

Neun Forderungen für eine neue Krankenhauspolitik: Gesundheitsversorgung nachhaltig sichern

Beschluss des kkvd Vorstands vom 05. Februar 2020

1. Krankenhausversorgung nachhaltig planen.
2. Finanzierung der Krankenhäuser reformieren.
3. Lücken in der Versorgung älterer Menschen schließen.
4. Notfallversorgung praxisnah reformieren.
5. Personalbedarf in der Pflege fundiert bemessen.
6. Patientenorientierung in der Psychiatrie und Psychosomatik sichern.
7. Misstrauen überwinden – Vertrauen schaffen.
8. Daseinsvorsorge sichern – Trägervielfalt erhalten und fördern.
9. Bildung von Krankenhausverbänden erleichtern.

Für Krankenhäuser wird es immer schwieriger, die gute Versorgung der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt ihrer Arbeit zu halten. Das gilt auch für die katholischen Kliniken im Land. Der Personalmangel, die hohe Arbeitsverdichtung, starre Vorgaben, ausufernde Bürokratie sowie Finanzierungslücken und realitätsferne Sanktionsmechanismen bei der Abrechnungsprüfung sind einige Ursachen dafür.

Immer mehr Krankenhäuser kämpfen Tag für Tag um das wirtschaftliche Überleben. Die Gründe dafür sind nicht nur selbstverschuldet, sondern oftmals eben auch die regulatorischen Eingriffe und gesetzlichen Vorgaben von Politik und Krankenkassen. Ohne Zweifel wird sich die Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren deutlich verändern. Es wird weniger Kliniken geben. Doch derzeit geschieht der Abbau von Krankenhauskapazitäten ohne Plan und Ziel. Es findet ein kalter Strukturwandel statt. In diesem schwierigen Klima leisten die Mitarbeitenden in den Kliniken trotz allem Enormes, um die Patientinnen und Patienten gut zu versorgen.

Mit den folgenden neun Forderungen ruft der kkvd die Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, zu einer geplanten und zielgerichteten Reform der Krankenhauslandschaft in Deutschland überzugehen. Daran wollen der kkvd und die katholischen Krankenhäuser in Deutschland konstruktiv mitarbeiten.

1. Krankenhausversorgung nachhaltig planen.

Wir brauchen eine gesellschaftliche Diskussion über eine gute Krankenhausversorgung und die Erwartungen der Versicherten an ihre Gesundheitsversorgung. Bund und Länder sollten daher zu einem Krankenhausgipfel einladen. Krankenhausversorgung ist und bleibt ein wichtiger Teil der Daseinsvorsorge. Ihre Zukunft muss zielgerichtet und nachhaltig geplant werden. Dazu gehört ein realistischer Blick auf die zusätzlichen Kosten. Die von der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ in ihrem Fortschrittsbericht geplante erweiterte Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung ist ein richtiger Schritt. Können die Länder künftig über die Umwandlung eines Krankenhauses in ein ambulantes oder ambulant-stationäres Gesundheitszentrum entscheiden, ist sicherzustellen, dass die Kosten der Umstrukturierung gedeckt und sektorenübergreifende Behandlungskonzepte über das Finanzierungssystem abgebildet sind. Entscheidende Kriterien für die Planung müssen Erreichbarkeit, Bedarfsorientierung und Qualität sein.

2. Finanzierung der Krankenhäuser reformieren.

Die Krankenhausfinanzierung muss auf den Prüfstand. Das bestehende System setzt Fehlanreize. Zudem müssen Kliniken ihre Investitionen teilweise aus den Betriebseinnahmen querfinanzieren. Wo Kliniken einen wichtigen Beitrag zur Daseinsvorsorge leisten, werden ihre Vorhaltekosten nur zum Teil erstattet. Wir schlagen vor, das Fallpauschalen-System weiterzuentwickeln. Bedarfsnotwendige Vorhaltekosten und der Bereich Basisversorgung sollten pauschal sowie anteilig aus Steuermitteln und GKV-Beiträgen vergütet werden. Bereiche der Spezialversorgung sollen darauf aufbauend leistungsbezogen mit Fallpauschalen vergütet werden. Über eine Auflösung der Sektorengrenzen muss auch in der Finanzierung nachgedacht werden. Das vom Land Schleswig-Holstein Ende Januar vorgestellte

Diskussionspapier zur Reform der Krankenhausfinanzierung weist in die richtige Richtung.

3. Lücken in der Versorgung älterer Menschen schließen.

Der demografische Wandel macht auch vor den Kliniken nicht Halt. Immer mehr Patienten sind hochbetagt und mehrfach erkrankt. Immer öfter haben Patienten zudem kein soziales Netz, das bei der ambulanten Nachversorgung einspringen kann. Kurzzeitpflege-, Pflege- oder Rehaplätze sind oftmals kurzfristig nicht verfügbar. Daher ist dringend eine Regelung notwendig, auf deren Grundlage Krankenhäuser Patienten übergangsweise stationär versorgen dürfen, wenn sie kein soziales Netz haben oder die Klärung der ambulanten Weiterversorgung langwierig ist.

