

Antrag 100/II/2024**KDV Mitte****Der Landesparteitag möge beschließen:****Der Bundesparteitag möge beschließen:****Daseinsvorsorge nach Bedarf bei Krankenhausleistungen**

1 Der Landesparteitag Berlin und der Bundesparteitag der
2 SPD mögen auch zwecks Aufnahme in zukünftige Wahl-
3 programme beschließen:
4 Die Mitglieder der Bundestagsfraktion der SPD werden
5 aufgefordert, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass
6 sich das Vergütungsinteresse des Krankenhausträgers für
7 einen Krankenhausaufenthalt am tatsächlichen Behand-
8 lungsbedarf ausrichtet und nicht an möglichst häufiger
9 und intensiver Krankenhausbehandlung, wie dies durch
10 das jetzige Fallpauschalen-System gefördert wird.

11

12 Begründung

13 Die im Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungs-
14 gesetz (KHVVG) enthaltenen Regelungen, etwa die
15 Einführung von Vorhaltepauschalen, sind zu unterstützen
16 und sollten nicht verwässert werden. Sie sind ein Schritt in
17 Richtung notwendiger Veränderung bei der Krankenhaus-
18 finanzierung.

19

20 Denn allein der Abgleich der hiesigen Krankenhausbe-
21 handlung mit dem EU-Zahlen mit ähnlich alt werdender
22 Bevölkerung bringt für Deutschland eine erschreckende
23 Überbehandlung ohne positiven Effekt für die Gesundheit
24 der Bevölkerung hervor. Hierzulande gibt es 5,82 Kranken-
25 hausbetten pro 1.000 Personen. Im europäischen Durch-
26 schnitt sind es 4,2 Krankenhausbetten pro 1.000. Hierzu-
27 lande werden jährlich 190 Operationen je 1.000 Personen
28 an vollstationär aufgenommenen Patientinnen und Pati-
29 enten durchgeführt. Im EU-Durchschnitt sind es 120 OPs
30 auf 1.000 Personen, all dies ohne Nachweis etwa besserer
31 Behandlungsergebnisse hierzulande. Eine Studie des In-
32 tensivmediziners Karaganides brachte zuletzt hervor, dass
33 59 % der über 80-Jährigen beatmet sterben. Insgesamt
34 wurden am Ende ihres Lebens 10 % der im Krankenhaus
35 Verstorbenen beatmet. Die Autoren führen diese im in-
36 ternationalen Vergleich zu Ländern mit ähnlicher Alters-
37 struktur und gleichen Behandlungsmöglichkeiten bis zu
38 5-fach höheren Beatmungszahlen auf das bloße finan-
39 zielle Interesse der Krankenhausträger an der Durchfüh-
40 rung gut vergüteter Beatmung zurück. Die Berichte von
41 überflüssigen Hüft-OPs, zu vielen Stents für die Erweite-
42 rung der Blutgefäße, fragwürdigen Kniespiegelungen und
43 Rücken-OPs sind bekannt.

44

45 Damit sich Krankenhäuser hierzulande von auskömmlich
46 bis hoch profitabel finanzieren können, besteht in jeder
47 Klinik hoher Druck insbesondere auf ärztliches Personal,

Empfehlung der Antragskommission**Annahme + Überweisung Bundeswahlprogrammkommission (Konsens)**

48 möglichst viele Leistungen, also Untersuchungen und OP-
49 Eingriffe auszuführen und dabei Patientinnen und Patien-
50 ten möglichst krank erscheinen zu lassen, um einerseits
51 eine große Menge an abrechenbaren Eingriffen und Un-
52 tersuchungen zu generieren und andererseits aufgrund
53 möglichst schwer erscheinender Erkrankung den dann
54 hierdurch höheren Aufwand höher vergütet zu bekom-
55 men. Bei manch einem Krankheitsbild wird die Kranken-
56 hausbehandlung gleich in mehrere Eingriffe aufgeteilt,
57 für die jedes Mal eine Aufnahme im Krankenhaus erfolgt,
58 obwohl das Krankheitsbild mit einem einzigen Kranken-
59 hausaufenthalt behandelt werden könnte und jeder Ein-
60 griff Risiken mit sich bringt. Einziger Grund für diese Ab-
61 läufe ist das Interesse des Krankenhausträgers, aus jedem
62 Krankheitsbild möglichst hohe Einnahmen und am besten
63 gleich mehrfach zu generieren. Und wer diese Abläufe mal
64 hinterfragt, wird diesen Entgeltanreiz bei offen sprechen-
65 dem Krankenhauspersonal bestätigt bekommen.

