



**KRANKEN**<sup>HAUS</sup>  
**STATT** **FABRIK**  
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

# Krankenhaus statt Fabrik – Was kommt nach den Fallpauschalen?

## Kongress

gegen die Ökonomisierung der  
Gesundheitsversorgung

19. bis 21. Oktober 2018  
im Gewerkschaftshaus in Stuttgart,  
Willi-Bleicher-Straße 20

veranstaltet vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

**Der Kongress wird unterstützt vom ver.di-Bezirk Stuttgart**



Bezirk Stuttgart

# Inhalt

<b>Programmübersicht</b>	<b>5</b>
<b>Beschreibungen der Workshops und Arbeitsgruppen</b>	
Freitag	7
Samstag	8
Sonntag	21
Film »Der marktgerechte Patient« (Samstag Abend)	20
<b>Material</b>	
Konkrete Schritte zur Überwindung der Fallpauschalen. Text des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik	25
Krankenhausfinanzierung – Beginn einer neuen Ära? Pflegepersonalstärkungsgesetz und Pflegepersonal- untergrenzenverordnung. Einschätzung von Thomas Böhm	28

Schon bei Einführung der Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen in Deutschland 2004 warnten viele Beschäftigte und Experten vor dramatischen Fehlentwicklungen durch ein solches DRG-System. Heute herrschen Personalnot, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Behandlungen und Dauer des Krankenhausaufenthaltes richten sich nicht allein nach medizinischen Kriterien, sondern immer deutlicher danach, was sich gewinnbringend abrechnen lässt. Immer mehr Krankenhäuser werden privatisiert. Aber inzwischen wehren sich die Beschäftigten – vor allem in der Pflege – gegen die immer krasser werdenden Fehlentwicklungen. Die Auseinandersetzungen zeigen Wirkung und kommen endlich auch im Gesundheitsministerium an. Wir haben den Fuß in der Tür, um jetzt mehr Personal und grundlegende Veränderungen am G-DRG-System zu erkämpfen. Unser Kongress will zugleich die aktuelle politische Situation zur Diskussion stellen und Auftakt sein für eine breite Kampagne gegen DRGs und Ökonomisierung. Die Zeit ist reif für den Wandel!

Das *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik* wendet sich gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und insbesondere gegen das deutsche System der Krankenhausfinanzierung durch DRGs. Wir treten ein für die bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser und ihres Personals.

Das *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik* besteht derzeit aus den ver.di-Landesfachbereichen 03 Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und Nordrhein-Westfalen, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), attac, der Soltauer Initiative, Solidarisches Gesundheitswesen e.V. sowie einigen Persönlichkeiten aus der Politik, wie Harald Weinberg, Sprecher für Gesundheitspolitik der Fraktion DIE LINKE im Bundestag.

# Programm

## FREITAG

- 16:00 – 18:30 **Parallele Grundlagen-Workshops: Einführung in Krankenhausfinanzierung und Krankenhauspolitik**
- 18:30 – 19:30 **Imbiss**
- 19:30 – 21:30 **Podium: Wir fühlen politischen Entscheidungsträger\*innen auf den Zahn**

## SAMSTAG

- 09:00 – 09:30 **Begrüßung durch Irene Gölz (ver.di) und Peter Hofmann (vdää)**
- 09:30 – 11:15 **Zur aktuellen Problemlage. Vortrag von Thomas Böhm und Irene Gölz**

### 11:30 – 13:30 ***Workshophase I***

1. Krankenhausplanung – bedarfsgerecht oder marktgesteuert? (Thomas Böhm / NN) – Raum 2
2. Personalbedarfsplanung als Gegensteuerung – oder: Stehen DRGs und Profitzwang im Krankenhaus im Widerspruch zu bedarfsgerechter Personalbemessung? (Silvia Habekost, ver.di-Betriebsgruppe Vivantes Berlin / Michael Simon, Professor für Gesundheitspolitik) – Großer Saal
3. entfällt
4. Unsere Krankenhäuser: »Netzknoten der regionalen Gesundheitsversorgung« (ver.di) oder Profitquellen privater Investoren? (Achim Teusch, Arzt, ehem. Betriebsratsvorsitzender bei Helios Siegburg, Nadja Rakowitz, Uwe Alschner, Geschäftsführer IVKK) – Raum 2

### 13:30 – 14:30 **Mittagspause**

14:30 – 16:30     **Workshopphase II**

1. Krankenhausfinanzierung – Preise (DRGs) oder Selbstkostendeckung? (Thomas Böhm / Jan Latza, Mitarbeiter der Bundestagsfraktion Die Linke) – Großer Saal
2. Psychiatrie-Personalbemessung: Gegengewicht oder Verstärkung des Wettbewerbs? (Michael Krömker, ver.di Bundesfachkommission Psychiatrie) – Raum 3
3. Behandlungsqualität, Medizinische Ethik und das Geld (Peter Hoffmann / Marc Kappler, Gewerkschaftssekretär ver.di Stuttgart) – Raum 2
4. »Capitalista Baby!« Ökonomisierung im Bereich der Ausbildung, Weiterbildung und Studium (Valentin Herfurth, Pflege-Azubi / Marlene Oberwahrenbrock, Medizinstudentin) – Raum 4
5. Bei Bedarf: Offener Workshopslot für eigene Themen  
– ver.di-Raum im 2. Stock

16:30 – 17:00     **Kaffeepause**

17:00 – 18:30     **Vernetzung und Austausch**

21:00                **Vorpremiere: Der marktgerechte Patient. Dokumentation von Leslie Franke und Herdolor Lorenz. (Linkes Zentrum Lilo Herrmann)**

## **SONNTAG**

09:00 – 09:30     **Ergebnisse der Workshops am Samstag**

09:45 – 11:30     **Arbeitsgruppen zu politischen Handlungsmöglichkeiten**

1. Widerstand im Krankenhaus
2. Druck aus der Zivilgesellschaft
3. »Marsch durch die Institutionen«: Politik und Fachöffentlichkeit
4. Kreativ-AG: Wie erreichen wir die »Massen«?
5. Ggf. weitere Arbeitsgruppe(n)

11:30 – 14:00     **Eckpunkte einer Kampagne gegen DRGs**

# Freitag Nachmittag

## Parallele Grundlagen- Workshops gleichen Inhalts: Einführung in Krankenhausfinanzierung und Krankenhauspolitik

- Geschichte der Krankenhausfinanzierung allgemein
- Investitionskostenfinanzierung
- Wie funktionieren die DRG?

Die Grundlagen der Krankenhausfinanzierung und Krankenhauspolitik sind in insgesamt fünf Gesetzen niedergelegt (SGB 5, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Landeskrankenhausgesetze der einzelnen Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz, Bundespflegeverordnung) Dazu gibt es diverse weitere Verordnungen und die Vereinbarungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene).

Im Zentrum der Workshops stehen die Grundsätze und Funktionsweisen der DRGs (Ermittlung der Relativgewicht und des Landesbasisfallwerts). Auch auf die Entwicklungen in der Psychiatrie (PEPP und Psych-VVG) wird eingegangen. Auch sollen wichtige Begriffe und Institutionen erklärt werden wie z.B. Beitragsstabilität, Landesbasisfallwerte, die Funktion des gemeinsamen Bundesausschusses etc.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Investitionskostenfinanzierung: Es werden die Grundzüge der dualen Krankenhausfinanzierung dargestellt sowie die Grundprinzipien der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung in den einzelnen Bundesländern, die Entwicklung der Investitionskostenfinanzierung, sowie Versuche, die Investitionskostenfinanzierung in die DRG einzugliedern. Auch die Bestimmungen des Strukturfonds (»Abwrackprämie«) werden dargestellt.

# Samstag

## Workshop I/1

# Krankenhausplanung – bedarfsgerecht oder markt- gesteuert?

(**Thomas Böhm / NN**)

- Partizipative und sektorenübergreifende Landesplanung
- Strukturfonds und Schließung kleiner Krankenhäuser
- Neuordnung der Notfallversorgung
- Alternativmodell zur Erhaltung der flächendeckenden Versorgung

Nach einer Erhebung des Ist-Standes der Krankenhausversorgung in Deutschland und in anderen Ländern (Krankenhäuser und Betten) werden die Forderungen verschiedener wissenschaftlicher und politischer Kreise nach Betten- und Krankenhausschließungen dargestellt. Es wird auf den Strukturfonds (»Abwrackprämie«) und seine Zwecke und Wirkungen eingegangen.

Ein weiteres Thema ist die notwendige Neuordnung der Notfallversorgung, die aufgrund der abnehmenden Zahl von niedergelassenen Ärzt\*innen, insbesondere im ländlichen Bereich, aber auch durch die zunehmende Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen immer dringender wird. Hier sollen Lösungsansätze vorgestellt und diskutiert werden.

Im Weiteren wird die jetzige Krankenhausplanung der Länder vorgestellt und es wird versucht, im Gegensatz dazu Grundsätze einer partizipativen und sektorenübergreifenden Landesplanung zu erarbeiten.

