

**Stellungnahme
der
Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft
-ver.di**

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

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

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

Der vorliegende Referentenentwurf beschäftigt sich vorrangig mit der Verlängerung der Anpassung der krankenhausesindividuellen Fallpreise an den landeseinheitlichen Fallpreis (Verlängerung der Konvergenzphase) und den Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Ausbildungsstätten.

1. Finanzierung der Ausbildung:

Der vorliegende Entwurf bedarf aber noch wesentlicher Veränderungen. ver.di plädiert insbesondere für:

- die rechtsverbindliche Regelung zur Erstattung der Ausbildungskosten,
- die Berücksichtigung der Variationsbreite bei den einzelnen Ausbildungsberufen,
- die Orientierung der Ausbildungsbudgets an den tatsächlichen Kosten und Qualitätsvorgaben bei deren Vereinbarung,
- den Erhalt regional notwendiger Ausbildungsstrukturen und
- verbindlichen Ausbildungsfonds

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

Im Einzelnen:

Artikel 1

zu §17 a KHG

(1) Die Erstattung der Kosten für die Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen ist rechtsverbindlich zu regeln. Der Terminus „pflege-satzfähig“ sagt nur, dass Ausbildungskosten in den Pflegesätzen berücksichtigt werden *können* während die ursprüngliche Formulierung „sind im Pflegesatz zu berücksichtigen“ dies verbindlich regelt.

In der Krankenpflegehilfe wird ab 1.01.2005 nicht mehr ausgebildet, daher kann die Anrechnung entfallen.

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

(3) Wegen der Unterschiedlichkeit der Bedingungen ist es sinnvoll, Ausbildungsbudgets krankenhausesindividuell, orientiert an den tatsächlichen Kosten festzulegen. Dies den Vertragsparteien zu überlassen, hat schon in der Vergangenheit nicht funktioniert. Maßstab sind die nachgewiesenen Kosten. Der neu eingeführte Terminus „wirtschaftliche Betriebsgröße“ ist nicht hinreichend definiert. Eine kleine Ausbildungsstätte kann ebenso wirtschaftlich arbeiten wie eine große unwirtschaftlich sein kann. Entscheidend für Wirtschaftlichkeit sind Qualitäts- und Ausstattungsmerkmale, die durch die Berufsgesetze nicht ausreichend vorgegeben werden. Die Länder verzichten weitgehend auf Vorgaben und überlassen dies den Krankenhausträgern, was zu sehr unterschiedlichen Größen und Strukturen führt und einer großen Variationsbreite führt.

Eine Vereinbarung der Ausbildungsbudgets ohne Qualitätsvorgaben hat schon in der Vergangenheit zu einem erheblichen Ausbildungsplatzabbau unabhängig vom gesellschaftlichen Bedarf an qualifizierten Pflegekräften geführt.

Landesweite Richtwerte sind nur in Verbindung mit rechtsverbindlichen Ausstattungs- und Qualitätsstandards sinnvoll. Dies wiederum kann nicht den Vertragsparteien überlassen werden, die beide an niedrigen Kosten interessiert sind und nicht das gesamtgesellschaftliche Interesse im Blick haben, eine ausreichende Zahl gut qualifizierter Fachkräfte in den Gesundheitsberufen für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Der Erhalt regional notwendiger Ausbildungsstrukturen wird durch diese Vorschrift nicht sicher gestellt. Kriterien der Zumutbarkeit von Ausbildungswegen zwischen Ausbildungsstätten und ausbildenden Krankenhäusern sind beispielsweise nicht erkennbar. An der Planung der Ausbildungskapazitäten sind die Bundesländer zu beteiligen.

(4) Eine Ausgliederung der Ausbildungsbudgets aus den Krankenhausbudgets ist sinnvoll, um zu verhindern, dass Finanzmittel, die für die Refinanzierung der Ausbildung bestimmt sind, nicht anderweitig verwendet werden. Da die bisherigen Ausbildungsbudgets oft nicht bekannt sind oder jahrelang nicht angepasst wurden, besteht die Gefahr, dass wesentlich zu niedrige Budgets ausgegliedert werden und die Ausbildung gefährdet wird.

