
- 27 der Verweildauergrenzen kommen aber nicht im Ansatz an die damalige Vergütung nach Behandlungstagen
- 28 ran und haben sich auch nicht als ökonomisch sinnvoll erwiesen.
- 29 Hier ist der Kern des Pflegenotstandes schon in der grundlegenden Ausrichtung des DRG-Systems begründet.
- 30 Pflege kostet nur und bringt kein Geld ein, deshalb vermeiden Krankenhäuser auch Pflegekosten.
- 31 Das Ziel der Einführung des Systems war primär, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu erhöhen und
- 32 die Liegezeiten der Patient*innen zu verringern. Die Wirtschaftlichkeit resultierte dann doch in einer Ökono-
- 33 misierung des gesamten stationären Sektors. Wirtschaftlichkeit bedeutet, mit den vorhandenen Gütern und den

34 angebotenen Dienstleistungen umgehen zu können und diese so sinnhaft wie möglich zu nutzen, eine Öko-
35 nomisierung berücksichtigt betriebswirtschaftliche Parameter, was an sich in der Medizin grotesk ist.

36 Wieso steht plötzlich Geld vor dem Patient*innenwohl?

37 Mitverantwortlich für diese Entwicklung ist vor allem der sogenannte „Krankenhausplan“, der eine einfache
38 Zweiteilung der Krankenhauskosten besagt. Die laufenden Kosten der Krankenhäuser für Behandlung, etc.
39 tragen die Krankenkassen, die Kosten für nötige Investitionen tragen die Länder, die ihrer Aufgabe als Finan-
40 zierer nicht im Ansatz gerecht werden. Von 2000 bis 2014 sind die Investitionsmittel der Länder von 3,4 Mrd.
41 auf 2,8 Mrd. Euro geschrumpft, ein Minus von 18 Prozent. Jährlich sind aber mindestens 6 Mrd. Euro für Inves-
42 titionen nötig. 2009 wurden die Gesamtinvestitionsgelder nur noch zu 46% von den Ländern gestellt.

43 Als Reaktion auf diese Entwicklung refinanzieren sich die Krankenhäuser gesetzwidrig durch die Mittel der
44 Krankenkassen, um ihre Investitionen tätigen zu können. Diese Kostendeckung über den laufenden Betrieb
45 erzeugt einen enormen Gewinndruck, der auch zu ökonomischem Denken bei Ärzt*innen führt. Es werden
46 mehr lukrative Prozeduren und OPs gemacht, die allesamt auch einen sehr niedrigen Aufwand erfordern, um
47 so viele Gewinne wie möglich zu erzielen. 2009 wurden weitere 46% der Investitionsmittel von Eigenmittel
48 der Krankenhäuser und Kredite bezahlt. 46 Prozent, die eigentlich für die Patient*innenversorgung oder dem
49 Personal dient. Umgerechnet sind das 53.000 Stellen.

50 In der Debatte um die Finanzierung der Investitionen wird oft eine schon vorhandene monistische Finanzia-
51 rung vorgeschlagen. So würden die Investitionskosten mit den Kosten des laufenden Betriebes von den Kran-
52 kenversicherungen gebündelt mitgetragen werden. Dies wirft aber weitere Fragen auf. Woher kommt das
53 Geld? Noch höhere Beiträge? Die Mehrbelastung der GKV muss ja von jemandem getragen werden. Auch wür-
54 de die monistische Finanzierung durch die Kassen die Macht über Bedarfsplanung etc. den Kassen überlassen,
55 die an sich mittlerweile nur noch wirtschaftlich orientiert sind. Der Staat sollte hier keine Kompetenzen mehr
56 abgeben, die Monistik ist hier nicht das richtige Mittel. Krankenhäuser gehören zur öffentlichen Daseinsvor-
57 sorge und sollen auch in öffentlicher Hand bleiben. Eine Verdopplung der staatlichen Investitionsmittel würde
58 das Problem lösen. Nun aber zu glauben, dass es das generelle Problem des Gewinndrucks auflösen würde,
59 wäre falsch. Schon ab 1985 hatten Krankenhäuser die Möglichkeit, Gewinne und Verluste zu verzeichnen, was
60 sich auch schon auf die Versorgung ausgewirkt hat. Für eine komplette Bereinigung des Problems muss man
61 die Ökonomisierung in Gänze stoppen.