Schwerpunkt des Workshops ist dann das Problem der Schließung von kleinen Krankenhäusern, insbesondere auf dem flachen Land. Es sollen Grundsätze eines alternativen Modells zur Erhaltung der flächendeckenden Versorgung diskutiert werden.

## Workshop I/2

# Personalbedarfsplanung als Gegensteuerung – oder:

# Stehen DRGs und Profitzwang im Krankenhaus im Widerspruch zu bedarfsgerechter Personalbe- messung?

**(Silvia Habekost, ver.di-Betriebsgruppe Vivantes Berlin  
/ Michael Simon, Professor für Gesundheitspolitik)**

- Grundfragen der Pflege- und Personalbedarfsermittlung
- Kriterien einer bedarfsgerechten Personalbemessung – PEPP, LEP?
- Personalbemessung für alle Beschäftigten im KH?
- Verhinderung von Pflege-DRGs, Kritik der Pflegeuntergrenzen

Seit mehr als zehn Jahren werden gesetzliche Vorgaben zur Personalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser gefordert. Mitte 2017 beschloss die damalige große Koalition den § 137i SGBV, mit dem der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt wurden, bis zum 30. Juni 2018 sogenannte ‚Pflegepersonaluntergrenzen‘ zu vereinbaren. Nachdem die Verhandlungen der beiden Spitzenverbände gescheitert sind, hat das Bundesministerium für Gesundheit Ende August den Entwurf einer Verordnung vorgelegt, die Pflegepersonaluntergrenzen für vier Fachabteilungen ab dem 1. Januar 2019 vorgibt. Parallel dazu laufen die Beratungen über ein Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG), das u.a. Neuregelungen zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten und die Festsetzung sogenannter Pflegepersonalquotienten zum Inhalt hat.

Sowohl ver.di als auch der Deutsche Pflegerat und die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung lehnen die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen ab, weil sie keine bedarfsgerechte Personalbesetzung vorsehen, sondern Vorgaben, die sich an den 25 Prozent am schlechtesten besetzten Kliniken orientieren.

Im Workshop wird zunächst ein Überblick über den Stand der Entwicklung gegeben. Darauf aufbauend soll über die Frage diskutiert werden, wie Vorgaben aussehen könnten, die geeignet sind, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherzustellen.

# Workshop I/4

## Unsere Krankenhäuser: »Netznoten der regionalen Gesundheitsversorgung« (ver.di) oder Profitquellen privater Investoren?

**(Achim Teusch, Arzt, ehem. Betriebsratsvorsitzender bei Helios Siegburg, Nadja Rakowitz, Uwe Alschner, Geschäftsführer IVKK)**

- Aufstieg und Strategie der privaten Krankenhauskonzerne am Beispiel von Fresenius – Helios
- Enteignung – Rückkauf – Reglementierung – (un-)friedliche Koexistenz: Was geht?
- Kommerzialisierung vor Gericht: Die Verfassungsklage des IVKK
- Privatisierung: Verschärfung des Problems der stationären Über-, Unter- und Fehlversorgung

»Weil Krankenhäuser die Netznoten der regionalen Gesundheitsversorgung sind, müssen vor allem die strategisch wichtigen Krankenhäuser in öffentlicher Hand bleiben ... Wir wenden uns gegen weitere Privatisierung von öffentlichen, freigemeinnützigen und kirchlichen Krankenhäusern und stärken die Gegenwehr gegen Privatisierung.« Das ist die Zielsetzung von ver.di. Doch die Privatisierung des Krankenhausbereichs ist weit fortgeschritten. Im Jahr 2017 waren 720 von 1942 Krankenhäusern und 93.000 von 497.000 Betten privat.

Branchenführer ist Fresenius Helios, laut Handelsblatt eine »Dealmaschine« (ein Begriff, den man »bei Fresenius nicht schätzt«). Markante »Deals« waren der Einstieg ins Gesundheitswesen mit Übernahme der Wittgensteiner Kliniken AG im Jahr 2001, der Kauf der Helios-Kliniken für 1,58 Mrd. Euro im Jahr 2005, der Aufstieg zum größten privaten Krankenhausbetreiber in Europa durch Übernahme der Mehrzahl der Krankenhäuser der Rhön-Klinikum AG für 3 Mrd.

Euro im Jahr 2013 und der Einstieg ins spanische Gesundheitswesen durch den Erwerb von Quirónsalud für 5,8 Mrd. Euro im Jahr 2016.

Seit 2003 hat sich der Umsatz mehr als vervierfacht (auf 33,89 Mrd. Euro im Jahr 2017) und der Gewinn vor Zinsen und Steuern mehr als versechsfacht (auf 4,83 Mrd. Euro im Jahr 2017). »Der Gesundheitskonzern Fresenius erhöhte die Dividende in den vergangenen zehn Jahren im Schnitt um knapp 25 Prozent«, berichtet das Handelsblatt und zählt Fresenius deshalb zu den »Dividenden-Aristokraten«.

Im Workshop wollen wir besprechen, welche Auswirkungen der Vorrang für Profit auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern hat. Handelt es sich um einen »aufhaltsamen Aufstieg« der Privaten, oder ist der Zug abgefahren?

Die Kritik am Aufstieg der privaten Krankenhauskonzerne ist in der Öffentlichkeit groß, kommt aber in den politischen Parteien kaum an. Nur die Linke sagt in ihrem Bundestagswahlprogramm: »Krankenhäuser gehören in öffentliche Hand«! und kündigt an: »Wir wollen Gesundheitseinrichtungen durch öffentliche Träger zurückkaufen.« Auf örtlicher und regionaler Ebene gibt es auch radikalere Forderungen: »Probleme bei Aneos: Linke im Landtag denken über Enteignung nach«, berichtet die Mitteldeutsche Zeitung am 19. Mai 2018.

Im Workshop möchten wir erörtern, ob die weitere Ausdifferenzierung der DRGs durch Zu- und Abschläge und Selektivverträge die Möglichkeiten der Gewinnerzielung und somit die weitere Privatisierung fördert. Führt eine Krankenhausfinanzierung, die auf Selbstkostendeckung beruht und Gewinne sowohl überflüssig als auch unmöglich macht, zur Trendwende?

Dr. Uwe Alschner, der Geschäftsführer des IVKK (Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser e.V.), der 64 kommunale Krankenhäuser vertritt, wird in diesem Workshop über eine Verfassungsklage seines Verbandes informieren. Der IVKK strebt an, dass das Bundesverfassungsgericht feststellt, dass eine eigenwirtschaftlich interessierte, kommerzielle (auf Profit ausgerichtete) Organisation von Krankenhäusern mit dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes nicht vereinbar ist.

## Workshop II/1

# Krankenhausfinanzierung – Preise (DRGs) oder Selbstkosten- deckung?

(**Thomas Böhm / Jan Latza, Mitarbeiter  
der Bundestagsfraktion Die Linke**)

- Eskalation der DRGs – z.B. durch »pay for performance« oder Selektivverträge mit Marktpreisen?
- Investitionsfinanzierung – dual oder monistisch?
- Pflegepersonalstärkungsgesetz als Ansatz für eine Überwindung der DRGs?
- Alternativmodell einer bedarfsgerechten Finanzierung

Ein Schwerpunkt des Workshops ist die jetzige Investitionskostenfinanzierung und ihre Entwicklung, sowie die Versuche, die Investitionskostenfinanzierung in die DRG einzupreisen und eine Diskussion der beiden grundsätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten für Investitionen: monistische oder duale Finanzierung.

Weiterer Schwerpunkt ist die kurze Darstellung des Preissystems der DRGs und sich abzeichnende Formen der Weiterentwicklung dieses Preissystems durch eine zunehmende Wettbewerbsorientierung (z.B. Selektivverträge und Pay for Performance). Es werden die Folgen dieser Entwicklung dargestellt, sowohl auf die Krankenhausstruktur, als auch auf die Patientin und die Beschäftigten.

Gemeinsam wollen wir Schlussfolgerungen aus dieser Analyse ziehen. Im Weiteren werden die neuesten, (eventuell gegenläufigen) Entwicklungen durch das Psych-VVG und durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz dargestellt und diskutiert. Danach wollen wir gemeinsam über Alternativen zum Preissystem und die Forderungen des Bündnisses »Krankenhaus statt Fabrik« diskutieren.

## Workshop II/2

# Psychiatrie-Personalbemessung: Gegengewicht oder Verstärkung des Wettbewerbs?

(Thomas Wink, ver.di Bundesfachkommission Psychiatrie)

- Wie läuft Psychiatriefinanzierung heute?
- Kehrt PEPP zurück (oder war es nie verschwunden?) – Was hat die Anti-PEPP-Kampagne gebracht)?
- Welche Personalvorgaben wird es für die Psychiatrie geben?
- Was fordert die ver.di-Kampagne »Für eine PsychPVplus«?