(5) Die Krankenhäuser sind zur Meldung der Ausbildungskosten zu verpflichten. Die ersatzweise vorgesehene Arbeit mit Schätzwerten wird abgelehnt. Dies entbindet die Krankenhäuser von der Verpflichtung, ihre Ausbildungskosten offen zu legen.

(6) Die Regelung wonach Erlösabweichungen bei dem ausbildenden Krankenhaus verbleiben können, ist abzulehnen. Damit werden ökonomische Anreize gesetzt, die Ausbildungskosten unabhängig von Qualitätsgesichtspunkten zu senken. An der Zweckbindung ist fest zu halten.

(7) Die Regelung wird begrüßt.

(8) An der Bildung von Ausgleichsfonds ist verbindlich fest zu halten. Die vorgesehene Verordnungsermächtigung der Landesregierungen ist – wie die Erfahrungen mit dem Altenpflegegesetz gezeigt haben – nicht zielführend.

Darüber hinaus sehen wir noch folgenden Regelungsbedarf bei der Ausbildungsfinanzierung:

- Ausbildungsplätze an Krankenpflegesschulen, die schwerpunktmäßig Umschulungsmaßnahmen anbieten, müssen finanziell abgesichert werden. Die Schulen und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sollten über die Ausbildungsfonds finanziert werden, soweit die Finanzierung nicht über SGB III erfolgt. Diese Schulen haben angesichts des Ausbildungsplatzabbaus an regulären Schulen eine wachsende arbeitsmarktpolitische Bedeutung. Sie sind oft nicht in den Krankenhausbedarfsplänen der Länder enthalten und keinem Krankenhaus zugeordnet, da sie mit mehreren Krankenhäusern vertraglich verbunden sind.

- Finanzierung der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum in der Übergangsphase: Entgegen dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers, den Differenzbetrag zwischen AiP-Vergütung und Assistenzarztvergütung ab 1.10.2004 zu erstatten, sträuben sich Krankenkassen diese Kosten zu tragen und Krankenhausträger drohen den Betroffenen mit Entlassung oder allenfalls Weiterbeschäftigung zu AiP-Konditionen. Notwendig ist ein verbindlicher Rechtsanspruch auf Kostenerstattung für diesen überschaubaren Personenkreis in der Übergangsphase.
- Die Finanzierung der Vergütungen für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen während der durch das PsychThG vorgeschriebenen „praktischen Tätigkeit“ vor der Approbation ist weiterhin unregelt. Erforderlich ist eine Regelung im KHG bzw. der BPfIV gegebenenfalls unter Anrechnung auf die Stellenpläne der ausbildenden Krankenhäuser.

2. Konvergenzphase:

Trotz der seit langem bekannten Zeitläufe haben sich viele Krankenhäuser erst sehr spät und teilweise erst mit der Einführung zum 1. Januar 2004 mit der sachgerechten Anwendung der DRGs beschäftigt. Eine Verlängerung der Konvergenzphase wird daher aus praktischen Erwägungen für notwendig und sachgerecht erachtet.

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

3. Landesweiter Basisfallwert:

Die erstmalige Festsetzung eines landesweiten Basisfallwertes ab dem Jahr 2005 stellt insbesondere die Krankenhäuser der Maximalversorgung und die Schwerpunktkrankenhäuser vor eine erhebliche Probleme. Befürchtet wird eine Verzerrung der Finanzierung. So könnten Krankenhäuser, die innerhalb einer Fallgruppe und des jeweiligen Schweregrades tatsächliche Kosten im oberen Bereich haben, werden durch die zu erwartenden Abstriche in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten.

Ergänzend zu dieser Stellungnahme werden wir im Termin weitere Konkretisierungen und Anmerkungen vornehmen.