

Bundesarbeitsgemeinschaft Arbeit Soziales Gesundheit

Sprecherin / Sprecher:

Bärbl Mielich Rathausgasse 6 79292 Pfaffenweiler ☎: 07664-60419 ☎: 07664-600317 ☎: 0170-7347807 mobil ✉: mielich.b.@gmail.com	Harald Wölter Dahlweg 64 48153 Münster ☎:0251-778225 ☎:0163-884 2878 mobil ☎:0211/884-2878 (d) ✉:harald.woelter@t-online.de ✉:harald.woelter@landtag.nrw.de	Ute Michel Ricklinger Stadtweg 46 30459 Hannover ☎:0511-60012281 ☎:0151-65425256 mobil ✉:ute.michel@yahoo.com ✉: u.michel@gruene-hameln- pyrmont.de	Willi Kulke Niederbrodhagen 26 33613 Bielefeld ☎:0521-130979 ☎:0151-40635061 mobil ✉: wkulke@web.de
--	---	---	---

17. April 2016

Positionspapier verabschiedet auf der BAG-Tagung am 17.-19. April 2016

**Für eine gute und patientengerechte
Gesundheitsversorgung –**

Krankenhäuser zukunftsfest machen

Inhalt

I.

Zielsetzung

Aktuelle Probleme nicht gelöst

II.

Flächendeckend gut versorgt – für ein System ohne Brüche

Sektor-übergreifende Versorgungsplanung voranbringen

III.

Für eine stabile Basis - Investitionen stärken

DRGs reformieren - Fehlanreize vermindern, Qualität belohnen

IV.

Gute Leistung muss sich lohnen - mehr Qualität für Patient*innen

Von Mensch zu Mensch –

Beschäftigte in Krankenhäusern stärken, Pflege ausbauen

V.

Fazit

I.

Zielsetzung

Oberstes Ziel unserer Gesundheitspolitik ist eine bedarfsgerechte, flächendeckende und ohne Hürden zugängliche gesundheitliche und medizinische Versorgung für alle Menschen in Deutschland – unabhängig von sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht. Krankenhäuser haben dabei eine zentrale Bedeutung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge der Bevölkerung. Von der wohnortnahen Grundversorgung bis zur Bereitstellung komplexer medizinischer Leistungen der Spitzenmedizin sind sie eine unerlässliche Säule für die Behandlung von Patient*innen. Darüber hinaus nehmen sie eine zentrale Rolle in der medizinischen Forschung, der Weiterentwicklung der praktischen Medizin und in der Ausbildung und Qualifizierung von Fachkräften aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen ein.

Aktuelle Probleme nicht gelöst

Krankenhäuser haben heute und zukünftig mit vielen Herausforderungen zu kämpfen. Der demografische Wandel führt zu einer zunehmenden Zahl älterer sowie chronisch und mehrfach erkrankter Patient*innen. Es ist beispielsweise damit zu rechnen, dass im Jahr 2020 jede*r fünfte Krankenhauspatient*in an einer Demenz erkrankt sein wird. Auch die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen werden in Kliniken nicht immer berücksichtigt, obwohl Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) Deutschland dazu verpflichtet, ihr Recht auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitssystems zu sichern.

Ähnliches gilt für die besonderen Bedürfnisse von Kindern. Auch ist für viele Menschen in prekären Lebenssituationen der Zugang zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung häufig erschwert. Dazu kommt bereits heute eine wachsende Zahl von eingewanderten Menschen mit unterschiedlichen gesundheitlichen und kulturellen Hintergründen. Deshalb müssen sich ambulante und stationäre Versorgungsangebote zukünftig viel stärker noch als heute an die Bedürfnisse unterschiedlichen Patientengruppen anpassen.

Auch die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen haben viele Häuser in den letzten Jahren vor erhebliche Probleme gestellt. Dazu gehört einerseits die fort-dauernd unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder. Andererseits ha-ben das DRG-Vergütungssystem (Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fall-gruppen) und der Stellenabbau insbesondere beim Pflegepersonal zu einer immer höheren Arbeitsverdichtung geführt. Zudem fehlt eine abgestimmte Versorgungspla-nung von stationärem und ambulantem Bereich mit der Folge, dass regional teilweise erhebliche Überkapazitäten oder Versorgungslücken bestehen, insbesondere im ländlichen Raum sowie in Regionen mit schwieriger sozioökonomischer Grundstruk-tur.