Die stationäre Psychiatrie unterliegt nicht den DRGs, sondern einem eigenen Finanzierungssystem. Lange geplant war die Einführung des pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie PEPP. Dies könnte durch ein breites Bündnis abgeschwächt werden, das Finanzierungssystem ist jetzt eine Mischung aus Krankenhausindividuellen Budgets und Pauschalisierungslogik. Es tritt zum 1.1.2020 voll in Kraft.

Gleichzeitig ist die Psychiatrie der bisher einzige Krankenhausbereich, in dem es eine gültige verbindliche Personalebemessung, die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), gibt. Auch diese wird neu gestaltet – bis Ende nächsten Jahres soll es eine neue Richtlinie zur Personalausstattung geben. Damit ist die Psychiatrie weiterhin Vorreiterin dabei, verbindliche Personalstandards auszuarbeiten und festzulegen. Wie diese aussehen, kann auch richtungsweisend für weitere Personalebemessung in anderen Teilbereichen sein.

Doch wie die Richtlinie aussehen wird, ist bisher weitgehend unklar – der Gemeinsame Bundesausschuss, das zuständige Gremium der Selbstverwaltung, hat einen Schleier der Geheimhaltung über die entsprechende Arbeitsgruppe gelegt. ver.di, dort nicht beteiligt, hat einen umfangreichen Forderungskatalog zur Ausgestaltung der Personalebemessung vorgelegt und fordert dessen Umsetzung mit Aktionen der Beschäftigten ein.

Im Workshop werden die Grundlagen der neuen Psychiatriefinanzierung und der bisher bekannte Stand der Diskussionen zur Personalbemessung vorgestellt. Anschließend diskutieren wir, je nach Interesse der Teilnehmenden:

- Ist die Selbstverwaltung der geeignete Akteur zur Erarbeitung normativer Vorgaben für die Personalausstattung?
- Welche Folgen hat die neue Psychiatriefinanzierung in den Krankenhäusern schon jetzt, und absehbar nach 2020?
- Was fordert die ver.di-Kampagne „Für eine PsychPVplus“?
- Wie können wir eine bedarfsgerechte, verbindliche und kontrollierbare Personalausstattung in der Psychiatrie erreichen?
- (Wie) hängen Personalausstattung in der Krankenhauspsychiatrie und der zunehmende Trend zur Ambulantisierung der Versorgung zusammen?

## Workshop II/3

# Behandlungsqualität, Medizinische Ethik und das Geld

(Peter Hoffmann, Vorsitzender des vdää /  
Marc Kappler, Gewerkschaftssekretär ver.di Stuttgart)

- Kritik ökonomischer Anreize für mehr Qualität (Pay for Performance, Selektivverträge etc.)
- Welche Verhältnisse benötigen medizinische Ethik und eine patientenzentrierte Indikationsstellung zu ihrer Entfaltung?

In einem gesteigerten Wettbewerb und in der Ausweitung von Marktmechanismen sehen viele immer noch die Lösung von Problemen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten. Mangelnde Qualität in der Versorgung oder vorhandene Fehlanreize sollen so zum Beispiel durch ein aufwändiges Qualitätsmanagement und entsprechende finanzielle Anreize beseitigt werden.

Wir stellen in dem Workshop die Gegenthese auf und fragen, ob nicht gerade der Wettbewerb und die geplanten Bezahlssysteme nach Qualitätskriterien für Probleme der Fehlsteuerung und einer unzureichenden Versorgung aller Patientengruppen verantwortlich sind. Wir gehen der Frage nach, wie – nach Meinung der Bundesregierung – mehr Wettbewerb die notwendige Qualität erzeugen soll und wie viel Qualität am Ende des Qualitätswettbewerbs um knappe finanzielle Mittel übrig bleiben wird. Vorgestellt werden die Wettbewerbsinstrumente der Zu- und Abschläge auf erbrachte Leistungen (pay for performance) und das Einkaufsmodell der Kassen, die gerne Selektivverträge mit einzelnen Krankenhäusern abschließen möchten.

Ökonomisierung und Kommerzialisierung korrumpieren die Entscheidungsträger. Kann ich als Patient\*in überhaupt noch darauf vertrauen, dass ärztlicher Rat in erster Linie meinem Wohl dient und dass Indikationen zu medizinischen Maßnahmen fachgerecht und ethisch sauber gestellt werden? Wir Fachexpert\*innen in den Gesundheitsberufen erleben täglich, wie die Praxis unserer Berufsaus-

übung deformiert und zunehmend fachfremd reglementiert und kontrolliert wird. Fehlanreize erzeugen Fehlentwicklungen, diese geben Anlass zu einer Miss-  
trauenskultur, Reglementierungen und Kontrollen. Vielleicht würde die Beseiti-  
gung der ökonomischen Fehlanreize den Weg freimachen für eine neue Kultur  
des Vertrauens und der Zusammenarbeit.

Wie können wir unseren inneren Kompass immer wieder justieren, wie kön-  
nen wir uns gegenseitig kritisch und solidarisch unterstützen, welche Deklaratio-  
nen und Positionierungen können uns Hilfestellung und Orientierung geben?  
Wieviel Richtiges ist im falschen System überhaupt möglich, wie selbstkritisch  
müssen wir uns also in unserer Doppelrolle als Opfer und Täter\*innen selbst ge-  
genübertreten? Wie befreiend kann gemeinsames politisches Handeln sein?

## Workshop II/4

# »Capitalista Baby!« Ökonomisierung im Bereich der Ausbildung, Weiterbildung und Studium

(Valentin Herfurth, Pflege-Azubi /  
Marlene Oberwahrenbrock, Medizinstudentin)

- Widerspruch zwischen Theorie und Praxis in der Ausbildung
- Prekäre Arbeitsbedingungen im Bereich der Weiterbildung am Bsp. der Psychotherapeut\*innen
- Markt vs. ärztliches Ethos – Betriebswirtschaft im Medizinstudium
- Austausch zwischen den Berufsgruppen über Folgen der Ökonomisierung
- Entwickeln von gemeinsamen Forderungen und Aktionsideen

Das unbefriedigende Gefühl, nicht ausreichend angelernt zu werden, oder das Gelernte nicht richtig anwenden zu können, sorgt schon früh für Frust der nachfolgenden Berufsgenerationen in den Kliniken. Spardiktat und Zeitdruck auf Seiten der Ausbilder\*innen und Ausgebildeten schaffen Bedingungen, unter denen sich nicht lehren und lernen lässt. Die Folgen sind Überforderung, eine schlechte Versorgung der Patient\*innen und nicht selten der Abbruch der Ausbildung oder des Studiums.

Der Workshop beschäftigt sich mit der Frage, wie die Ökonomisierung im Gesundheitsbereich auch Auswirkungen in der Ausbildung, Weiterbildung und im Studium der pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Berufe hat. Dabei sollen mögliche Widersprüche von Theorie und Praxis diskutiert werden, aber auch die Verquickung von Ausbildung im Feld schlechter Arbeitsbedingungen der ausgebildeten Fachkräfte. Hierfür soll es einen Austausch unter den verschiedenen Berufsgruppen geben. Daraus soll der Versuch unternommen werden, gemeinsame Utopien und Forderungen zu formulieren und Ideen für mögliche Widerstandsformen und Aktionen zu entwickeln.

Der Workshop ist für alle Interessierten offen, und zielt auf alle im Krankenhaus aktiven Berufsgruppen.

# Vernetzung und Austausch

**16.30 Uhr – 18.30 Uhr, Großer Saal**

Im Rahmen eines Worldcafés wird im großen Saal ein Austausch organisiert. Das Worldcafé ist eine geeignete Methode um Aktionsberichte aus der Praxis weiterzugeben und konkretes Erfahrungslernen zu ermöglichen. An 6 Tischen besteht die Möglichkeit, sich einen direkten Einblick zu beispielhaften Auseinandersetzungen und Aktivitäten zu verschaffen. Das Worldcafé läuft 6 Runden á 20 Minuten und alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer können sich frei entscheiden, ob sie alle Runden und Tische besuchen oder nur an einzelnen Stationen teilnehmen.

Parallel wird bereits der Abendsnack im Foyer 1. OG angeboten.

## **Tische des Worldcafés:**

Bündnisse/Volksentscheide, Walk of Care/Pflegestammtisch, Kritische Medizin-studierende, Tarifvertrag Entlastung (Charité/Unikliniken BaWü), Tarifbewegung Entlastung an kommunalen Krankenhäusern.

# Filmsamstag

## Preview: Der marktgerechte Patient

Samstag, 20.10., 21.00 Uhr,  
Linkes Zentrum Lilo Herrmann, Böblinger Straße 105

Die neue Dokumentation der Filmemacher Leslie Franke und Herdolor Lorenz geht den Auswirkungen des DRG-Systems nach. Nicht um Einzelfälle zu skandalisieren, sondern um über die Fehler im System aufzuklären. Vor dem bundesweiten Start am 8. November feiert er auf unserem Kongress seine Vorpremiere.

