

L21

**Abteilung 1 Rosenthaler Vorstadt****Die KDV möge beschließen:****Der Landesparteitag möge beschließen: Der Bundesparteitag möge beschließen:****Empfehlung der Antragskommission  
Annahme (Konsens)****Daseinsvorsorge nach Bedarf bei Krankenhausleistungen**

1 Die KDV Mitte, der Landesparteitag Berlin  
2 und der Bundesparteitag der SPD mögen  
3 auch zwecks Aufnahme in zukünftige Wahl-  
4 programme beschließen:

5 Die Mitglieder der Bundestagsfraktion der  
6 SPD werden aufgefordert, die Vorausset-  
7 zungen dafür zu schaffen, dass sich das  
8 Vergütungsinteresse des Krankenhausträ-  
9 gers für einen Krankenhausaufenthalt am  
10 tatsächlichen Behandlungsbedarf ausrichtet  
11 und nicht an möglichst häufiger und intensi-  
12 ver Krankenhausbehandlung, wie dies durch  
13 das jetzige Fallpauschalen-System gefördert  
14 wird.

15

**16 Begründung**

17 Die im Entwurf für das Krankenhausver-  
18 sorgungverbesserungsgesetz (KHVVG) ent-  
19 haltenen Regelungen, etwa die Einführung  
20 von Vorhaltepauschalen, sind zu unterstüt-  
21 zen und sollten nicht verwässert werden. Sie  
22 sind ein Schritt in Richtung notwendiger Ver-  
23 änderung bei der Krankenhausfinanzierung.  
24 Denn allein der Abgleich der hiesigen Kran-  
25 kenhausbehandlung mit dem EU-Zahlen mit  
26 ähnlich alt werdender Bevölkerung bringt  
27 für Deutschland eine erschreckende Überbe-  
28 handlung ohne positiven Effekt für die Ge-  
29 sundheit der Bevölkerung hervor. Hierzulan-  
30 de gibt es 5,82 Krankenhausbetten pro 1.000  
31 Personen. Im europäischen Durchschnitt sind  
32 es 4,2 Krankenhausbetten pro 1.000. Hier-  
33 zulande werden jährlich 190 Operationen je  
34 1.000 Personen an vollstationär aufgenom-  
35 menen Patientinnen und Patienten durchge-  
36 führt. Im EU-Durchschnitt sind es 120 OPs auf  
37 1.000 Personen, all dies ohne Nachweis et-  
38 wa besserer Behandlungsergebnisse hierzu-  
39 lande. Eine Studie des Intensivmediziners Ka-

40 raganides brachte zuletzt hervor, dass 59 %  
41 der über 80-Jährigen beatmet sterben. Ins-  
42 gesamt wurden am Ende ihres Lebens 10 %  
43 der im Krankenhaus Verstorbenen beatmet.  
44 Die Autoren führen diese im internationa-  
45 len Vergleich zu Ländern mit ähnlicher Al-  
46 tersstruktur und gleichen Behandlungsmög-  
47 lichkeiten bis zu 5-fach höheren Beatmungs-  
48 zahlen auf das bloße finanzielle Interesse  
49 der Krankenhausträger an der Durchführung  
50 gut vergüteter Beatmung zurück. Die Berichte  
51 von überflüssigen Hüft-OPs, zu vielen Stents  
52 für die Erweiterung der Blutgefäße, fragwür-  
53 digen Kniespiegelungen und Rücken-OPs sind  
54 bekannt.

55 Damit sich Krankenhäuser hierzulande von  
56 auskömmlich bis hoch profitabel finanzieren  
57 können, besteht in jeder Klinik hoher Druck  
58 insbesondere auf ärztliches Personal, mög-  
59 lichst viele Leistungen, also Untersuchungen  
60 und OP-Eingriffe auszuführen und dabei Pa-  
61 tientinnen und Patienten möglichst krank er-  
62 scheinen zu lassen, um einerseits eine gro-  
63 ße Menge an abrechenbaren Eingriffen und  
64 Untersuchungen zu generieren und ande-  
65 rerseits aufgrund möglichst schwer erschei-  
66 nender Erkrankung den dann hierdurch hö-  
67 heren Aufwand höher vergütet zu bekom-  
68 men. Bei manch einem Krankheitsbild wird  
69 die Krankenhausbehandlung gleich in mehre-  
70 re Eingriffe aufgeteilt, für die jedes Mal eine  
71 Aufnahme im Krankenhaus erfolgt, obwohl  
72 das Krankheitsbild mit einem einzigen Kran-  
73 kenhausaufenthalt behandelt werden könn-  
74 te und jeder Eingriff Risiken mit sich bringt.  
75 Einziger Grund für diese Abläufe ist das In-  
76 teresse des Krankenhausträgers, aus jedem  
77 Krankheitsbild möglichst hohe Einnahmen  
78 und am besten gleich mehrfach zu generie-  
79 ren. Und wer diese Abläufe mal hinterfragt,  
80 wird diesen Entgeltanreiz bei offen sprechen-  
81 dem Krankenhauspersonal bestätigt bekom-  
82 men.

