



ver.di Landesbezirk
Berlin-Brandenburg
Köpenicker Str.30
10179 Berlin

Telefon: 030/8866-6
Telefax: 030/8866-5924
Internet: www.fb3-berlin.verdi.de

Datum	2014-05-23
Ihre Zeichen	
Unsere Zeichen	kk
Durchwahl	030/8866-5258

**Stellungnahme des ver.di Fachbereichs 3 Berlin für die Anhörung zum Thema
„Situation der Pflegekräfte in den Berliner Krankenhäusern“ vor dem Ausschuss für
Gesundheit und Soziales des Berliner Abgeordnetenhauses am 26.05.2014**

Gliederung:

- Problem Investitionen
- Problem Fallpauschalensystem (DRG)
- Konsequenzen für die Beschäftigte und PatientInnen
- Forderungen und Perspektiven von ver.di
- Fragen an die Berliner Politik

Die Pflege in den Krankenhäusern in Berlin – wie auch bundesweit – steht durch zwei Entwicklungen massiv unter Druck:

1. Die Finanzierungs- und damit Steuerungsform der Krankenhäuser durch das Fallpauschalensystem DRG
2. Die Bundesländer werden ihrer gesetzlichen Pflicht zur Finanzierung der Investitionskosten nicht gerecht.

Die Misere im Einzelnen:

Problem Investitionen

Beginnen wir mit dem Investitionsstau und beginnen wir hier mit dem, was der Senat schon weiß:

„Die empirische Erhebung bei den Berliner Plankrankenhäusern über einen Zeitraum von 10 Jahren führt zu einem jährlichen Investitionsbedarf von 192,6 bis

Postbank Berlin
Konto 40 300 108
(BLZ 100 100 10)

SEB AG
Konto 1000 208 900
(BLZ 100 101 11)

Berliner Sparkasse
Konto 0 013 198 076
(BLZ 100 500 00)

Fahrverbindungen:
S-Bahn Ostbahnhof

Bus 140 von Ostbahnhof

255,5 Mio. €. (...)

Um die bisherige Versorgungsqualität auch in der Zukunft zu sichern und Substanzverlust und Verschleiß der zur medizinischen Versorgung der Berliner Bevölkerung notwendigen Infrastruktur zu vermeiden, ist (...) den Berliner Krankenhäusern ein angemessenes und auskömmliches Investitionsvolumen durch das Land Berlin bereitzustellen.“¹

Tatsächlich wurden im letzten Jahr lediglich 64 Mio. Euro und im Doppelhaushalt 2014/15 ca. 70 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung gestellt. Ablesen lässt sich aus den selbst erhobenen Daten ist ein beachtliches „weiter so“ durch die Berliner Politik.

ver.di geht im Übrigen bundesweit von einem angelaufenen Investitionsstau in den Krankenhäusern von über 50 Mrd. Euro aus; und auch bezogen auf Berlin müssen wir von einem aufgelaufenen Investitionsmitteldefizit von mehreren Milliarden ausgehen.

Was ist die Konsequenz?

- Die bauliche Substanz der Krankenhäuser erodiert. Notwendige Erneuerungsinvestitionen, die Arbeitsabläufe verbessern und die Patientensicherheit erhöhen, unterbleiben. Als Beispiel sei hier die Weiterentwicklung hygienischer Standards genannt – die entsprechend notwendigen Anpassungen finden nicht immer zeitnah und adäquat statt. Fehlende Notruf-Systeme direkt am Krankenbett machen auch jeden kleineren Vorfall auf Station, insbesondere in der Nacht, wenn nur eine Pflegekraft alleine auf Station ist, zu einem realen Notfall.
- Personalstellen werden zu Baustellen: Die Krankenhäuser sind häufig gezwungen, einen Teil der Mittel, die ihnen als Betriebskosten von den Krankenkassen zugewiesen werden Zweck zu entfremden. Personalkosten – insbesondere für die Beschäftigung von Pflegepersonal – wandern so in Investitionen, z. B. für Umbau-Maßnahmen oder die Anschaffung neuer Geräte.
- Der Trend zur Privatisierung im Kliniksektor ist ungebrochen. Finanzkräftige Konzerne bieten sich überall - auch in der Metropolregion Berlin-Brandenburg – als Rettungsanker und vermeintliche Lösungsstrategie für die Kommunalen Krankenhäuser, um den Investitionsstau aufzulösen, an. Die öffentliche Daseinsvorsorge wird damit vielerorts in die Hände von Gesundheitsspekulanten gelegt. Gut, dass Berlin dieser Verlockung zumindest noch nicht erlegen ist!