*Weitere Informationen: [der-marktgerechte-patient.org](http://der-marktgerechte-patient.org)*

# Sonntag: Pläne schmieden

In den folgenden Slots wollen wir uns Gedanken machen, wie eine Anti-DRG-Kampagne aussehen kann. Welche Akteur\*innen gibt es? Welche Gremien und Institutionen? Welche Aktionsfelder? Lassen sich diese verbinden und wenn ja wie? Was für Handwerkszeug brauchen wir zur Umsetzung unserer Kampagnenziele? Das alles soll in Einzelgruppen diskutiert werden und am Ende zusammengetragen das Gerüst einer politischen Perspektive ergeben. Denn nur wenn wir klare Vorstellungen davon haben welche Möglichkeiten existieren, um das System zu verändern, werden wir das auch gemeinsam erreichen!

## Fachöffentlichkeit (Gewerkschaften, Berufsverbände, Fachorganisationen, Wissenschaft, Parteien etc.)

- Bündnispartner: Parteien, Gewerkschaften und Verbände auf unsere Seite ziehen
- Druck auf und über die Selbstverwaltungsgremien schaffen: Wer trifft welche Entscheidungen?
- Möglichkeiten und Zeitfenster: Einfluss auf Gesetzgebungsverfahren

In diesem Workshop diskutiert werden, wie wir Kooperationspartner und Unterstützer in der Fachöffentlichkeit finden. Einige medizinische Fachgesellschaften und Fachorganisationen üben inzwischen auch grundsätzliche Kritik an den DRG; sowohl der Marburger Bund als auch manche Landesärztekammern ebenfalls. Wir brauchen die Unterstützung der Berufsverbände der anderen Berufe im Krankenhaus. Auch bei der SPD, den Grünen und der CDU/CSU finden sich inzwischen Kritiker\*innen des DRG-Systems und manchmal sogar der Ökonomisierung insgesamt. Und nicht zuletzt müssen wir auch noch andere ver.di-Landesfachbereiche und die ver.di Bundesebene davon überzeugen, unser Bündnis zu unterstützen. Wir werden überlegen, wie wir alle jene – ansonsten sehr heterogene – Akteure überzeugen können, sich einer breiten Bewegung anzuschließen.

## AG

# Widerstand im und um das KH

- Kolleg\*innen und Patient\*innen politisieren: Wie können wir eine kritische Krankenhausöffentlichkeit schaffen und nutzen?
- Wie lassen sich unsere Kämpfe für mehr Personal, die (Wieder-)Eingliederung von Tochterfirmen und eine ethische Medizin praktisch verbinden?

Dieser Workshop soll eine Vernetzung ermöglichen von den verschiedenen Belegschaften, die in Auseinandersetzungen um bessere Arbeitsbedingungen und Tarifverträge für Entlastung stecken oder solche planen. Wie können wir von den Erfahrungen anderer lernen, wie können Aktionen und Kämpfe koordiniert werden? Wie können wir uns gegenseitig unterstützen und auch unsere Medienpräsenz verbessern?

## AG

# Druck aus der Zivilgesellschaft

- Beschäftigte und Patient\*innen gemeinsam: lokale Bündnisse gründen
- Wir schreiben unsere Gesetze selbst: Volksentscheide starten
- Global denken, lokal handeln: Vernetzung unserer Initiativen

In diesem Workshop soll eine Vernetzung von Initiativen, Patient\*innenorganisationen und Bündnissen stattfinden, die sich bundesweit im Rahmen von Tarifbewegungen gegen die Schließung von Krankenhäusern und als Initiatoren für Volksentscheide gegründet haben. Wir wollen anschließen an die Erfahrungen

der letzten Jahre und uns darüber austauschen, wie wir unsere vielfältigen Aktivitäten gegenseitig unterstützen und miteinander verbinden können. Darüber hinaus wollen wir die Ideen diskutieren, nächstes Jahr gemeinsam zur Gesundheitsminister\*innenkonferenz nach Sachsen zu mobilisieren und/oder einen dezentralen Aktionstag in unseren Städten zu organisieren.

Weitere Vorschläge sind herzlich willkommen!

## AG

# Kreativ AG: Wie erreichen wir die Massen?

- Bildsprache: Videoclips, Plakatreihen und Memes
- (Soziale) Medien nutzen: Facebook, Twitter & Co.
- Kurz und knapp: Provokante Thesen & prägnante Slogans

Diese AG beschäftigt sich damit, wie wir unsere Botschaften, unsere Kritik unsere Thesen öffentlich machen. Welche Bilder (Videoclips, Plakatreihen und Memes etc.) benutzen wir? Welche sozialen Medien nutzen wir – und wie? Welche griffigen Slogans fallen uns ein (kurz und knapp: Provokante Thesen & prägnante Slogans, witzige Slogans etc.)

# Krankenhaus statt Fabrik

## Konkrete Schritte zur Überwindung der Fallpauschalen

Mit den Tarifeinverständigungen für feste Personalvorgaben, den Streiks der Töchter, den vielfältigen Aktionen von zivilgesellschaftlichen Bündnissen und nicht zuletzt den Volksbegehren in drei Bundesländern ist es in den vergangenen Jahren gelungen, die Situation in der Pflege und den Krankenhäusern zu Topthemen der bundesweiten Politik zu machen. Auch wenn die jüngsten Reformen noch nicht unseren Erwartungen entsprechen, sind sie dennoch als Erfolge unserer Proteste zu bewerten.

Durch die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRGs wird das Fallpauschalensystem indirekt als Problem anerkannt; die Refinanzierung jeder neu geschaffenen Pflegestelle stellt zumindest punktuell eine Trendwende hin zu einer kostendeckenden Finanzierung dar. Genau an diese Erfolge müssen wir anknüpfen, sie ausweiten und verfestigen. Deshalb schlagen wir eine inhaltliche Zuspitzung vor, die das Ziel verfolgt, die DRGs abzuschaffen und durch eine bedarfsgerechte Versorgung mit Selbstkostendeckungsprinzip zu ersetzen. Als Eckpunkte und Etappenziele schlagen wir vier Zuspitzungspunkte vor, die wir im Verlauf des Kongresses mit Euch ausarbeiten, überarbeiten und vervollständigen wollen:

### **1. Öffentliche und demokratische Bedarfsplanung**

Wir wollen eine bundesweite Personalbemessung per Gesetz, die sich am Bedarf der Patient\*innen bemisst und verbindlich eingehalten wird. Aber nicht nur bei der Personalplanung, sondern auch bei der Krankenhausplanung muss der Versorgungsbedarf das bestimmende Kriterium sein. Wir richten uns daher auch gegen die Schließung von Krankenhäusern auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Maßstäbe.

## 2. Herausnahme aller Personalkosten aus den DRGs

Neben einer Personalbemessung braucht es auch eine bedarfsgerechte Finanzierung des Personals. Daher wollen wir uns berufsgruppenübergreifend für die Herausnahme *aller* Personalkosten aus den DRGs einsetzen und die Wiedereinführung von Pauschalen durch die Hintertür (Stichwort: Pflegelastkatalog) verhindern. Dazu wollen wir die Kooperation mit Verbänden und Organisationen suchen, die die Interessen dieser Berufsgruppen vertreten und die Aktivierung von Kolleg\*innen über die Pflege hinaus unterstützen.

## 3. Selbstkostendeckung im öffentlichen Diskurs etablieren

Während es die Kritik an den DRGs bis in den Mainstream geschafft hat, wird das Selbstkostendeckungsprinzip immer noch nicht als legitime Alternative anerkannt, sondern als »Selbstbedienungsladen« verächtlich gemacht. Unser Ziel ist es deshalb, die Selbstkostendeckung als alternative, vernünftige Form der Krankenhausfinanzierung im öffentlichen Diskurs zu etablieren.

## 4. Krankenhäuser als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge

Mit der Gesundheitsversorgung soll(t)en keine Profite gemacht werden. Wir kämpfen daher auch gegen die Privatisierung von Krankenhäusern, gegen Outsourcing und gegen die Ausgründung von Betriebsteilen in Tochterfirmen. Wo sich die Gelegenheiten ergeben, treten wir für eine Rückführung von Krankenhäusern und ausgelagerten Betrieben in die öffentliche Hand ein.

Um diese Ziele zu erreichen, braucht es – neben den bundesweiten und überregionalen Aktivitäten – auch starke regionale Kämpfe. Es braucht eine kritische Öffentlichkeit unter Beschäftigten und Patient\*innen, die Widerstand leisten und das Krankenhaus selbst zum Brennpunkt der Auseinandersetzung machen. Diese sollten – wenn möglich – durch breite Bündnisse unterstützt werden, die über öffentliche Aktionen Druck auf die Politik aufbauen. Aktuell finden viele Auseinandersetzungen statt – von Streiks über Initiativen gegen Krankenhausschließungen bis hin zu Volksentscheiden für eine Personalbemessung im Rahmen der Krankenhausplanung. **Krankenhaus statt Fabrik** will diese lokalen Auseinandersetzungen vernetzen und bündeln. Mit eigenen Materialien und

niedrigschwelligen Aktionsideen wollen wir eine inhaltliche Zuspitzung im Sinne einer Rückkehr zu einer bedarfsgerechten Krankenhauspolitik erreichen. Dies soll auch eine kritische Begleitung der aktuellen Reformprozesse sicherstellen, um so unsere eigenen Vorstellungen in die öffentlichen Diskussionen einzubringen. Aber vor allem braucht es – getreu des Charité-Slogans – **mehr von uns!**

Deswegen diskutiert mit, bringt Eure Ideen ein und beteiligt Euch daran, diese inhaltliche Zuspitzung mit uns zu entwickeln und in Aktionen umzusetzen.