83 Das führt inzwischen auch dazu, dass schwer  
84 erkrankte, altersschwache Menschen am En-  
85 de ihres Lebens vielfachen Eingriffen ausge-

86 setzt sind, für alle Patienten die Eingriffs-  
87 schwelle immer weiter absinkt, ohne dass für  
88 jeden einzelnen Eingriff noch ein Patienten-  
89 nutzen nachweisbar wäre. Es wird im Kran-  
90 kenhaus schneller als notwendig operiert/be-  
91 handelt, weil es vorrangig Geld einbringt und  
92 die Besserung von Krankheitsverläufen gera-  
93 de bei vielfach Erkrankten einen nachgeord-  
94 neten Stellenwert hat.

95 Unnötige Behandlung ist nicht nur risiko-  
96 behaftet, sondern führt wiederum zu aus-  
97 uferndem Pflegeaufwand beim Pflegeperso-  
98 nal, das ja nach jedem Eingriff, nach jeder Un-  
99 tersuchung den dafür anfallenden Pflegeauf-  
100 wand stemmen muss und das aufgrund Per-  
101 sonalmangels häufig überarbeitet ist. Das hat  
102 nicht nur einen Pflegenotstand in Kranken-  
103 häusern zur Folge, den es ohne diese Eingriffs-  
104 häufigkeit nicht gäbe, sondern mit jedem Ein-  
105 griff ohne Patientennutzen sinkt auch die  
106 Motivation für das Pflegepersonal, das auch  
107 ohne ärztliches Wissen die Nutzlosigkeit von  
108 manch Eingriff und den damit kreierte, zum  
109 Teil hohen Pflegeaufwand zu erkennen ver-  
110 mag.

111 Der Fehlanreiz, möglichst viele Eingriffe  
112 durchzuführen, führt im Übrigen auch dazu,  
113 dass Kliniken Krankheitsfälle übernehmen,  
114 denen hierfür Expertise und Ausstattung  
115 nach den neuesten Standards für so eine  
116 Behandlung schlicht fehlt. Wer schwer er-  
117 krankt ist und sich noch entscheiden kann,  
118 sollte keinesfalls die nächste Klinik, sondern  
119 ein ausreichend spezialisiertes Haus auf-  
120 suchen, das viele solcher Fälle behandelt.  
121 Der mit einer potentiellen Fehlbehandlung  
122 einhergehende Nachbehandlungsaufwand  
123 führt zu viel Leid, hohen Kosten und ebenso  
124 ausuferndem Pflegeaufwand.

125 Würden derzeit nur noch wirklich statio-  
126 när behandlungsbedürftige Menschen im  
127 hierfür jeweils kompetenten Krankenhaus  
128 behandelt, könnten etwa 1/3 aller vollstatio-  
129 nären Krankenhausbehandlungen entfallen.  
130 Der vielfach beklagte Pflegenotstand im  
131 Krankenhaus wäre beendet. Und behand-

132 lungsbedürftig sind die Krankheitsfälle, bei  
133 denen eine Besserung des Krankheitslei-  
134 dens durch die Krankenhausbehandlung  
135 zu erwarten ist. Zusätzlich ermöglicht die  
136 medizinische Entwicklung schon heute eine  
137 immer bessere ambulante Versorgung.  
138 Dies wird mit einer Krankenhausfinanzierung  
139 erreicht, die den tatsächlichen Behandlungs-  
140 bedarf honoriert und gerade nicht finansi-  
141 ell fördert, Menschen möglichst krank und  
142 vielfältig sowie häufig behandlungsbedürf-  
143 tig erscheinen zu lassen. Die Ampelregierung  
144 hat sich dieser gefährlichen Entwicklung nun  
145 angenommen. Mit diesem Antrag soll dem  
146 von manch Landesregierung noch beanstan-  
147 deten Veränderungsbedarf Nachdruck verlie-  
148 hen werden, die durch das Fallpauschalensys-  
149 tem entstandenen Fehlanreize bei der Vergü-  
150 tung von Krankenhausbehandlung zurückzu-  
151 drängen.