62 Die Folgen

63 Getreu dem Motto „Der Markt regelt sich selbst“ werden weniger lukrative Bereiche ab- (Gynäkologie, Päd-
64 iatrie, Geburtshilfe) und lukrative (Bewegungsapparat, Kardiologie) ausgebaut. Es wird versucht, so wenige
65 Kosten wie möglich pro Fall zu erzeugen und Fälle, die Verluste bedeuten, zu vermeiden. Es werden mehr Pro-
66 zeduren am Patienten durchgeführt, um mehr Vergütung zu erhalten. Eine generelle Überbehandlung und die
67 Diskriminierung von unwirtschaftlichen Patient*innen sind keine Ausnahmen mehr.

68 Auch bedeuten die o.g. Nebendiagnosen weniger Geld als ein neuer Fall. Deshalb werden Kranke oft entlas-
69 sen und mit einem zeitlichen Abstand erneut aufgenommen, damit die eigentliche Nebendiagnose dann als
70 Hauptdiagnose abgerechnet werden kann, was den Kliniken mehr Geld bringt.

71 Zwischen 1991 und 2016 mussten 460 Krankenhäuser schließen, über 166.000 Betten wurden damit abge-
72 baut. Daraus ergibt sich auch die Mehrbelastung für die Pflegenden, da Betten in Deutschland stetig abgebaut
73 werden, die Patientenzahlen sich aber seit 1995 bis 2016 um 22% gesteigert haben. Das ist auch nur mög-
74 lich durch die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer um 40%, die an sich wieder auch sehr fraglich
75 ist.

76 Hinzu kommen sogenannte Zielvereinbarungen und Leistungsvergütungen von Chef- oder anderen leitenden
77 Ärzt*innen v.a. in privaten Kliniken. Dies treibt die Ökonomisierung auch im Mindset der Ärzt*innen an, die
78 mittlerweile auch von der Bundesärztekammer als „unethisch“ gezeißelt wurde.

79 Auch die Fallzahlen schossen seit 2006 in die Höhe und auch die Fallschwere wurde immer stärker mit den
80 Jahren. Nebendiagnosen erhöhen die Fallschwere ebenfalls. Von 2005-2013 ist die Zahl der Nebendiagnosen
81 von 33 Mio. auf 100 Mio. Somit ist der Erlös pro Fall bis 2013 bei den privaten Kliniken um 15% gestiegen,
82 bei den öffentlichen Krankenhäusern nur 5% und bei den freigemeinnützigen nur 3%. Operative Maßnahmen
83 stiegen von 2005 bis 2014 um 33% an, nicht-operative sogar um 44%.

84 Konkrete Folgen in der medizinischen Versorgung

85 Deutschland hat ein Übermaß stationärer Patient*innen, das auch weiterhin ansteigt. Der OECD-Schnitt liegt
86 bei knapp 150 Personen pro 1000 Einwohner*innen, in Deutschland wurden 2010 knapp 240 stationäre Be-
87 handlungsfälle in derselben Relation verzeichnet. Mehr Fälle gleich mehr Geld.

88 Für Ärzt*innen hat das System natürlich auch spürbare Folgen. Die Einnahmen sind jetzt ein nicht zu vernach-
89 lässigender Gesichtspunkt. Wie o.g. werden (nicht) lukrative Teilbereiche der Medizin ab- bzw. ausgebaut. So
90 ist die Zunahme der Behandlungsfälle zwischen 2006 und 2010 um 26% Erkrankungen des Bewegungsappara-
91 tes geschuldet, 18% der Zunahme allein durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese beiden Disziplinen gelten
92 mit als die lukrativsten.