# Krankenhausfinanzierung – Beginn einer neuen Ära?

## Pflegepersonalstärkungsgesetz und Pflegepersonaluntergrenzenverordnung

SPD und CDU/CSU haben im Koalitionsvertrag für Krankenhausbeschäftigte, insbesondere für die Pflege, wichtige Festlegungen getroffen:

1. *Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRGs werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.*
2. *Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt.*
3. *Verbindliche Personaluntergrenzen für die gesamte Pflege im Krankenhaus.*

Noch vor zwei Jahren war eine solche Entwicklung nicht vorstellbar. Die DRGs wurden als Wunderwaffe zur Erreichung von Wirtschaftlichkeit gepriesen. Eine gesetzliche Personalbemessung wurde abgelehnt, weil sie den Grundprinzipien der DRGs als Preissystem widersprächen und die unternehmerische Freiheit einschränken würden.

Ausschließlich den Aktivitäten der Beschäftigten in der Pflege und der Gewerkschaften (bis hin zu Streikmaßnahmen), den Unterstützungsmaßnahmen aus der Bevölkerung (bis hin zu Volksentscheiden in Berlin, Hamburg und nun auch Bayern) und dem daraus folgenden Medienecho ist dieser »Sinneswandel« zu verdanken.

Zwischenzeitlich liegt die Bundestagsdrucksache für ein »Pflegepersonalstär-

kungsgesetz« (DS 19/4453) vor, mit dem die Festlegungen im Koalitionsvertrag umgesetzt werden sollen. Gleichzeitig wird aber das – völlig kontraproduktive – Projekt der »Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen« (§ 137i SGB 5) aus der letzten Legislaturperiode über eine Verordnung vorangetrieben.

## Bewertung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes

Die wesentlichen Inhalte des Pflegepersonalstärkungsgesetzes bezogen auf die Krankenhäuser sind:

### 1. Pflegeförderprogramm

2019 werden alle neu geschaffenen Stellen in der Pflege zu 100 Prozent finanziert. Bisher wurden nur 90 Prozent finanziert. 10 Prozent mussten die Häuser selbst finanzieren, was dazu geführt hat, dass das Pflegeförderprogramm nur wenig genutzt wurde. Werden finanzierte Stellen nicht besetzt, ist der gezahlte Betrag zurückzuzahlen. Die bisherige Obergrenze für die Gesamtzahl der Stellenschaffung (max. 0,15 Prozent des Budgets eines Krankenhauses) wird aufgehoben. Mittel, die seit 2016 im Rahmend dieses Pflegebudgets gewährt wurden, verbleiben beim Krankenhaus und werden nicht in den sog. Pflegezuschlag (s.u.) überführt.

Bewertung: Diese Regelung ist sinnvoll, weil sie bereits vor Einführung des Pflegebudgets in 2020 (s.u.) den Krankenhäusern erlaubt, so viele Stellen wie möglich zu besetzen, ohne weitere Kosten zu haben. Außerdem besteht die Sicherheit, dass diese Stellen dann auch über das Pflegebudget finanziert werden. Damit wird es zu einer wichtigen Aufgabe der Arbeitnehmervertretungen, unmittelbar die Schaffung von neuen Stellen zu fordern und durchzusetzen. Ein Problem ist, dass diese Regelung dazu führen kann, dass 2018 keine Einstellungen mehr erfolgen, bzw. Stellen bis Januar 2019 frei gelassen werden. Sinnvoll wäre es, diese Regelung rückwirkend für 2018 in Kraft zu setzen, um solche Effekte zu vermeiden.

## 2. Berücksichtigung von 100 Prozent der Differenz zwischen Veränderungswert und Tarifraten beim Pflegedienst

Es geht um die jährliche Erhöhung des *Landesbasisfallwerts (LBFW)* zum Ausgleich von Tarifsteigerungen. Bisher wurden 50 Prozent der Differenz zwischen Veränderungswert (jährliche allgemeine Kostensteigerungen in den Krankenhäusern) und der Tarifraten (durchschnittliche Lohnerhöhungen) ausgeglichen. Die 100 Prozent gelten nur für die Pflege und nur noch für 2019; bei den anderen Berufsgruppen bleibt es bei 50 Prozent. Bei der Pflege werden alle Erhöhungen (linear, strukturell, Einmalzahlungen) berücksichtigt, bei den anderen Berufsgruppen nur lineare Steigerungen und Einmalzahlungen. Der LBFW wird entsprechend erhöht. Die Steigerungen sind nicht gedeckelt.

Für das Pflegepersonal gilt jetzt eine Nachweispflicht der entsprechenden Verwendung der Gelder, nicht bei den anderen Berufsgruppen. Als Nachweis gilt laut Gesetzesbegründung bei Tarifgebundenen der Tarifvertrag, bei anderen gilt: *»von einer zweckentsprechenden Verwendung der zusätzlichen Finanzmittel ist auszugehen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass das bei ihm beschäftigte Pflegepersonal der Tarifsteigerung entsprechend besser vergütet wird«*. Es gibt eine Rückzahlungspflicht bei nicht zweckentsprechender Verwendung.

**Bewertung:** Eine Verbesserung für 2019. Ab 2020 irrelevant, weil ja alle tatsächlichen Kosten refinanziert werden. Ein Skandal ist, dass es für die anderen Berufsgruppen bei der 50 Prozent Berücksichtigung bleibt und strukturelle Steigerungen nicht refinanziert werden. Die Nachweispflicht der zweckentsprechenden Verwendung ist bei tarifgebundenen KH klar (sie müssen ja die Tarifierhöhung sowieso zahlen), bei den anderen ist sie schwer zu kontrollieren, und es gibt eine Grauzone und damit tendenziell weiter eine Bevorteilung von Nicht-Tarifgebundenen, die die Gelder ggf. (zumindest teilweise) einstreichen können. Außerdem sind Durchschnittswerte immer ein Problem, weil sie die bevorzugen, die unter dem Durchschnitt liegen und die benachteiligen, die besser bezahlen.

## 3. Pflegebudget

Ab 2020 wird es ein krankenhausindividuelles Budget für Pflegeleistungen in der Patientenversorgung (nur Pflege am Bett, nicht Psychiatrie) auf Basis der nachge-

wiesenen Kosten des jeweils letzten Jahres geben, vereinbart zwischen Krankenkassen und einzeltem Krankenhaus, incl. Vorausschätzung der Veränderungen für das jeweils nächste Jahr. Fehlschätzungen werden im übernächsten Jahr ausgeglichen. Es gibt keine Begrenzung nach oben. Die Wirtschaftlichkeit der entstehenden Kosten wird nicht geprüft. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals, die zu Personaleinsparungen führen, können bis zu 5 Prozent des Pflegebudgets erhöhend angerechnet werden. Es gilt Zweckgebundenheit mit Rückzahlungspflicht. Die unterjährige Abzahlung des Pflegebudgets wird über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert (Pflegebudget / voraussichtliche RG des Pflegeerlöskatalogs – s.u.) realisiert. Am Jahresende findet eine Spitzabrechnung mit vollständigem Ausgleich von Mehr- und Minderkosten statt. Der *Prozedurenschlüssel (OPS)* für Leistungen, die unter das Pflegebudget fallen (z.B. PKMS) soll bereinigt werden.

Bewertung: Dies ist ein echter Paradigmenwechsel: Bei der Regelung handelt es sich um eine Abkehr vom Preissystem der DRGs und um echte Selbstkostendeckung, was aus ordnungspolitischen Gründen die einzig richtige Finanzierungsform für Einrichtungen der Daseinsvorsorge ist (Finanzierung des notwendigen Bedarfs). Dies kann der Anfang vom Ende der DRGs sein.

Problematisch ist, dass dieser Weg nur für die Pflege beschränkt wird und nicht für alle Personalkosten. Aber man kann dies auch als Einstieg verstehen: Verschiedene Gruppen fordern zwischenzeitlich schon die Ausweitung auf alle Personalkosten. Diese Entwicklung muss man unterstützen und vorantreiben.

Klar ist auch, dass diese Entwicklung nur aufgrund der Auseinandersetzungen und Kämpfe in den Krankenhäusern zustande gekommen ist. Die Tür ist offen, es ist aber noch nichts in trockenen Tüchern.

Die Kostendeckung für das, was notwendig ist, wird bedroht durch die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen (Perzentilenansatz und damit viel zu niedrige Untergrenzen) und durch den Pflegeerlöskatalog (siehe nächster Punkt), wenn in (naher oder fernerer) Zukunft eine Kopplung zum Pflegebudget hergestellt wird.