Problem Fallpauschalensystem (DRG)

Die Probleme beginnen bereits vor der Einführung der DRGs: im Jahr 1996 wird die Pflegepersonalregelung (PPR) zunächst suspendiert und 1997 wieder ganz abgeschafft. Begründung damals: Eine Regelung, die vorschreibt, wie viel Personal für die anfallende Arbeit vorgehalten werden muss, sei mit den neu eingeführten wettbewerblichen Elementen in den Vergütungssystemen für die stationäre Behandlung nicht vereinbar.²

¹ Berliner Krankenhausgesellschaft und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: „Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Berlin“, Berlin 2011

https://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/krankenhauswesen/dokumente/investitionsbedarf_krankenh_user_berlin_kurz_final18032011.pdf?start&ts=1301901089&file=investitionsbedarf_krankenh_user_berlin_kurz_final18032011.pdf

² Bundestag Drucksache 13/6087, 12.11.1996, S. 36 <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/060/1306087.pdf>

Mit der Abschaffung der PPR setzte dann ein massiver Stellenabbau in den Krankenhäusern ein, der sich mit der Einführung der DRGs fortsetzte und verschärfte. Zwischen 1996 und 2006 wurden im Pflegedienst ca. 50.000 Stellen abgebaut.³ Nach massiven Protesten, u. a. 2009 mit dem breiten Bündnis aus Verbänden, Gewerkschaften, der DKG sowie den Arbeitgebern („Deckel muss weg-Kampagne“), wurden Sonderprogramme aufgelegt für mehr Pflegestellen aufgelegt. In den Folgejahren kommt es zu einem Stellenwuchs von ca. 10.000 Stellen in der Pflege.⁴ Wie in dieser Zeit die Arbeit jedoch weiter zugenommen hat, dazu kommen wir noch in der Darstellung der Effekte der DRGs.

Die große Koalition erklärt in ihrem Koalitionsvertrag von 2013: *„Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig.“*

Das beeindruckende an diesem Teil des Koalitionsvertrags ist das völlige Ausbleiben einer Begründung, mit der man an einer Regelung fest hält, unter der sich ein manifester Pflegenotstand entwickelt hat.

Warum kann diese Einführung richtig gewesen sein?

- Weil sie dazu geführt hat, dass die pflegerische Versorgung gut und nach geltenden Qualitätsstandards passieren kann?
 - In einer Umfrage des DGB-Index-Gute Arbeit geben 60,7% der Pflegekräfte an, es sei häufig oder oft vorgekommen, dass sie verwirrten Patienten nicht ausreichend beobachten können.
 - 59,3 % geben an, dass die Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind „manchmal“ oder „oft“ nicht genug mobilisieren können. – Stichwort Dekubitus
 - 71 % der Pflegekräfte fühlen sich „stark“ oder „sehr stark“ belastet.⁵
- Weil die DRGs zu einer Kostendämpfung im Krankenhausbereich geführt haben?
 - In den 8 Jahren vor der Einführung der DRGs stiegen die Kosten für die Krankenhäuser insgesamt um 7,4 Mrd. Euro
 - In den 8 Jahren nach der Einführung der DRGs (bis 2012) stiegen die Kosten um satte 17,7 Mrd. Euro

Die Kostensteigerung hat sich mehr als verdoppelt.⁶

Ähnliches gilt für die durchschnittlichen Kosten der behandelten Fälle:

- In den 8 Jahren vor der Einführung der DRGs steigen die Kosten pro Fall um 378 Euro
- In den 8 Jahren danach um 570 Euro also um ein glattes Drittel schneller.