93 Deshalb gab es zwischen 2005 und 2010 einen Anstieg um 118% bei Wirbelsäulen-OPs, bei Versteifungsope-
94 rationen sogar um 202%. In der Kardiologie wurde die Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) als
95 Alternative einer anderen Therapie, die weiterhin eigentlich als Standard gilt, auf den Weg gebracht. Die TAVI
96 dient hauptsächlich Hochrisikopatienten, für alle anderen Patient*innen weist die TAVI eine höhere Sterblich-
97 keit auf. Wo 2007 nur 1,3% der entsprechenden Fälle mit der TAVI behandelt wurden, waren es 2010 schon
98 57%. Der Grund: Die TAVI bringt knapp doppelt so viel Geld ein als die Standardtherapie.

99 Auch in einer Befragung geben kardiologische Chefärzt*innen zu 25% an, dass es eine „ökonomisch motivierte
100 Überversorgung“ gebe, bei den orthopädischen sind es 20%. Die Zahl der Krankenhausleistungen ist in allen
101 Teilbereichen der Medizin über dem OECD-Schnitt.

102 Das Krankenhausstrukturgesetz 2015:

103 Das vor kurzem erst auf den Weg gebrachte Gesetz hat die Schließung unwirtschaftlicher Krankenhäuser zum
104 Ziel: ein Strukturfonds zum „Abbau von Überkapazitäten und Konzentration von stationären Versorgungs-
105 angebot“ soll errichtet werden. Sprich: Bettenabbau. Sprich: bei steigender Patient*innenzahl noch kürzer
106 dauernden Verweildauern.

107 Ein weiterer Aspekt des KHSG sind qualitätsabhängige Zu- und Abschläge auf die DRGs, sogenanntes „Pay for
108 Performance (P4P)“-Prinzip. Auch wenn bisher keine positiven Auswirkungen auf die Qualität wissenschaftlich
109 erkannt wurden, negative sogar eher wahrscheinlicher sind, wird P4P weiterhin durchgeführt. Ein grundle-
110 gendes Problem von P4P ist die Qualitätsmessung an sich, da diese nicht sonderlich aussagekräftig ist. Die
111 Ergebnisqualität, die in erheblichem Maße zur abschließenden Beurteilung der Qualität herangezogen wird,
112 bezieht sich rein auf das Ergebnis und berücksichtigt keine Umstände, wie z.B. der Umgang mit den Kranken
113 oder der Frage, ob Komplikationen durch das Krankenhaus selbst oder die Vor- oder Nachbehandlung oder
114 die Kranken selbst herbeigeführt wurden.

115 Eine Studie aus den USA mit aussagekräftigen Messungen für Qualität kam zu dem Ergebnis, dass ausgerech-
116 net die qualitativeren Krankenhäuser, die Komplikationen überdurchschnittlich dokumentiert und Patient*in-
117 nen therapiert haben, an die sich sonst niemand traut, also keine Patient*innenselektion betrieben, Abschläge
118 erhielten. Hieraus ergibt sich also auch wieder der Anreiz, Daten zu schönen oder gar zu fälschen, um bloß
119 keine Einbußen in der Ergebnisqualität zu bekommen.

120 Als weitere Folge werden Krankenhäuser Kranke wohl, um noch mehr Zuschläge zu bekommen, stärker se-
121 lektieren. Im Idealfall werden dann irgendwann nur noch junge, gesunde Menschen behandelt. Schwere Fälle
122 werden heute schon gerne weiterverlegt in andere Krankenhäuser.

123 Private Kliniken

124 Vor 1985 war mit der vollständigen Selbstkostendeckung und dem dazugehörigen Gewinnverbot eine Errich-
125 tung von Krankenhäuser für gewinnorientierte Firmen gar nicht sinnvoll. Seit 1985 ist ein Krankenhaus in der
126 Lage, Gewinne und Verluste einzufahren.