Bei der Wirtschaftlichkeitsunterstellung für alle Pflegekosten bedürfte es in gewisser Hinsicht keiner Personaluntergrenzen mehr (es wird ja alles finanziert). Eine solche Argumentation greift aber zu kurz. Die Kassen würden ein solches System als unwirtschaftlich und als Selbstbedienungsladen denunzieren. Sie

werden mit Sicherheit die Anbindung der zu erstattenden Kosten an den Pflegeerlöskatalog oder an ihre Vereinbarung mit der DKG zu Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen fordern. Das wäre aber der »worst case«, weil dann (trotz des eigentlich sinnvollen Pflegebudgets) noch Personalabbau in allen Bereichen, die über der 90. (oder 75.) Perzentile liegen, droht.

Es ist also notwendig, weiter für eine gesetzliche Personalbemessung auf der Basis des tatsächlichen Behandlungs- und Pflegeaufwands (z.B. Überarbeitung der PPR, PPR plus 10 Prozent) zu kämpfen. Nur so kann die Selbstkostendeckung und die krankenhausindividuelle Budgetierung sinnvoll ausgestaltet und auf die anderen Berufsgruppen übertragen werden.

Die Einsparung von Pflegepersonalkosten »ohne Beeinträchtigung der Patientensicherheit« und ihre Belohnung mit einem bis zu fünfprozentigen Aufschlag auf das Pflegebudget ist absolut kontraproduktiv. Kern der Festlegung ist: Wenn das Krankenhaus andere Maßnahmen als die Vermehrung von Pflegekräften ergreift, können diese auch über das Pflegebudget finanziert werden. Da lässt sich dann z.B. die Erneuerung der EDV als entlastende Maßnahme verkaufen, die es nicht nötig macht Pflegekräfte einzustellen, oder das Outsourcing/die Verlagerung von weiteren Leistungen. Damit wird die Zweckbindung des Pflegebudgets für die Finanzierung von (mehr) Pflegekräften unterlaufen und es wird gerade nicht zur dringend notwendigen Entlastung des Pflegepersonals und zur Verbesserung der Pflege kommen.

Auch für die Psychiatrie ist eine Änderung der Vergütung (bisher geplant: krankenhausindividuelle Gesamtbudgets mit PEPP-Zahlen als Benchmark) in diesem Sinne zu fordern.

## 1. Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands und Pflegepersonalquotient

Nach dem jetzigen § 137i SGB 5 (Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen) wird ein neuer § 137j eingefügt. Sein Inhalt ist:

*Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt.*

*Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das InEK einen »Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands«, mit dem tagesbezogen die durchschnittlichen*

*pflegerischen Leistungen abbildbar sind.*

*Das InEK übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Landesbehörden, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).*

*Ermächtigung zu einer Rechtsverordnung (durch BGM mit Zustimmung der Bundesländer), um einer Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand (Pflegepersonalquotient) festzulegen, »bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist«, um Sanktionen festzulegen und um die Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten zu regeln.*

*Vereinbarungen und Umsetzung der Sanktionen auf Krankenhausebene ab 2020.*

**Bewertung:** Die sog. Pflegepersonaluntergrenzenverordnung zur Umsetzung des § 137i SGB 5, die momentan parallel durch das parlamentarische Beschlussverfahren läuft, soll zunächst zwar nur für das Jahr 2019 gelten. Durchaus möglich ist aber auch, weil der §137i nicht gestrichen wird, dass es zukünftig zwei verschiedene Personaluntergrenzen geben soll, eine etwas Differenziertere für die »pflegesensitiven Bereiche« und eine pauschal auf Krankenhausebene für alle Bereiche zusammen. Die Hoffnung, dass mit der Festlegung im Koalitionsvertrag (Untergrenzen für alle Bereiche) der völlig unsinnige Ansatz mit den pflegesensitiven Bereichen gestorben sei, ist damit hinfällig.

Die bisherigen Festlegungen von DKG und Krankenkassen zu Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (Perzentilenansatz, Pflegekosten aus der DRG-Kalkulation als Untergrenzenkriterium, nur vier Bereiche) sind nicht akzeptabel. Das Projekt »Untergrenzen in pflegesensitiven Bereichen muss vollständig aufgegeben werden, d.h. der §136i muss ersatzlos gestrichen werden.

Nicht weniger schlimm ist der neue Ansatz mit dem Pflegepersonalquotienten und dem »Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands«. Dahinter verbirgt sich der für die Untergrenzen in pflegesensitiven Bereichen vom InEK bereits entwickelte »Pflebelastkatalog«, der im Referentenentwurf noch Pflegeerlöskatalog genannt wurde.

Mit dem Pflegepersonalquotienten und dem »Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands« wird ein Benchmark-System zum Vergleich von Vollkräftezahlen zwischen den Krankenhäusern geschaffen.

Für das Pflegebudget hat der Pflegepersonalquotient und seine Untergrenze zwar zunächst keine Auswirkungen (es ist ja zumindest in 2020 unbegrenzt),

aber genau wie man eine Untergrenze definieren kann, geht das natürlich auch mit einer Obergrenze, ab der die Zahl der Pflegekräfte dann als unwirtschaftlich gilt.

Die Festlegung einer gemeinsamen Untergrenze für alle Bereiche eines Krankenhauses ist viel zu pauschal, um tatsächlich für eine bessere Patientenversorgung und für eine Entlastung der Pflegekräfte in den einzelnen Bereichen zu sorgen. Außerdem ermöglicht es den Krankenhausleitungen Personal in den Bereichen mit Patientenzuwächsen (Cash-Cows) zu schaffen, auf Kosten der anderen Bereiche, wo die Arbeitsbelastung bleibt oder sogar steigt – Hauptsache die »Gesamtkennzahl« (Pflegepersonalquotient) stimmt. Ein solches System bietet den einzelnen Beschäftigten keinerlei Schutz vor konkreter Überlastung.

Ein solcher Quotient steigert auch die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und die Begehrlichkeiten der Kassen, Einsparungen zu fordern – nur auf der Basis einer Kennzahl für ein Krankenhaus pro Jahr ohne konkrete Hinweise auf Unwirtschaftlichkeit zu haben und ohne die Besonderheiten der einzelnen Häuser zu berücksichtigen. Das ist dann das Gegenteil von »krankenhausindividuellen Budgets«.

Man muss sich nur einmal vorstellen, welche Aussagekraft über die notwendige Personalbesetzung auf einer konkreten Station in einer konkreten Schicht, eine Verhältniszahl pro Jahr für alle Stationen (incl. Intensiv) und alle Bereiche eines Krankenhauses hat.

Hinzukommt, dass es sich bei dem Pflegelastkatalog um die Ableitung des notwendigen Personalbedarfs aus den durchschnittlichen Ist-Kosten (incl. unterschiedlicher Lohnhöhen) handelt, was keinerlei Aussagekraft über das notwendige Soll an Vollkräften hat. Das InEK schreibt selbst: *»Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog) geht von der Annahme aus, dass der Patient während seines stationären Aufenthaltes eine pflegerische Betreuung erhalten hat, die sich an seinem individuellen Pflegebedarf orientiert und diesem weitgehend entsprochen hat.«* (Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand, S.2). Genau davon kann man aber nicht ausgehen! Weder die Ableitung von Soll aus Ist noch von Vollkräftezahlen aus Kosten ist sinnvoll.

Die Pflegepersonaluntergrenzen sowohl die für alle Bereiche, als auch die für pflegesensitive Bereiche sind gänzlich ungeeignet, um eine qualitativ hochwertige Pflege und eine Entlastung der Beschäftigten zu gewährleisten.

Es bleibt dabei: Eine sinnvolle Bemessung des notwendigen Personalbedarfs für die Pflege ist nur auf der Basis einer wissenschaftlichen Definition und Fest-

stellung der notwendigen Pflegemaßnahmen jedes einzelnen Patienten möglich. Eine Personalbemessung darf also nicht auf Kennzahlen (nurse to patient ratio) beruhen, sondern auf der Messung des individuellen Pflegebedarfs (genau wie in der PPR – nur überarbeitet und an die neuen Bedingungen angepasst).

Auch die Festlegung von (finanziellen) Sanktionen ist – wie jede finanzielle Steuerung – nicht zielführend. Sie vertieft die finanzielle Misere in betroffenen Krankenhäusern und macht es noch schwerer, Personal einzustellen. Im Zweifelsfall wird die Überlegung, was billiger ist (Sanktion oder Personalvermehrung), handlungsleitend. Statt finanzieller Sanktionen ist die vollständige Refinanzierung aller Personalkosten auf der Basis der Personalbemessung (Selbstkostendeckung) und mit Rückzahlungspflicht bei Unterbesetzung anzuwenden.