³ Simon, Michael: „Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung, Hans-Böckler Stiftung, 2008 http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-116-4-1.pdf

⁴ GKV-Spitzenverband: „Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011)“ Berlin, 2013

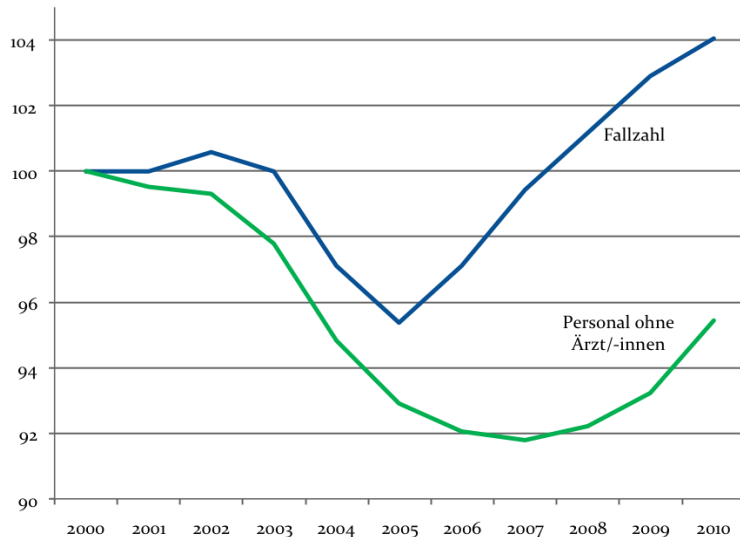
⁵ Roth, Ines: „Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten“ http://www.druck-muss-raus.de/sites/default/files/roth_2012_arbeitsbedingungen_i_krh_a_sicht_v_beschaeftigten.pdf

⁶ destatis: „Kostennachweis Krankenhäuser“, Wiesbaden 2013, S. 9

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser2120630127004.pdf?__blob=publicationFile

Taylorisierung und Rationierung der Pflege am Bett durch überlastetes Personal bei gleichzeitigem massivem Kostenwachstum - das ist erklärungsbedürftig.

Einen Erklärungsansatz bietet die Beantwortung der Frage, wie sich die Anzahl der Fälle seit der Einführung der DRGs entwickelt hat:



Fallzahl und Personal (ohne Ärzt/-innen) im Krankenhaus 2000 - 2010

Quelle: ver.di Bundesvorstand, Fachbereich 3

Punktgenau mit Einführung der DRGs sind die Fallzahlen in den Krankenhäusern förmlich explodiert. Während die Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle in den Jahren vor der Einführung der DRGs sogar rückläufig war, ohne dass dies als Unterversorgung wahrgenommen wurde, steigt sie nach der Einführung bis zum Jahr 2012 um über 2 Mio. Fälle an. Die Krankenkassen werfen deshalb ganz offen die Frage auf, ob es hier zu Behandlungen durch die Krankenhäuser kommt, die mehr ökonomisch als medizinisch zu begründen sind. In einer Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der LINKEN heißt es 2013, es „können für den Zeitraum von 2006 bis 2010 weniger als 40 Prozent der Zunahme der Fälle durch die demografische Entwicklung erklärt werden.“⁷

Mengendynamik wird das ganz unscheinbar genannt und damit ganz unumwunden zugegeben, dass die Logik eines Krankenhauses inzwischen der einer Fabrik entspricht: je mehr Fälle in kurzer Zeit so standardisiert wie möglich durch das Krankenhaus geschleust werden können, desto effizienter die Auslastung. Deshalb hat jedes Krankenhaus den Anreiz möglichst viele Fälle, die für das Haus lukrativ sind, zu akquirieren. „Wirtschaftlichkeit“ bedeutet jedoch auch, dass es sich für viele Krankenhäuser nicht mehr „lohnt“ bestimmte Bereiche zu betreiben. Vorhaltung für die Notversorgung im Katastrophenfall, oder einfach nur das Betreiben einer Kinderklinik, wird so zum wirtschaftlichen Risiko.