4. Notfallversorgung praxisnah reformieren.

Die Reform der ambulanten Notfallversorgung ist notwendig. Unerlässlich ist, die Patienten gezielter zu der für ihren Hilfebedarf passenden Versorgung zu lenken. Wichtig sind daher die Einführung Gemeinsamer Notfalleitsysteme (GNL) und die Evaluierung der Erfahrungen der in den letzten drei Jahren durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) entstandenen Kooperationen wie Portalpraxen an Kliniken. Integrierte Notfallzentren (INZ) dürfen nicht vom Reißbrett kommen, sondern sollten sich an der guten Praxis und den Gegebenheiten in den Regionen orientieren. Zudem dürfen Kliniken nicht mit Abschlügen bestraft werden, wenn sie auch ohne INZ ambulant helfen, wenn Patienten vor ihrer Tür stehen.

5. Personalbedarf in der Pflege fundiert bemessen.

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) haben nicht zur erhofften Entlastung der Pflege geführt. Im Gegenteil sorgen sie für mehr Bürokratie, hohen Organisationsaufwand und zusätzliche Rückrufe aus dem Frei. Sie sollten daher ab 2021 durch das von DKG, Pflegerat und verdi vorgelegte Konzept „Pflegepersonalrichtlinie 2.0“ (PPR 2.0) ersetzt werden. Gleichzeitig ist die Entwicklung eines neuen, wissenschaftlich fundierten Pflegepersonalbemessungsinstruments auf den Weg zu bringen.

6. Patientenorientierung in der Psychiatrie und Psychosomatik sichern.

Seit 2020 gelten Mindestvorgaben für das gesamte therapeutische Personal in der Psychiatrie und Psychosomatik, welches einrichtungsbezogen quartalsweise nachgewiesen werden muss. Erschwerend kommt hinzu, dass parallel zu diesem sanktionsbewehrten Nachweis ein stationsbezogener, monatlicher Nachweis für dieses Personal gefordert ist, der den Kliniken einen immensen zusätzlichen Dokumentationsaufwand beschert. Erheblich mehr Bürokratie ist die Folge. Moderne, innovative Versorgungskonzepte über Stations- und Sektorengrenzen hinweg werden durch sie konterkariert. Daher müssen die Mindestvorgaben schnellstmöglich durch ein zeitgemäßes Instrument ersetzt werden, das innovative Versorgungsformen berücksichtigt und Bürokratie reduziert.

7. Misstrauen überwinden – Vertrauen schaffen.

Bürokratie und Überregulierung nehmen im Klinikalltag überhand und rauben Zeit, die bei der Versorgung der Patienten fehlt. Gleichzeitig empfinden die Kliniken die immer neuen Regelungen zur Abrechnungskontrolle als Ausdruck einer überzogenen Misstrauenskultur ihnen gegenüber. Im Miteinander zwischen Bundes- und Landespolitik, Krankenkassen und Kliniken sind eine Bestandsaufnahme und ein Neuanfang nötig. Auch darum ist ein Krankenhauspapier wichtig. Als erster Schritt sollte zudem die Strafzahlung von 300 Euro für jede beanstandete Klinikabrechnung zurückgenommen werden.

8. Daseinsvorsorge sichern – Trägervielfalt erhalten und fördern.

Unsere Krankenhauslandschaft lebt auch von der Vielfalt ihrer Träger. Ihr Nebeneinander setzt Anreize für Veränderungen und Innovationen in der Versorgung. Im derzeitigen kalten Strukturwandel haben freigemeinnützige Einrichtungen einen Wettbewerbsnachteil. Ihre Überschüsse reinvestieren sie vollständig für das Gemeinwohl. In Krisen müssen sie selbstständig Auswege finden. Auf die Dauer können sie so zwischen öffentlichen und privaten Träger zerrieben werden. Notwendig ist ein klares Bekenntnis zum Prinzip der Trägervielfalt.

9. Bildung von Krankenhausverbänden erleichtern.

Eine Stärke der katholischen Krankenhäuser ist, in Partnerschaften neue Wege zu gehen. An vielen Klinikstandorten werden daher Verbände gebildet. Derzeit vertritt der kkvd 48 Krankenhausverbände mit jeweils mehr als 700 Betten, darunter 27 Verbände mit mehr als 1.000 Betten. Dies bringt die Spezialisierung und die Bildung von Zentren voran. Doch verhindert die kartellrechtliche Praxis nicht nur den Zusammenschluss auch von freigemeinnützigen Kliniken, sondern ebenso bereits Leistungsabsprachen, die zu einer Spezialisierung an einem Verbundstandort führen sollen. Dies muss mit gesundheitspolitischen Anforderungen in Einklang gebracht werden.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit 400 Klinikstandorte in katholischer Trägerschaft mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden. Weitere Informationen unter www.kkvd.de.