127 Die Gewinne aus den DRGs sind bei privaten Kliniken bis 2013 um 105% gestiegen, bei den öffentlichen „nur“
128 um 19,6%. Während die öffentlichen Betten von 2002 bis 2013 ein Minus von 12% bei den Betten gemacht
129 haben und nur noch 48% aller Betten stellen, hat sich in derselben Zeit die Bettenzahl der privaten Kliniken
130 verdoppelt, die nun 18% aller Betten zur Verfügung stellen. Ähnlich verhält es sich mit der allgemeinen Zahl
131 an Krankenhäusern in öffentlicher und privater Trägerschaft. Minus 7% bei den öffentlichen und plus 11% bei
132 den privaten Kliniken.

- 133 Rhön erwirtschaftet jedes Jahr hohe Gewinne, die in Form von Dividenden an ihre Aktionär*innen ausgeschüt-
134 tet werden. Oft sind die Gelder an Privatkliniken auch Gelder der GKV, somit wird Geld der Beitragszahler*in-
135 nen an Aktionär*innen gezahlt, Umverteilung leider in die falsche Richtung.
- 136 Wieso funktionieren private Kliniken wirtschaftlich so gut?
- 137 Zum einen betreiben private Kliniken massive Selektion, um mehr Gewinne zu erzielen, was im Vergleich zu
138 den öffentlichen Krankenhäusern erfolgreich ist. Privatkliniken behandeln oft nur gesunde Menschen, bekom-
139 men aber das gleiche Geld wie öffentliche Träger, die auch Menschen mit langer Krankheitsgeschichte behan-
140 deln.
- 141 Zum anderen sparen sie einfach enorm an Personal. Privatkliniken haben im Schnitt 25% mehr Patienten pro
142 Pflegekraft als öffentliche. Auch wird sehr gerne Lohndumping betrieben, im Schnitt verdient eine Pflegekraft
143 bei den privaten im Jahr 4177€ weniger.
- 144 Für die Patient*innen auch gefährlich
- 145 Eine Studie aus den USA ergab, dass nach der Einführung von Marktmechanismen die 30-Tage-Sterblichkeit
146 nach der Entlassung bei Pneumonienpatient*innen um 35% stieg. Erneute Aufnahmen aufgrund eines Rückfalls
147 stiegen um 23%, Verlegungen in ein Pflegeheim stiegen um 42%. Kleiner Trostpreis für Ökonom*innen: die
148 Verweildauer sank.
- 149 Eine andere Studie bei Schenkelhalsfrakturen kam auf ähnliche Ergebnisse. Die Verweildauer sank nach der
150 Ökonomisierung auch hier, aber die Gehstrecke bei Entlassung sank von 27 auf 11 Meter, die Verlegungen in
151 ein Pflegeheim sogar von 38 auf 60 Prozent.
- 152 Krankenhäuser sind Institutionen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Eine Ökonomisierung an sich hat nichts
153 in diesem Sektor zu suchen, noch weniger aber Investor*innen, die Kapital aus der Versorgung kranker und
154 bedürftiger Menschen schlagen.
- 155 Die Selbstkostendeckung
- 156 Das Selbstkostendeckungsprinzip gab es eigentlich nur von 1972-1985 vollständig. Die duale Finanzierung war
157 auch Teil des Prinzips, jedoch wurden die Kosten retrospektiv von den Krankenkassen am Ende des Jahres
158 übernommen. Während des Jahres wurden die laufenden Kosten durch tägliche pauschale Pflegesätze pro Tag
159 und Patient*in gedeckt, am Ende des Jahres wurden die restlichen Kosten nach einer Offenlegung dieser von
160 den Kassen erstattet. Das war die sogenannte retrospektive Selbstkostendeckung auf der Basis der tatsächlich
161 entstandenen Kosten. Dieses Prinzip war mit dem Verbot von Gewinnen verknüpft. Hatte ein Krankenhaus
162 Überschüsse, wurden diese nächstes Jahr abgezogen, gab es Verluste, wurde nachfinanziert.
- 163 Damals wurde das Prinzip so heftig kritisiert, bis es schließlich abgeschafft wurde. Das allgemeine Argument
164 war, dass durch die Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze der Anreiz entstände, Patient*innen künstlich
165 länger stationär zu behandeln als nötig, um mehr Geld und Gewinne zu erwirtschaften. Ausgelassen wird aber
166 seit jeher, dass die Krankenkassen die Kosten erstatten mussten, die auch wirtschaftlich nachvollziehbar wa-
167 ren. Die transparente Offenlegung der Krankenhauskosten durch die Träger machte dies möglich. Wenn ein
168 Krankenhaus exorbitante Liegezeiten vorweisen würde, würden die Kassen die Beträge auch nicht rückerstat-
169 ten, da allein durch die tagesgleichen Pflegesätze zu viel erwirtschaftet wurde. Dazu kommt noch, dass sich die
170 durchschnittliche Verweildauer der Kranken seit 1956 stetig verkürzt. Wenn es einen Anreiz gegeben haben
171 soll, Patient*innen länger auf Station zu halten, dann war dieser nicht sonderlich groß.
- 172 Mit der Wiedereinführung des Selbstkostenprinzips mit dem Gewinnverbot würden die zahlreichen ökonomi-
173 schen Reize entfallen und eine Verschwendung der Gelder wäre aufgrund der Kontrolle und die Wirtschaftlich-
174 keitsprüfungen der Krankenkassen nicht möglich. Geldeinsparungen, z.B. durch Pflegepersonalabbau würde
175 wieder in die Kassen fließen, da nur das Geld ausbezahlt wird, das gebraucht wird.
- 176 Das Prinzip wurde damals massiv dämonisiert, war aber im Sinne eines Krankenhauses, das der öffentlichen
177 Daseinsvorsorge zu dienen hat.
- 178 Die grundlegende Theorie, dass der Markt Qualität in die medizinische stationäre Versorgung bringen wür-
179 de, hat sich als fataler Irrtum herausgestellt. Die fortschreitende Ökonomisierung der Krankenhäuser muss
180 gestoppt werden, noch bevor die komplette Macht über die Versorgung dem Markt gehört.