#### **4. Ausbildung**

Die anteilige Anrechnung von Auszubildenden im ersten Jahr entfällt. Bei den anderen bleibt es bei der bisherigen Anrechnung (9:1 bzw. 6:1) und damit bei einer nur teilweisen Finanzierung über den Ausbildungsfonds (Der Rest muss aus den DRG-Erlösen finanziert werden). Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Ausbildungsbudgets nicht der Obergrenze (Veränderungswert) unterliegen, sondern die tatsächlichen Kostensteigerungen berücksichtigt werden müssen und dass die Vergütungen für alle Ausbildungsberufe im Krankenhaus in das Ausbildungsbudget eingerechnet werden.

Bewertung: Die Herausnahme der Auszubildenden im ersten Jahr ist positiv, es ist aber weiterhin fraglich, ob eine anteilige Anrechnung im 2. und 3. Jahr sachgerecht ist, schließlich sollte es in der gesamten Ausbildungszeit um Ausbildung und nicht um Arbeitsleistung gehen.

#### **5. Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Zwischen 2019 und 2024 erfolgt eine 50 Prozent-Förderung von solchen Maßnahmen durch die Kassen, bis max. 0,1 Prozent der Erlössumme und des Erlösbudgets. Bedingung: Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung. Rückzahlungspflicht, wenn Mittel nicht ausgegeben werden.

Bewertung: Sinnvoll, stellt aber die Arbeitnehmervvertretungen vor die Aufgabe, tatsächliche materielle Verbesserungen zu vereinbaren und nicht Alibimaßnahmen mit vielen, schönen Worten aus dem Repertoire der Unternehmensberater.

## **6. Betriebliche Gesundheitsförderung**

Bisher mussten die Kassen einen Betrag von 2 Euro pro Versicherten für die betriebliche Gesundheitsförderung aufwenden. Der Betrag wird jetzt auf 3,15 Euro erhöht. 1 Euro davon muss verausgabt werden, um Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

Bewertung: Einmal abgesehen davon, dass der wesentliche Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung eine gesetzliche Personalbemessung und ausreichende Personalzahlen ist, ist die Erhöhung der Mittel zu begrüßen. Die Frage ist nur, für was diese Mittel konkret verwendet werden? Die betrieblichen Interessenvertretungen sollten sich vermehrt hierum kümmern.

## **7. Pflegezuschlag**

Der Pflegezuschlag entfällt ab 2020. 2019 wird er nicht um die abgerufenen Mittel des Pflegeförderprogramms 2016 erhöht. Diese Mittel verbleiben in 2019 bei den Krankenhäusern, die Stellen geschaffen haben und gehen 2020 dann im Pflegebudget auf.

Bewertung: Die Bundesregierung argumentiert so: Wenn alle neuen Stellen vollständig finanziert werden und ab 2020 die gesamten Pflegekosten, dann sei der Pflegezuschlag nicht mehr nötig. Das ist aber nicht richtig, denn der Pflegezuschlag war ja nur eine Umbenennung des früheren Versorgungszuschlags, der einen Ausgleich für zu niedrige Steigerungen des Landesbasisfallwertes in der Vergangenheit darstellte. Damit bekommen die Krankenhäuser 500 Mio. Euro weniger, was eine erhebliche Einbuße ist. Damit kommen die anderen Berufsgruppen als Sparopfer massiv unter Druck.

## 8. Strukturfonds

Der Strukturfonds wird auf 4 Mrd. erhöht (4x500 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds der Kassen und dieselbe Summe von den Ländern), Laufzeit 2019 bis 2022. Die Voraussetzungen für die Gewährung bleiben die gleichen (Co-Finanzierung der Länder in gleicher Höhe, berechnet nach dem Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2017), 90 Prozent für Landesprojekte, 10 Prozent für länderübergreifende Projekte. Förderung von Projekten der Hochschulkliniken wird möglich. Das Land muss sich am jeweiligen einzelnen Projekt mit mindestens 25 Prozent beteiligen. Der Strukturfond kann jetzt auch verwendet werden für *»Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, von telemedizinischen Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden, zur Verbesserung der informations-technischen Sicherheit der Krankenhäuser und zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten«*

Bewertung: Offensichtlich besteht bei der Regierung die Einschätzung, dass der Strukturfonds als »Abwrackprämie« wirksam ist. Die Erhöhung der Mittel und die Verlängerung ihrer Gewährung macht auch deutlich, dass der Weg Krankenhausschließungen über finanzielle Anreize herbeizuführen, verstärkt begangen werden soll. Positiv ist die Öffnung für sinnvolle andere Projekte. Es bleibt bei der Kritik, dass Mittel für Investitionen aus dem Gesundheitsfond genommen werden und nicht durch den Staat bereitgestellt werden (Investitionen sind keine Aufgabe der Beitragszahler der gesetzlichen Kassen, sondern der Steuerzahler) und im Gegenzug den Kassen Einflussmöglichkeiten auf die Planung gewährt werden. Die Durchschnittsbildung für die Feststellung, ob die Länder ihre bisherigen Investitionsmittel aufrechterhalten, erlaubt es den Ländern, die in den letzten Jahren ihre Mittel erhöht haben, jetzt zu kürzen und trotzdem die Mittel aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten (z.B. Ba-Wü).

## 9. Fixkostendegressionsabschlag

Er wird fixiert auf 35 Prozent für drei Jahre (bisher konnten die Kassen auch höhere und längere Abschläge in den Verhandlungen fordern).

Bewertung: Der Fixkostendegressionsabschlag ist insgesamt abzulehnen, auch wenn seine Begrenzung auf drei Jahre und 35 Prozent natürlich den Vorteil hat, dass die Kassen nicht noch mehr verlangen können (bisherige Gesetzeslage) und dies auch (zumindest teilweise) über Schiedsstellen durchsetzen könnten. Gedacht ist er ja als finanzielle Steuerung der Mengenvermehrung (ein Mehr an Fällen soll nicht mehr lukrativ sein). Da aber nicht alle »Mehrfälle« in allen Krankenhäusern eine aus finanziellen Gründen gewollte Überversorgung sind, trifft es (typisch für alle indirekten, finanziellen Steuerungen) auch die »Unschuldigen« und führt zu Unterfinanzierung. Schlussfolgerung: eine andere Steuerung muss her.

## Bewertung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung

Gleichzeitig mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wird das – völlig kontraproduktive Projekt der »Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen« aus der letzten Legislaturperiode vorangetrieben. Das BGM hat den Entwurf einer »Pflegepersonaluntergrenzenverordnung« (PpUGV) vorgelegt. Vorgeschichte: 2017 war ein neuer § 137 i ins SGB 5 eingefügt worden, der festlegt, dass in »pflegesensitiven Bereichen« Pflegepersonaluntergrenzen durch die Kassen und die DKG einvernehmlich festgelegt werden sollen. Die Verordnung war notwendig geworden, weil sich die Krankenkassen und die DKG nicht auf eine gemeinsame Regelung einigen konnten.

Sowohl der Begriff »pflegesensitive Bereiche« als auch die Methode der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen (»Perzentilen- oder Quartilenansatz«) gehen auf ein Gutachten von Prof. Schreyögg zurück, das er in einer Expertenkommission des damaligen Gesundheitsministers Gröhe vorgelegt hatte. Als »Pflegesensitiv« gelten hier Bereiche, in denen ein statistischer Zusammenhang zwischen Komplikationen und der Personalstärke nachweisbar ist. »Perzentilen- oder Quartilenansatz« bedeutet, dass man die Untergrenze auf den Wert festlegt, der die 10 Prozent bzw. 25 Prozent am Schlechtesten besetzten Abteilungen von den nächst besser besetzten Abteilungen unterscheidet.

Beide Ansätze und auch die Einführung eines »Pflebelastkatalogs« waren bei Kassen und DKG nicht umstritten. (»Pflebelastkatalog« oder »Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands«, wie es im Entwurf des Pflegepersonalstär-

kungsgesetzes (PpSG) heißt, bedeutet, dass bei der Berechnung von Untergrenzen gewichtet wird, wie hoch der Pflegeaufwand bei einem Patienten mit einer bestimmten DRG ist – als Maßstab wird, das Verhältnis der Pflegekosten (!) in den DRGs genommen). Die Verhandlungen scheiterten an der Höhe oder besser gesagt der »Tiefe« der Untergrenzen.

Die Verordnung greift jetzt die nicht umstrittenen Verhandlungsergebnisse (s.o.) auf und speckt sie nochmals ab. Hatte Prof. Schreyögg noch 15 »pflegesensitive Bereiche« identifiziert und waren diese bei den Verhandlungen zwischen Kassen und DKG auf 6 zusammengeschrumpft, so sind es in der Verordnung nur noch 4 (Intensiv, Kardiologie, Unfallchirurgie, Geriatrie). Statt der Bewertung der Pflegeschwere wird auf eine reine Nurse-to-Patient-Ratio zurückgegriffen.

Die Verordnung legt konkrete Zahlen für das Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten pro Schicht (getrennt nach Tagschicht, Nachtschicht und Wochenenden/Feiertage) fest. Sie liegen zwischen 2:1 tags auf Intensiv und 24:1 nachts in der Geriatrie und Kardiologie. Tags unter der Woche liegen sie bei 10 bzw. 11:1. Außerdem wird festgelegt, dass ein bestimmter Prozentsatz an Pflegehilfskräften angerechnet werden kann (zwischen 3,7 Prozent am Wochenende auf Intensiv, bis 40 Prozent während der Woche nachts in der Geriatrie). Die Werte sind Ergebnis einer Erhebung der Ist-Besetzungszahlen in verschiedenen Krankenhäusern durch die Beratungsfirma KPMG unter Zugrundelegung der 75-Prozent-Grenze.

Die Untergrenzen müssen im Durchschnitt eines Monats erreicht werden. Quartalsweise müssen auch die Werte für die einzelnen Schichten vorgelegt werden. Die Krankenkassen und die DKG sollen Vergütungsabschläge vereinbaren. Es gibt diverse Ausnahmenregelungen. Außerdem werden Dokumentations- und Veröffentlichungspflichten der Krankenhäuser geregelt, die für spätere weitergehende Regelungen (s.u.) notwendig sind und auch den Druck erhöhen sollen, die Untergrenzen einzuhalten.

Die Verordnung soll nur für das Jahr 2019 gelten, danach soll an ihre Stelle eine »erweiterte« und »differenziertere« freiwillige Vereinbarung zwischen Kassen und DKG treten. Auf den logischen Widerspruch zu Teilen des Entwurfs für ein »Pflegepersonalstärkungsgesetz« (Pflegepersonaluntergrenzen für **alle** Bereiche) wird mit keinem Wort eingegangen werden.

**Bewertung:** In der Bewertung dieser Verordnung spiegeln sich natürlich die bereits früher formulierten Kritikpunkte an dem Gutachten von Prof Schreyögg,

am § 137i, sowie an den Zwischenergebnissen der Verhandlungen von Kassen und DKG wieder (siehe meine jeweiligen Bewertungen). Deshalb hier nur kurz zusammengefasst:

- Grundproblem ist, dass bei allen Ansätzen nicht von einem wissenschaftlich ermittelten Soll ausgegangen wird, sondern von irgendwie veränderten Ist- und Durchschnittswerten. Damit fehlt der objektive Referenzpunkt für die Beurteilung des notwendigen Personalbedarfs. Alles wird beliebig je nach Änderungsparameter und politischer Intention. Das Soll aus dem Ist abzuleiten, bedeutet im Zweifelsfall Verschwendung mit Verschwendung und Mangel mit Mangel zu vergleichen (bei der Pflege dürfte unbestritten sein, dass es sich um Mangel handelt) und bestenfalls etwas weniger Mangel anzustreben. Außerdem kommt das Problem der Durchschnittsbildung hinzu: Alle sparen, das senkt den Schnitt, also müssen alle noch mehr sparen. Dies fließt dann in die Ermittlung des Solls ein.
- Dem Soll dürfen auch keine Durchschnittswerte (Pflegelast pro DRG) zugrunde gelegt werden, sondern der tatsächliche Pflegebedarf des einzelnen Patienten. Auch bei gleicher DRG und gleichem (durchschnittlichen) Kostenanteil der Pflege an den DRGs, kann sich der tatsächliche Pflegeaufwand im Einzelfall stark unterscheiden und es kann in einzelnen Bereichen zu einer erheblichen Abweichung vom Durchschnitt kommen.
- Maßstab für eine Personalbemessung muss der gesetzliche Anspruch sowohl der Patienten auf eine qualitativ hochwertige Versorgung als auch der Beschäftigten auf Arbeits- und Gesundheitsschutz sein. Die Formulierung in der Begründung der Verordnung geht in eine völlig andere Richtung: »Mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen wird hingegen nicht bezweckt, das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot für die von den Krankenhäusern zulasten der Krankenkassen erbrachten Versorgungsleistungen (§ 2 Absatz 1 Satz 3, § 12 Absatz 1, § 135a SGB V) abschließend zu konkretisieren.« Angesichts der Anreize und Folgen, die das Preissystem der DRGs hat, wäre genau das notwendig.
- Die Kategorisierung als pflegesensitiver Bereich ergibt sich aus einem überdurchschnittlichen Anteil von Komplikationen kombiniert mit einer schlechteren Personalbesetzung. Umgekehrt bedeutet dies, dass durchschnittliche Komplikationen akzeptiert werden. Einmal abgesehen von

methodischen Problemen bei der Auswahl dieser Bereiche (Berechnung der Zahl der Pflegekräfte, welche Komplikation ist ein »Pflegerfehler« und welche nicht – siehe Kritik am Schreyögg-Gutachten) ist es der Offenbarungseid einer Gesundheitspolitik – als erklärtes Ziel – Komplikationen nur in bestimmten Bereichen und bis zu einem gewissen Prozentsatz angehen zu wollen.

- Indem bei beiden Ansätzen (Perzentilen und pflegesensitive Bereiche) zum einzigen Ausgangspunkt der Intervention die Patientengefährdung gemacht wird, werden die Belange der Beschäftigten völlig ausgeblendet. Es gibt Überlastung aber nicht nur dort, wo überdurchschnittlich viele Komplikationen auftreten und in pflegesensitiven Bereichen, sondern überall. Ihre Reduzierung muss ein eigenständiges Ziel einer Personalbemessung sein.
- Die Begrenzung von Personaluntergrenzen auf einzelne Bereiche führt – insbesondere unter den Bedingungen eines Preissystems wie den DRGs – nur zu einem, dass Personal in die Bereiche mit Untergrenzen verschoben wird und dass in den anderen Bereichen noch mehr Personal abgebaut wird um Kosten zu sparen. Dieser Mechanismus mag zwar gemildert werden, wenn das PpSG verabschiedet wird (Kostensatz neuer Pflegestellen zu 100 Prozent und Pflegebudget), bleibt aber grundsätzlich erhalten und wirkt, wenn Stellen wegen Pflegekräftemangel nicht besetzt werden können, oder spätestens dann, wenn das PpSG geändert wird.
- Letztlich sind die in der Verordnung nun festgelegten Mindestzahlen absolut ungenügend und dürften beim größten Teil der Stationen zu keinerlei Änderung führen. In der Nacht 24 geriatrische Patienten zu pflegen, ist genauso eine Zumutung, wie tagsüber unter vollen Betrieb 10 unfallchirurgische oder 11 kardiologische Patienten (incl. Frischoperierte). Lediglich bei Intensivstationen werden die Empfehlungen der Fachgesellschaften umgesetzt. Die DKG hat deswegen auch nur Probleme mit den Intensivzahlen, der Rest ist wohl niedrig genug.
- Genauso verhält es sich mit der Möglichkeit Pflegehilfskräfte (ohne jede Ausbildung!) auf die Untergrenzen anzurechnen. Wenn in der Geriatrie an Wochentagen 18,2 Prozent Pflegehilfskräfte angerechnet werden dürfen, bedeutet dies, dass der Pflegekraft-/Patientenschlüssel von 10 auf 12,2 Patienten ansteigt.
- Hierzu passt auch, dass die Mindestbesetzung nur im Monatsdurch-

schnitt erreicht werden muss, was den Geschäftsleitungen maximale Flexibilität und den Beschäftigten an vielen Tagen des Monats Überlastung bescheren wird. Da Komplikationen und Überlastungen aber nicht »im Durchschnitt« entstehen, müssen Untergrenzen für jede Schicht gelten.

- Auch der Ansatz einer finanziellen Bestrafung (Vergütungsabzüge) ist – besonders bei finanziellen Anreizsystemen wie den DRGs – problematisch. Unter dem Regime der Ökonomisierung führt dies zu Überlegungen wie:
  - Habe ich höhere Mehreinnahmen durch mehr Patienten trotz Vergütungsabzug und ignoriere ich deswegen die Untergrenze?
  - Habe ich höhere Kosten durch mehr Personal, als mich der Vergütungsabschlag kostet? (wenn und solange das PpSG in Kraft ist, trifft dieser Punkt nicht zu)

Insgesamt erscheint es paradox, wenn die Bundesregierung an Regelungen für pflegesensitive Bereiche festhält, wenn sie gleichzeitig im Rahmen des PpSG Pflegepersonaluntergrenzen für alle Bereiche beschließt. Dies lässt sich eigentlich nur durch zwei Thesen erklären:

- Die jetzige Regelung dient als Probelauf.
- Es sind unterschiedlich hohe (niedrige) Grenzen geplant, bei denen die nicht pflegesensitiven Bereiche noch schlechter abschneiden.

Für beide Fälle gilt: Die der Verordnung zu Grunde liegenden Prämissen und Methoden sind nicht geeignet, um eine echte Verbesserung der Situation der Patienten und der Pflegekräfte zu erreichen.

**Schlussfolgerung: Der § 137i muss gestrichen werden. Die Untergrenzen müssen das gesetzliche Anrecht der Patienten auf eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleisten. Sie müssen auf alle Berufsgruppen ausgedehnt werden.**