66
67 Das führt inzwischen auch dazu, dass schwer erkrankte,
68 altersschwache Menschen am Ende ihres Lebens vielfa-
69 chen Eingriffen ausgesetzt sind, für alle Patienten die Ein-
70 griffsschwelle immer weiter absinkt, ohne dass für jeden
71 einzelnen Eingriff noch ein Patientennutzen nachweisbar
72 wäre. Es wird im Krankenhaus schneller als notwendig
73 operiert/behandelt, weil es vorrangig Geld einbringt und
74 die Besserung von Krankheitsverläufen gerade bei vielfach
75 Erkrankten einen nachgeordneten Stellenwert hat.

76
77 Unnötige Behandlung ist nicht nur risikobehaftet, son-
78 dern führt wiederum zu ausuferndem Pflegeaufwand
79 beim Pflegepersonal, das ja nach jedem Eingriff, nach je-
80 der Untersuchung den dafür anfallenden Pflegeaufwand
81 stemmen muss und das aufgrund Personalmangels häu-
82 fig überarbeitet ist. Das hat nicht nur einen Pflegenot-
83 stand in Krankenhäusern zur Folge, den es ohne diese Ein-
84 griffshäufigkeit nicht gäbe, sondern mit jedem Eingriff oh-
85 ne Patientennutzen sinkt auch die Motivation für das Pfl-
86 egepersonal, das auch ohne ärztliches Wissen die Nutzlo-
87 sigkeit von manch Eingriff und den damit kreierten, zum
88 Teil hohen Pflegeaufwand zu erkennen vermag.

89
90 Der Fehlanreiz, möglichst viele Eingriffe durchzuführen,
91 führt im Übrigen auch dazu, dass Kliniken Krankheits-
92 fälle übernehmen, denen hierfür Expertise und Ausstat-
93 tung nach den neuesten Standards für so eine Behand-
94 lung schlicht fehlt. Wer schwer erkrankt ist und sich noch
95 entscheiden kann, sollte keinesfalls die nächste Klinik,
96 sondern ein ausreichend spezialisiertes Haus aufsuchen,
97 das viele solcher Fälle behandelt. Der mit einer potenti-
98 ellen Fehlbehandlung einhergehende Nachbehandlungs-
99 aufwand führt zu viel Leid, hohen Kosten und ebenso aus-
100 uferndem Pflegeaufwand.

101
102 Würden derzeit nur noch wirklich stationär behandlungs-
103 bedürftige Menschen im hierfür jeweils kompetenten
104 Krankenhaus behandelt, könnten etwa 1/3 aller vollsta-
105 tionären Krankenhausbehandlungen entfallen. Der viel-
106 fach beklagte Pflegenotstand im Krankenhaus wäre be-
107 endet. Und behandlungsbedürftig sind die Krankheitsfäl-
108 le, bei denen eine Besserung des Krankheitsleidens durch
109 die Krankenhausbehandlung zu erwarten ist. Zusätzlich
110 ermöglicht die medizinische Entwicklung schon heute ei-
111 ne immer bessere ambulante Versorgung.
112
113 Dies wird mit einer Krankenhausfinanzierung erreicht, die
114 den tatsächlichen Behandlungsbedarf honoriert und ge-
115 rade nicht finanziell fördert, Menschen möglichst krank
116 und vielfältig sowie häufig behandlungsbedürftig er-
117 scheinen zu lassen. Die Ampelregierung hat sich dieser
118 gefährlichen Entwicklung nun angenommen. Mit diesem
119 Antrag soll dem von manch Landesregierung noch bean-
120 standeten Veränderungsbedarf Nachdruck verliehen wer-
121 den, die durch das Fallpauschalensystem entstandenen
122 Fehlanreize bei der Vergütung von Krankenhausbehand-
123 lung zurückzudrängen.