Zugleich haben die DRGs zu einem System der völligen Maß-Losigkeit geführt. Es scheint in vielen Häusern überhaupt kein System mehr zu geben, nach dem für

⁷ <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/145/1714555.pdf>

Stationen Stellenpläne erstellt werden – schlimmer noch: es gibt gar keine Stellenpläne mehr. Den Pflegerischen Leitungen werden lediglich Budgets zugeordnet, mit denen sie wirtschaften müssen. Wie viel Personal dann auf einzelnen Stationen eingesetzt wird, scheint dann mehr von der Durchsetzungsfähigkeit des Teams und der Stationsleitung abzuhängen, als von einem echten Stellenplan, der an Hand des Arbeitsaufwands auf der Station bemisst, wie viel und welches Personal auf Station eingesetzt werden muss. (Siehe hierzu auch die Stellungnahme von Dana Lützkendorf vor diesem Ausschuss)

Unseres Erachtens wird hier ein weiteres Problem des DRG-Systems sichtbar: Kalkulationshäuser, melden ihre Werte – also welche Kosten und welchen Aufwand die Behandlungsfälle verursachen - an das IneK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), das aus den gelieferten Daten der Krankenhäuser berechnet, wie viel ein Behandlungsfall kostet. Daraus wird dann ein Einzelfall bezogenes Benchmarking erstellt. Dies ist dann wiederum Grundlage für Krankenhausfinanzierung. Krankenhäuser die versuchen, ihre Budgets einzuhalten bzw. sogar zu verringern, schaffen das in der Regel nur über die Reduktion von Personalkosten. Diese Ist-Werte (nicht die ursprünglichen Plandaten!) fließen in die Kalkulation ein – und produzieren damit einen sog. Kellertreppeneffekt. Das System rechnet sich selbst immer ärmer!

Zusammengefasst: ver.di kommt zu der Einschätzung, dass eine ausschließlich marktförmig organisierte Steuerung der öffentlichen Daseinsvorsorge im Bereich der Krankenhäuser politisch grob fahrlässig und zunehmend unverantwortlich ist. Es erscheint unbedingt notwendig, dem DRG-System, das allein der Kostenkalkulation dient, andere ergänzende Säulen zuzuordnen. Deshalb fordert ver.di auch die Einführung eines bundesweit gültigen gesetzlichen Personalbemessungssystems das den realen Personalerfordernissen gerecht wird und den Krankenhäusern die Möglichkeit einräumt, insbesondere bezogen auf den Einsatz von Pflegepersonal realitätsnah zu planen und entsprechendes Personal zusetzen.

Konsequenzen für Beschäftigte und PatientInnen

Für die Beschäftigten in der Pflege heißt diese Entwicklung im Klartext: Immer weniger Pflegekräfte müssen immer mehr PatientInnen in immer kürzer Zeit versorgen. Aufnahme und Entlassung sind jedoch mit der arbeitsaufwändigste Teil im Pflegeverlauf eines durchschnittlichen Patienten. Dies bedeutet, dass wir heute mehr Pflegekräfte brauchen als in den 1990er Jahren. Im Rahmen des großen ver.di-Personalchecks im Jahr 2013 wurde ein Bedarf von zusätzlich ca. 70.000 Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern ermittelt. Für die Beschäftigten sind die Folgen die bereits oben beschriebenen Überlastungssymptome und ein permanentes Gefühl der Unzulänglichkeit in der Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen. Das macht krank.

Studien, u. a. aus den USA, zeigen, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Patientensterblichkeit und der Personalbesetzung auf Station gibt. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass bereits eine Verschlechterung des Pflegekraft-Patienten-Schlüssels von 1:4 auf 1:8 auf Normalstation zu einer höheren Sterblichkeit führt.⁸ Der deutsche Durchschnitt des Pflege-PatientInnen-Schlüssels

⁸ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA : the journal of the American Medical Association 288:1987-1993

liegt um 1:10. in der Charité haben wir z.T. ein Verhältnis von 1:12 und höher. Bei solchen Personalschlüsseln – und wir finden solche Betreuungsverhältnisse auch in vielen anderen Krankenhäusern in Berlin vor - werden medizinisch vermeidbare Todesfälle in Kauf genommen.