Die aktuellen Reformen wie das Krankenhausstrukturgesetz haben diese grundsätz-lichen Probleme weitgehend ignoriert. Viele Gestaltungsaufgaben werden zukünftig der Selbstverwaltung übertragen, aber die Politik ist gefordert, die Rahmenbedingun-gen so zu reformieren, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland vom Bedarf der Patient*innen her gedacht und zukunftsfest gemacht wird.

II.

Flächendeckend gut versorgt – für ein System ohne Brüche

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen, allgemein zugänglichen, Versorgung durch Ärzt*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen stellt eine zentrale Aufgabe in den kommenden Jahren dar. Um den Zugang zur gesundheitlichen Ver-sorgungsangeboten sicherzustellen zu können wird es auch notwendig sein, die un-terschiedlichen soziostrukturellen und demografischen Bedingungen zu berücksichti-gen. So brauchen vor allem ältere Menschen ein an ihre Situation angepasstes An-gebot – ebenso wie zum Beispiel Kinder und Jugendliche oder Menschen mit Migra-tionsgeschichte.

Gerade vor dem Hintergrund zunehmend chronisch, mehrfach oder demenziell er-krankter Patient*innen und komplexeren diagnostischen und therapeutischen Aufga-ben ist es notwendig, Versorgungswege und Behandlungsprozesse sektorenüber-greifend neu zu denken. Patient*innen haben wenig Verständnis für unnötige Dop-peluntersuchungen, eine stockende Weitergabe von Informationen oder lange War-tezeiten für Anschlussbehandlungen. Um dies zu verhindern, braucht es nicht nur

eine stärkere Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, sondern auch ein Überwinden der Grenze zwischen stationärem und ambulantem Sektor, indem beispielsweise eine sektorenübergreifende Patientenbegleitung (case management) und die post-stationäre Rehabilitation gestärkt werden.

Bislang erfolgt die Krankenhausplanung der Länder losgelöst von den Strukturen im niedergelassenen Bereich und kann daher – je nach Region – entweder zu erheblichen Überkapazitäten oder andererseits zu Versorgungslücken führen. Verschärfend kommt hinzu, dass sich die Krankenhausplanung vieler Bundesländer auf eine Rahmenplanung beschränkt. Häufig mangelt es an einer patientenorientierten Bedarfsanalyse. Doppelvorhaltungen von teuren Großgeräten und Spezialeinrichtungen, unzureichende und damit unwirtschaftliche Abteilungsgrößen, fehlende Zentrenbildung und mangelnde Absprachen zwischen benachbarten Kliniken wirken sich dann ungünstig auf die ökonomische Situation vieler Kliniken aus.

Daher muss die Versorgungsplanung insgesamt grundlegend reformiert werden. Für den Krankenhaussektor bedeutet das, kooperative Krankenhausplanung in den Regionen und Abbau der Barrieren bei der Vernetzung von Krankenhäusern, insbesondere in kommunaler Trägerschaft. Wir wollen die Versorgungsplanung in Zukunft sektorenübergreifend gestalten. Kernbestandteil einer solchen Reform ist die Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung in einem Landesversorgungsplan. Hierzu gehört auch eine gründliche und vorausschauende Analyse des tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in einer Region, differenziert nach Versorgungsstufen.

Entscheidend muss sein: Was brauchen die Menschen – wann, wo und wie schnell brauchen sie es?

Sektor-übergreifende Versorgungsplanung voranbringen

Eine solche erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung könnte einem Sektor übergreifenden Versorgungsausschuss auf Landes- oder regionaler Ebene übertragen werden, der neben Vertretern der Leistungserbringer auch Land, Kommunen und Patientenverbände einbezieht. Auch regionale Gesundheitskonferenzen müssen beratend einbezogen werden. Dem Versorgungsausschuss soll eine unabhängige Institution zugeordnet werden, die auf Landesebene oder länderübergreifend anhand abgestimmter Kriterien und auf wissenschaftlicher Grundlage Versorgungsanalysen

vornimmt und mittels objektiver Daten sowie Entwicklungsszenarien Empfehlungen für die Definition von regionalen Versorgungszielen ausspricht.