181 (Quellen: Krankenhaus statt Fabrik, Wikipedia, Ärzteblatt, bpb, Youtube: Pflege Kraft, reimbursement.institute,
182 AOK-Bundesverband)

183 Deshalb fordern die Jusos Saar:

184 · die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip

185 · die Wiederverstaatlichung privater Krankenhäuser als eigentlicher Teil der öffentlichen Daseinsvorsor-
186 ge

187 · eine Abkehr vom DRG-System und Pay-for-Performance

188 · gesetzlich festgelegter Personalschlüssel in der Pflege

189 · staatliche Investitionsmittel werden verdoppelt

190 · Schließungen von Krankenhäusern, die zur flächendeckenden Versorgung dienen, vermeiden

191 · generell keine Schließung von Krankenhäusern aus betriebswirtschaftlichen Gründen

192 · Falls es aufgrund einer strukturellen Schwäche oder aus wirklichen Qualitätsgründen zu Schließungen von
193 Krankenhäusern kommt, braucht es:

194 – mehr flächendeckende Standorte für die Notfallrettung

195 – mehr Notärzt*innen aufgrund längerer Fahrzeiten

196 – Primärversorgungszentren vor Ort zur Abklärung von Beschwerden mit Aufnahme und eventueller Über-
197 wachung. Bei Bedarf findet ein qualifizierter Transport in das nächste Krankenhaus statt. Diese Zentren
198 sollen sowohl eine ambulante als auch stationäre Versorgung umfassen und auch Mittel zur Diagnostik
199 bereitstellen, deren Ergebnisse von Fachärzt*innen aus dem nächsten Krankenhaus interpretiert werden und
200 z.B. per Telekommunikation de*r Patient*in erklärt werden.

201

202 **Begründung**

203 erfolgt über die Mundwege