Zusammengefasst: Die DRGs haben zu einer dramatischen Verschlechterung der pflegerischen Versorgung und der Arbeitsbedingungen aller Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern geführt. Zugleich sind die Kosten für die Krankenhäuser schneller gestiegen als vor der Einführung der DRGs und es steht zumindest die Vermutung im Raum, dass ein Teil der Steigerung der Behandlungsfälle mehr ökonomisch motiviert ist, als medizinisch begründet.

Die Forderungen und Perspektiven von ver.di

Vor diesem Hintergrund stellt ver.di die Forderung nach mehr Personal im Krankenhaus und einer gesetzlichen Personalbemessung. Denn der Sündenfall war die Abschaffung der PPR - bei all ihren Mängeln. Wir brauchen dringend klare gesetzliche Regeln für alle Krankenhäuser bundesweit. Das Sparen bei den Personalkosten schadet sowohl den PatientInnen als auch den Beschäftigten. Jeder Tag ohne eine Regelung zur Personalbemessung und der Beibehaltung des jetzigen ökonomisch basierten Systems stellt eine Missachtung der Gesundheit sowohl der Pflegekräfte als auch der PatientInnen dar.

Weil in der Politik die „Mühlen noch viel zu langsam mahlen“, verhandelt ver.di mit der Charité über einen Tarifvertrag zur Personal-Mindestbesetzung im Krankenhaus. Die ver.di-Tarifkommission fordert bezogen auf die Normal-, Intensiv- und Funktionspflege die Einführung von Quoten, so genannten Pflegekraft-PatientInnen-Schlüssel. Ob diese Forderung durchgesetzt und auch umsetzbar werden kann, wird nicht nur von der Krankenhausleitung entschieden. Wichtig Stellschrauben finden sich in der Politik - genauer gesagt hier im Abgeordnetenhaus. Das Land Berlin hat es in der Hand über den Krankenhausplan und das Berliner Krankenhausgesetz Kriterien fest zu schreiben, die eine gute Pflegequalität durch ausreichend Personal von den Krankenhäusern einfordern.

Deshalb ist es gut, dass die SPD auf ihrem Landesparteitag in Unterstützung der Charité-Tarifverhandlungen beschlossen hat: „An der Charité muss wieder gute Arbeit, gute Pflege und eine gute Betreuung zur Regel werden. Dieses Ziel ist wichtiger als ein möglichst großer Gewinn zum Abschluss des Haushaltsjahres!“ Wenn das Abgeordnetenhaus sich dieser Aussage anschließt und die entsprechenden Signale an die EntscheidungsträgerInnen der Charité senden, wäre dies ein wichtiges Zeichen, dass sich die Politik ihrer Verantwortung für ein funktionierendes Gesundheitssystem und gute Arbeit im Krankenhaus bewusst ist.

Abschließend stellen wir an die Berliner Politik folgende konkrete Fragen:

- Welche Maßnahmen will sie der Ökonomisierung des Gesundheitswesens – im Krankenhaus manifestiert durch das DRG-System - entgegenzusetzen?

- In welcher Form sollen im Krankenhausplan Kriterien etabliert werden, die zu einer echten Verpflichtung führen, eine bessere Qualität durch bessere Personalausstattung zu sichern?
- Braucht es dafür auch Veränderungen im Berliner Krankenhausgesetz?
- Will man die Fehlanreize, die in den landeseigenen Unternehmen in Verträgen für Führungskräfte gesetzt werden, z.B. bezogen auf Leistungsausweitung und Budgeteinsparungen, abschaffen?
- Wie und wann will das Land Berlin endlich seinem Investitionsauftrag gerecht werden, damit „Pflegestellen nicht länger in Baustellen“ umgewandelt werden?

Für den Landesfachbereich 3 – Gesundheit und Soziales, Berlin-Brandenburg
Kalle Kunkel