Entscheidend für die Frage, ob ein Krankenhaus bestehen bleibt, darf also nicht dessen wirtschaftliche Effizienz, sondern die Frage sein, ob es für die Versorgung der Bevölkerung notwendig ist und seine Leistung in der fachlich gebotenen Qualität erbringt. Bei der Versorgungsplanung sollte daher zukünftig stärker zwischen unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie zwischen unvorhersehbaren Krankenhausleistungen (Notfalleleistungen) und planbaren Leistungen (Elektivleistungen) unterschieden werden. Während etwa für Leistungen der medizinischen Notfall- bzw. Grundversorgung (Primärversorgung) kleinräumiger geplant werden muss, ist für bestimmte fachärztliche Leistungen der stationären Maximalversorgung großräumiger zu planen.

Nötig sind darüber hinaus insbesondere in ländlichen Räumen flexiblere Konzepte, die es Krankenhäusern ermöglichen, bei längerfristigem Bedarf auch an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Schon heute übernehmen Kliniken in diesem Bereich zunehmend Verantwortung, etwa durch ambulantes Operieren oder die Gründung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Auch könnten beispielsweise alternativ zu bestehenden stationären Einrichtungen Möglichkeiten für (teil)stationäre Kurzaufenthalte an solchen MVZ geschaffen werden, wenn dies medizinisch sinnvoll und für die Betroffenen und ihre Familien mit geringeren Belastungen verbunden ist.

Mehr Patientenorientierung kann auch durch eine stärkere Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Akteuren entstehen, beispielsweise durch Verträge der Integrierten Versorgung. Auch ein gemeinsames Fallmanagement von stationärem und niedergelassenem Bereich muss erfolgen.

Bei einer stärkeren sektor-übergreifenden Planung wird es zudem mittel- bis langfristige unerlässlich sein, die ambulanten und stationären Vergütungssysteme stärker anzugleichen und schrittweise zu vereinheitlichen.

III.

Für eine stabile Basis - Investitionen stärken

Das duale System der Krankenhausfinanzierung funktioniert seit Jahren nur unzureichend, da viele Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht ausreichend nachkommen. Zwar hat sich laut Krankenhaus Rating Report 2015 die Ertragslage der Häuser im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert; nach wie vor besteht aber ein Investitionsstau von mindestens 12 Milliarden Euro, davon allein mindestens 5,4 Milliarden Euro für die reine Substanzerhaltung.

Die wirtschaftlich schwierige Lage vieler Krankenhäuser ist auch auf den Umstand zurückzuführen, dass sie die notwendigen Mittel für Investitionen aus den laufenden Betriebseinnahmen finanzieren. Kliniken zweigen also notgedrungen Mittel, die eigentlich für die Versorgung von Patient*innen vorgesehen sind, für Baumaßnahmen und Anschaffungen ab. Aktuell stammen mehr als die Hälfte der investierten Mittel nicht aus der Investitionsförderung der Länder. Krankenhäuser in Deutschland (ohne Universitätsklinika) wenden jährlich insgesamt mindestens 2 Milliarden Euro aus Betriebsmitteln für Investitionen auf; dazu kommen weitere 500 Millionen Euro an Netto-Zinsaufwendungen zur Bedienung von Krediten. Das führt dazu, dass das Geld an anderer Stelle fehlt.

Auch die Zweckentfremdung von solidarisch aufgebrauchten Versicherungsgeldern wie erhebliche Dividendenzahlungen bei privaten Krankenhausbetreibern oder Kapitalentnahmen bei kommunalen Krankenhäusern gehören auf den Prüfstand, weil sie die Finanzbasis des Krankensektors schwächt.

Zwar müssen manche Investitionsentscheidungen kritisch hinterfragt werden, beispielsweise wenn durch sie Doppelstrukturen bei medizinischen Großgeräten aufgebaut werden. An dem grundsätzlichen Problem der unzureichenden Investitionsmittel der Länder wird sich aber angesichts der Schuldenbremse auch zukünftig nichts ändern. Gleichzeitig wird auf die meisten Kliniken durch die Fortentwicklung der medizinischen Wissenschaft und der Behandlungsmöglichkeiten ein erheblicher Investitionsbedarf zukommen.

Durch die größere Zahl älterer Patient*innen müssen stationäre Einrichtungen zudem verstärkt in eine funktions- und altersgerechte Krankenhausarchitektur investieren. Einen großen Bedarf gibt es absehbar auch bei der IT-Ausstattung der Krankenhäuser. Steigende Energiepreise und die Anforderungen an klimagerechtes Bauen erfordern zusätzliche Ressourcen. Das Krankenhausstrukturgesetz schafft angesichts

der unterschiedlichen Haushaltssituation der Länder für dieses Problem keine Abhilfe.

Wir schlagen daher vor:

- Die Länder, deren Investitionsfinanzierung zuletzt unzureichend war, müssen in die Lage versetzt werden, ihre Mittelbereitstellung für die Krankenhäuser zu erhöhen.
- Grundsätzlich muss das System der Investitionsfinanzierung reformiert werden. Dabei sollen Krankenkassen und Länder die Option erhalten, diese Aufgabe gemeinsam zu schultern. Zukünftig sollen sich die Krankenkassen anteilig an den Investitionskosten beteiligen und dafür ein Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung und später bei einer sektorenübergreifenden, regionalen Planung erhalten. Dazu soll auf Landesebene ein gemeinsam getragener Fonds eingerichtet werden, aus dem die Investitionspauschalen finanziert werden. Die Höhe der Landesmittel bestimmt die Höhe der Mittel, die von den Krankenkassen gestellt werden. Im Gegenzug sollen die Krankenkassen bei der Krankenhausplanung einbezogen werden, so wie dies in Ostdeutschland seit 1990 erfolgreich praktiziert wird. Maßgeblich bleibt allerdings die Letztverantwortlichkeit und Zuständigkeit der Länder für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung.

DRGs reformieren - Fehlanreize vermindern, Qualität belohnen

Seit rund 10 Jahren beruht die Refinanzierung der Betriebskosten der deutschen Krankenhäuser auf fallbezogenen Erlöspauschalen, den sogenannten DRGs (Diagnosis Related Groups - diagnosebezogene Fallgruppen). Zweifellos hat das DRG-System rückblickend betrachtet Fehlentwicklungen im deutschen Krankenhauswesen entgegengewirkt, es hat jedoch gleichzeitig zu neuen Fehlanreizen und Problemen geführt. So ist bei Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft zu beobachten, dass sich diese aus weniger lukrativen Bereichen der Grundversorgung (Geburtshilfe, Kinderheilkunde) zurückziehen und auf einträglichere Fachgebiete spezialisieren. Hier ist zu prüfen, inwieweit die bestehenden Instrumente der Krankenhausplanung der Länder ausreichen, solchen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.

Bezüglich des DRG-Systems sehen wir insbesondere folgende Fehlentwicklungen:

- Der Anspruch des DRG-Systems in Deutschland, möglichst jeden Krankheitsfall und –verlauf abzubilden, hat dazu geführt, dass dem individuellen Krankheitsgeschehen nicht immer ausreichend Rechnung getragen wird. Kurze Liegezeiten werden mit Vergütungsabschlägen und lange Liegezeiten mit unzureichenden Zusatzvergütungen belegt und mit erhöhtem Begründungsaufwand sanktioniert. Das DRG-System belohnt eine standardisierte Patientenbehandlung in einem für die einzelnen Krankheiten festgelegten zeitlichen Korridor. Daher müssen für Fälle mit besonderem individuellen Behandlungsverlauf zusätzliche Vergütungsbestandteile geschaffen werden.
- Das DRG-System liefert Anreize dazu, Patient*innen, die mehr als ein medizinisches Problem haben, mehrfach stationär aufzunehmen, um mehrere Fallpauschalen abrechnen zu können anstelle einer Behandlung in einem Aufenthalt, da heute pro stationärem Aufenthalt nur jeweils eine DRG abgerechnet werden kann.
- Selbst nach jahrelangen Anpassungsprozessen sind nicht alle Leistungen im DRG-System gleich angemessen vergütet; dadurch entstehen Fehlanreize hin zu Fächern mit vielen lukrativen Diagnosen. Stark benachteiligt sind hingegen Bereiche mit besonderen patientenindividuellen Anforderungen (z.B. Pädiatrie), mit hohen Vorhaltekosten und nur geringen Möglichkeiten der elektiven Leistungssteuerung (z.B. Geburtshilfe, Notfallversorgung).
- Das DRG-System ermittelt Personal- und Sachkosten in den einzelnen Krankheitsgruppen und setzt sie zueinander in Beziehung, es kennt in Deutschland jedoch keine normativen Elemente wie Personalmindestbesetzungsstandards. Dadurch wurde zum Beispiel der jahrelange starke Abbau im Pflegepersonal der Kliniken möglich. Durch falsche ökonomische Anreize kommt es in einigen Fachbereichen (z.B. Orthopädie, interventionelle Kardiologie) zu einer Ausweitung medizinisch nicht immer notwendiger Behandlungen wie beispielsweise Prothesenoperationen, weil diese besser vergütet werden. Aktives Handeln (z.B. Operationen) ist in diesem Kontext meist lukrativer und damit attraktiver als „bloßes“ Beraten und Abwarten. Damit besteht stellenweise aber die Gefahr der Übertherapie und Fehlbehandlung.
- Auch wenn sich nicht indizierte Leistungsausweitungen vermutlich nicht immer vollständig verhindern lassen, kann eine Reform der DRGs erheblich dazu bei-

tragen, Fehlanreize zu beseitigen und damit einhergehende Selektionsmechanismen hin zu „lukrativeren“ Fällen entgegenzuwirken.

Daraus ergibt sich erheblicher Reformbedarf:

- Dazu gehört in erster Linie, die Finanzierung der Betriebskosten zukünftig auf zwei Säulen zu stellen. Einerseits müssen Vorhaltekosten, die die Leistungsbereitschaft der Kliniken sicherstellen, besser als bisher abgebildet und zusätzlich zu den jetzigen DRGs finanziert werden. Die zweite Säule muss andererseits das Leistungsgeschehen angemessen abbilden.
- Zukünftig müssen diejenigen Krankenhäuser belohnt werden, die ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag folgend an der Grundversorgung festhalten. Es darf sich für keine Klinik mehr finanziell lohnen, die Behandlung von Kindern oder Schwangeren einzustellen. Das gleiche gilt für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Die derzeitige Vergütung der Notfallversorgung deckt die Vorhaltekosten nicht hinreichend ab.
- Künftig sollten aus unserer Sicht daher Aspekte der Qualität in das DRG-System einfließen. Qualitätssichernde Maßnahmen sollen alle wichtigeren Krankheitsbilder in möglichst aufwandsarmer Weise begleiten und in patientenverständlicher Form veröffentlicht werden. Die Einführung von Abschlägen für schlechte Qualität halten wir allerdings nicht für zielführend. Auch internationale Erfahrungen sprechen gegen ein solches Vorgehen. Ob Vergütungszuschläge für Qualitätsverbesserungen in Zukunft sinnvoll sein können, müssen wissenschaftlich begleitete Pilotprojekte zeigen.
- Eine stärker interdisziplinäre Zusammenarbeit wie zum Beispiel in der Krebsbehandlung (sektorübergreifende Tumorboards) kann ebenfalls dazu beitragen, die ärztliche Indikationsstellung zu verbessern und medizinisch unnötige Eingriffe zu vermeiden.
- Für Maximalversorger wie zum Beispiel Universitätskliniken sind zudem Extremkostenfälle ein erhebliches Problem. Auch für diese fehlt bislang eine sinnvolle extrabudgetäre Finanzierungsregelung.

Engagement, das sich zugunsten der Versorgungsqualität auswirkt, aber mit Kosten und Aufwand verbunden ist, die bisher nicht im DRG-System abgebildet sind, muss ebenfalls belohnt werden. Hierzu gehören beispielsweise Kosten für Krankenhaus-

hygiene, Qualitätssicherung, Aus- und Fortbildung, oder die Beteiligung an der ambulanten Versorgung in strukturschwachen Regionen.

IV.

Gute Leistung muss sich lohnen - mehr Qualität für Patient*innen

Wettbewerb zwischen Krankenhäusern muss in erster Linie ein Wettbewerb um die qualitativ beste Versorgung der Patient*innen sein. Menschliche Zuwendung und kooperativer Umgang mit den Patient*innen sowie deren Angehörigen sind dabei ebenso unverzichtbar wie die Gewährleistung von Patientenrechten.

Die Qualität eines Krankenhauses spielt im bisherigen Planungssystem allerdings kaum eine Rolle. Bei der Entwicklung brauchbarer und am Patienten orientierter Indikatoren und Definitionen befinden wir uns noch am Anfang. Wir müssen uns fragen: Was nützt eigentlich Patient*innen? Vieles, was heutzutage an Daten in den Häusern erhoben wird bzw. erhoben werden muss, hat mit Qualität nicht viel zu tun, produziert aber einen Wust an bürokratischem Aufwand – Zeit, die beispielsweise für das Patientengespräch und die pflegerische Behandlung und Unterstützung fehlt. Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Einrichtungen beispielsweise sind in unserem Gesundheitssystem zwar teilweise vorhanden. Gerade für letztere gibt es bislang allerdings kaum brauchbare Indikatoren.

Eine Weiterentwicklung der Qualitätsdebatte ist daher notwendig. Verpflichtende qualitätssichernde Maßnahmen müssen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse in allen klinischen Fächern und für alle häufigeren Krankheitsbilder eingeführt werden. Im Vordergrund stehen zunächst Qualitätsindikatoren, die Strukturqualität (z.B. Personalbesetzung) messen. Ergänzend sind Indikatoren für Prozessqualität einzuführen. Indikatoren für Ergebnisqualität sollen nur dort eingeführt werden, wo ihre Aussagekraft wissenschaftlich eindeutig belegt ist. Sie dürfen nicht zur Selektion von Patienten führen.

Die Erhebung und Auswertung von Patientendaten ist unerlässliche Voraussetzung für eine evidenzbasierte Medizin. Im Interesse aller Beteiligten muss dabei aber ein möglichst bürokratiearmes Verfahren gewährleistet werden. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass die Daten manipulationssicher sind und Datenschutzvorgaben eingehalten werden.

Zur Ermittlung der Qualität gehören aus unserer Sicht zudem standardisierte Patient*innenbefragungen. Alle Ergebnisse der Qualitätssicherung müssen sämtlich veröffentlicht und Patient*innen zugänglich gemacht werden, damit sie ihnen in verständlicher Form Hilfestellungen bei der Auswahl von Kliniken geben.

Von Mensch zu Mensch – Beschäftigte in Krankenhäusern stärken, Pflege ausbauen

Krankenhäuser in Deutschland sind wichtige Arbeitgeber. Weit über 1 Millionen Menschen sind dort als medizinisches oder nicht-medizinisches Personal beschäftigt. Die Vergütung durch Fallpauschalen (DRGs) hat in den letzten Jahren allerdings zu einer Konzentration auf wirtschaftlich attraktive ärztliche Leistungen geführt, die insbesondere zulasten der Pflege ging.

Seit der Abschaffung der so genannten Pflegepersonalregelung (PPR) gibt es keinen wirksamen Mechanismus mehr, der Kosteneinsparungen zulasten der Pflege wirksam verhindert. Der Versuch, dieser Entwicklung durch die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) entgegen zu wirken, greift nur bei einem sehr kleinen Teil der Krankenhausfälle (ca. 0,5 Prozent) und wird daher von Experten als „gescheitert“ angesehen (vgl. Thomas, Wasem et al. 2014). Auch alle bisher aufgelegten Pflegestellenförderprogramme sind maximal ein Tropfen auf den heißen Stein, lösen aber das bestehende Problem bei weitem nicht.

Untersuchungen deuten darauf hin, dass auch die aus den DRGs resultierenden Zuweisungen – wenn sie denn überhaupt in der Pflege ankommen - zu gering sind, um den tatsächlichen notwendigen Bedarf an Pflegepersonal zu decken und eine adäquate pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen (vgl. Thomas, Wasem et al. 2014). In einem ersten Schritt muss daher für alle Krankenhäuser sichergestellt werden, dass das für die Pflege vorgesehene Geld auch in der Pflege ankommt.

Um den Personalnotstand abzumildern, muss darüber hinaus ein Pflegestellenprogramm aufgelegt werden, das sich mindestens an den Größenordnungen der 1997 abgeschafften PPR orientiert und die Zahl der Beschäftigten nachhaltig erheblich erhöht. Für die dafür bereitgestellten Gelder ist eine strikte Zweckbindung vorzusehen. Zudem sind für akutstationäre Bereiche der Krankenhäuser verbindliche Perso-

nalbemessungsregelungen in der Pflege einzuführen, die auch entsprechend vergütet werden. Der Personalbedarf muss sich dabei aus dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patient*innen ableiten.

Mittel- und langfristig muss ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt werden. Ein mögliches Instrument wäre eine eigenständige, leistungsbezogene Pflegepauschale, auch andere Modelle oder Mischformen kommen hier in Frage. Bei der Entwicklung müsste zwingend auch pflegepraktischer und pflegewissenschaftlicher Sachverstand an zentraler Stelle einbezogen werden. Auch eine unabhängige Begleitforschung wäre vor dem Hintergrund der Erfahrungen bei der Einführung der DRGs notwendig. Die Einhaltung der Vorgaben muss in den Einrichtungen zudem regelmäßig überprüft werden.

Zusätzlich zu einer ausreichenden Personalausstattung sind auch motivierende Arbeitsbedingungen und teamorientierte Organisationsstrukturen wichtige Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung. Dazu gehören eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation, Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten ebenso wie auskömmliche und langfristige Anstellungsverhältnisse und Betreuungsmöglichkeiten für Kinder.

Untersuchungen zeigen, dass Behandlungsfehler häufig auf unzureichender Zusammenarbeit resultieren. Daher muss diese Zusammenarbeit im Krankenhaus gestärkt werden. Dazu gehören auch interdisziplinäre Behandlungsleitlinien, die gemeinsam von den Gesundheitsberufen entwickelt werden.

Eng verbunden mit einer neuen Aufgabenteilung ist zudem eine Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Sobald nicht-ärztliches Personal wie bspw. Pflegekräfte, Physiotherapeut*innen oder Logopäd*innen die notwendigen Qualifikationen erworben haben, müssen sie bestimmte Tätigkeiten selbstständig ausüben dürfen (so genannte Pool-Kompetenzen).

Notwendig ist weiterhin eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der pflegerischen Ausbildung und des pflegerischen Berufsbildes sowie der weiteren Gesundheitsberufe - einschließlich stärker akademisierter Aus-, Fort- und Weiterbildung. Krankenhäuser übernehmen hier eine starke Verantwortung. Damit diese Rolle auch in Zukunft ausgefüllt werden kann, muss jedoch die Finanzierung von Aus- und Weiterbildung gesichert sein – sowohl beim ärztlichen wie auch beim nicht-ärztlichen Personal.

Dies könnte beispielsweise durch einen von Krankenkassen und Krankenhäusern gemeinsam getragenen Fonds geschehen, aus dem berufsgruppenbezogene Weiterbildungszuschläge finanziert werden.

V.

Fazit

Die zukünftigen Herausforderungen für Krankenhäuser sind groß. Es liegt auch in der Verantwortung der Politik, ihnen Möglichkeiten und Ressourcen für die Bewältigung an die Hand zu geben. Entscheidendes Kriterium dabei muss sein: Was nützt Patient*innen? Nicht das blinde Festhalten an alten Strukturen, sondern die Ausrichtung dieser Strukturen an den Bedürfnissen der Menschen wird maßgebend dafür sein, wie eine gute Krankenhausversorgung gelingen kann. Dazu gehört eine sektorübergreifende Planung ebenso wie die Beseitigung von Investitionslücken und Fehlansreizen bei der Finanzierung.

Medizinische Versorgung erfolgt aber in erster Linie immer noch von Mensch zu Mensch. Entscheidend wird also auch sein, dass ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen, diese gute Arbeitsbedingungen vorfinden und über Berufsgrenzen hinweg teamorientiert miteinander kooperieren.

Diese Aufgaben müssen Bund, Ländern, Kommunen und die Einrichtungen selbst gemeinsam bewältigen. Dass dies gelingt, ist entscheidend für die Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland.

Anhang: