

Berlin, 17. September 2020

Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht **Positionspapier des Marburger Bundes**

Präambel

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist eine verfassungsrechtlich vorgegebene Aufgabe im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Gleichzeitig befinden sich Krankenhäuser in einem marktwirtschaftlichen Umfeld und können ökonomische Interessen nicht ausblenden. Dieses Spannungsverhältnis muss zum Wohl der Patientenversorgung ausgeglichen sein.

Die erforderliche Balance zwischen Staat und Markt ist aus Sicht des Marburger Bundes nicht mehr gegeben. Der Patient ist aus dem Fokus der Versorgung geraten.

Die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens ist auch in der Krankenhausversorgung an ihre Grenzen gelangt und gerät zunehmend in die Kritik. Immer mehr kommerzielle Steuerungs- und Regulierungsinstrumente dominieren die Versorgung und setzen falsche Anreize. Das schadet der Qualität der Patientenversorgung und untergräbt das Vertrauen in das gesamte System. Vor allem die Leistungsträger – Ärztinnen und Ärzte, die Pflege und andere Gesundheitsberufe – stehen ständig unter einem kommerziellen Rechtfertigungsdruck. Humanität und Qualität der Patientenversorgung treten dabei in den Hintergrund.

Gesundheit ist kein marktwirtschaftliches Gut. Der Blick muss wieder auf den Auftrag der Krankenhäuser im Rahmen der Daseinsvorsorge und auf die Patientenversorgung gerichtet werden. Deshalb braucht die Krankenhausversorgung eine Neujustierung. Dazu ist es erforderlich, auf verschiedenen Ebenen neu zu denken, zu planen und zu gestalten.

.../1

Ausgangslage / Problembeschreibung

Versorgungsstrukturen und -prozesse

Angesichts des demographischen Wandels, der sowohl die Bevölkerung als auch die sie versorgenden Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberufe betrifft, entwickelt sich die Versorgung in Ballungsgebieten und in strukturschwachen und bevölkerungsarmen Regionen zunehmend auseinander. Gerade strukturschwache Gebiete sind zunehmend unterversorgt. Nicht nur der Unterschied zwischen städtischen Ballungsgebieten, Mittelstädten oder ländlichem Raum, sondern auch die regional unterschiedlichen vorgehaltenen Versorgungsstrukturen erfordern, dass die Rolle der Krankenhäuser in der Fläche und in Ballungsgebieten neu definiert werden muss.

Es fehlt eine tragfähige Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung. Im Bereich der stationären Versorgung besteht ein ruinöser Verdrängungswettbewerb. Das Versorgungsspektrum von Krankenhäusern in räumlicher Nähe ist vielfach kompetitiv strukturiert. Es mangelt an abgestimmten Angeboten, kooperativen Strukturen, Standortzusammenführungen und im Einzelfall auch Standortschließungen.

Versorgungsprozesse sind unkoordiniert und nicht patientenorientiert. Das betrifft die unzureichende intersektorale wie auch sektorenverbindende Zusammenarbeit. Ursachen sind rechtliche und vergütungssystematische Hürden, aber auch die mangelhafte technische Möglichkeit des Austausches von Patientendaten. Die Potentiale der digitalen Gesundheitsanwendungen und digitalen Vernetzung werden bislang nicht ausreichend genutzt.

Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung hat in vielen Bundesländern keine gestaltende Wirkung mehr. Mit einem weitgehenden Rückzug aus der Investitionsfinanzierung haben die Bundesländer eine weitere Steuerungsmöglichkeit aus der Hand gegeben. Auch der Ansatz, durch planungsrelevante Qualitätsvorgaben Krankenhausplanung zu lenken, hat sich trotz großem personellem und finanziellem Aufwand nicht bewährt. Der Bundesgesetzgeber macht zunehmend Vorgaben, die sich mittelbar auf die Krankenhausplanung auswirken, aber derzeit keine planerisch gestaltende Wirkung haben, sondern sie erschweren. Die Realisierung von Kooperationen oder Zusammenschlüssen von Krankenhäusern unterliegt vielfach der Wettbewerbskontrolle und nicht dem Versorgungsbedarf.

Das zugelassene Krankenhaus hat eine rechtlich starke Position. Eine Herausnahme aus dem Plan oder Änderung des Versorgungsauftrags scheitert in der Regel an den materiell-rechtlichen Prüfungsmaßstäben und den dazu aufgestellten Grundsätzen der Rechtsprechung zur Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit. Nach der Rechtsprechung richtet sich der Bedarf derzeit nach dem, was aktuell versorgt wird und nicht nach den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung. Folglich reicht die Belegung der Betten eines Krankenhauses als Beweis für die Bedarfsnotwendigkeit. Leistungsfähig sind Krankenhäuser nach der Rechtsprechung bereits dann, wenn sie dem aktuellen Stand der medizinischen

Wissenschaft genügen. Die Krankenhausgesetze der Länder enthalten nur vereinzelt (Spezial-)Regelungen, die es der zuständigen Behörde ermöglichen, ein Krankenhaus ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

Krankenhausfinanzierung (Betriebskostenfinanzierung)

Das pauschalierte Abrechnungssystem hat zu viele Fehlanreize. Die bisherigen Bemühungen mit einzelnen Korrekturen waren nicht zielführend, das System wird immer komplexer, aber nicht besser. Es zwingt Krankenhäuser zum Aufbau von Spezialabteilungen, obwohl diese in der Region bereits vorhanden sind. Dem Fehlanreiz, Personal einzusparen um Erlöse zu generieren, ist der Gesetzgeber mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten begegnet. Das hat auch in den übrigen Personalbereichen zu ähnlichen Überlegungen geführt. Spätestens seit dieser Änderung wird die Debatte um ein alternatives Finanzierungssystem forciert geführt. Die Fehlanreize und Risiken des DRG-Vergütungssystems, insbesondere betriebswirtschaftliche Anreize zur weiteren Leistungsverdichtung auf Kosten des Krankenhauspersonals, tragen maßgeblich zu Personalengpässen bei. In einem Dienstleistungssektor, bei dem der Personalkostenanteil rund 70 Prozent der Betriebskosten ausmacht, reagieren viele Krankenhäuser auf unzureichende Investitionsmittel der Länder mit Personalabbau.

Krankenhausinvestitionen

Seit Jahren besteht Einigkeit darüber, dass die investiven Mittel, die die Länder den Krankenhäusern zur Verfügung stellen, nicht ausreichen. Hinsichtlich der erforderlichen Größenordnung des Investitionsbedarfs allein zum Erhalt des Status quo wird von einem Betrag von etwa 6 Mrd. Euro pro Jahr ausgegangen. Diese Größenordnung bestätigt der Bericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen. Gerade einmal die Hälfte wird derzeit von den Bundesländern gedeckt. Deswegen belasten die zunehmend eigenmittelfinanzierten Investitionen die Krankenhausbudgets. Die dadurch gebundenen Mittel fehlen an anderer Stelle und gehen hauptsächlich zu Lasten der für die Patientenversorgung notwendigen Personalausstattung.

Krankenhauspersonal

Krankenhäuser sind personalintensive Dienstleistungsbetriebe. Bereits heute fehlen Ärztinnen und Ärzte in allen Sektoren. Nach Erhebungen des Deutschen Krankenhaus-Instituts (DKI) können 76 Prozent der Krankenhäuser kaum Ärztinnen und Ärzte für vakante Stellen finden; und der Bedarf wird steigen.

In der täglichen Arbeit haben Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus insbesondere unter ausufernder Bürokratie, Mehrfachdokumentationen, unkoordinierten Abläufen und Besprechungen mit ausschließlich ökonomischem Fokus zu leiden, wie Befragungen des Marburger Bundes zeigen. Auch die Dokumentationen im Rahmen der Qualitätssicherung sind immer aufwändiger geworden. Dementsprechend nimmt für die Krankenhausärztinnen und -ärzte bei der Frage nach möglichen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ein Abbau der

Bürokratie immer wieder einen Spitzenplatz ein, da diese Arbeiten vermehrt zu Lasten der Patientenversorgung gehen. Patientinnen und Patienten beklagen zu Recht, dass die Ärztinnen und Ärzte ihnen vielfach zu wenig Zeit für das Gespräch über Krankheit, Lebensperspektive und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen können und ein ständiger Zeitdruck spürbar ist.

Die Arbeitsüberlastung führt zu einem Wertekonflikt zwischen dem Anspruch der Ärzteschaft an eine gute Patientenversorgung und der notwendigen Zeit für Erholung und für sich selbst. Überlastung erhöht die Gefahr für gesundheitliche Schäden durch die ärztliche Berufstätigkeit bis hin zum Burnout. Gleichzeitig treten positive Aspekte der ärztlichen Tätigkeit wie selbstbestimmtes Handeln, positive Zuwendung zum Patienten und Teamarbeit immer weiter in den Hintergrund. Dies führt zum Rückzug aus der Patientenversorgung oder Aufgabe des Arztberufs. Eine zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten versucht, diesen Missständen durch Teilzeittätigkeit zu entgehen, was die vielerorts bereits angespannte Personalsituation noch verschärft.

Versorgungsqualität

Die Qualität der Patientenversorgung gehört seit Jahren zu den an den häufigsten bemühten Schlagworten in der Gesundheitspolitik. Mit hohem finanziellem und personellem Aufwand wurden Methoden, Maßnahmen und ganze Organisationen etabliert, die eine Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität und Patientensicherheit zum Ziel haben sollen. Allerdings steht der bürokratische Aufwand in keinem Verhältnis mehr zum Nutzen für die Patientenversorgung, der das eigentliche Ziel der Qualitätssicherung sein sollte. Die Dokumentation der Qualitätsvorgaben scheint eine höhere Wertigkeit zu haben als die Qualität der Patientenzuwendung.

Versorgung bei Pandemien/Epidemien

Die Corona-Pandemie zeigt, dass eine moderne, global vernetzte Welt nicht nur Chancen, sondern auch gesellschaftliche Risiken hat, für die der Staat keine ausreichende Vorsorge getroffen hat. Zeitlich eng getaktete Lieferketten, das Rückgrat der modernen, effizienzoptimierten Wirtschaft, brechen zusammen, wie die Engpässe bei Desinfektionsmittel-lieferungen, Schutzausrüstung für das medizinische Personal und teils lebenswichtigen Medikamenten gezeigt haben. Die Lager der Krankenhäuser, die zur Einsparung finanzieller Ressourcen auf eine minimale Bevorratung ausgerichtet wurden, konnten den Bedarf nicht decken. Im niedergelassenen Bereich führte der Mangel an Schutzkleidung sogar zu Praxisschließungen.

Unter der Pandemie treten diese lang bekannten Probleme des Gesundheitswesens besonders zu Tage. Die Ausweitung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten gelang nur mit sehr hohem personellem und finanziellem Aufwand. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der vorbestehende eklatante Fachkräftemangel im ärztlichen wie im pflegerischen und therapeutischen Bereich den Betrieb der zusätzlichen Kapazitäten nicht über einen längeren Zeitraum erlaubt hätte.

Vorschläge des Marburger Bundes für eine Neujustierung der Krankenhausversorgung

Versorgungsstrukturen und -prozesse

Krankenhäuser stellen die wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung sowie die zentralisierte Spezialversorgung und Maximalversorgung sicher. Kompetenzzentren in den Metropolen werden zukünftig eng mit Gesundheitszentren in der Fläche verbunden und ermöglichen eine Vernetzung von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsmöglichkeiten. Krankenhäuser haben für ländliche Regionen eine ganz besondere Bedeutung und sollten als regionaler Gesundheitsstandort zu einem integrierten Gesundheitsversorger weiterentwickelt werden. Sie sind zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung besonders für Patientinnen und Patienten, die hochbetagt, nicht mobil und oft mehrfach chronisch krank sind (Multimorbidität), unverzichtbar.

- **Angebote im ländlichen Raum bündeln**

Um die Versorgung auch in der Fläche sicherzustellen, müssen Planungsbereiche flexibilisiert, kleinere Häuser durch Facharztkompetenz aus dem ambulanten Bereich, u.a. durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern, Krankenhausern und Vertragsärzten und Zweigpraxen im Krankenhaus unterstützt werden. Wenn diese nicht vorhanden sind, muss das Krankenhaus einen ambulanten fachärztlichen Versorgungsauftrag bekommen. Durch Sonderbedarfszulassungen können die regionalen Engpässe überbrückt werden. Als Beispiel für eine örtliche Bündelung der medizinischen Versorgungsangebote sind Campuskonzepte zu nennen. Die Versorgung vor Ort ist durch telemedizinische Angebote zu unterstützen. Der Rettungsdienst muss unabhängig davon als wichtiges Glied der Versorgungskette personell und infrastrukturell adäquat ausgestattet sein.

- **Kooperationen und Vernetzung fördern**

Nicht nur zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichem Bereich, sondern auch mit der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege sowie Rehabilitations-einrichtungen ist eine Vernetzung notwendig. Die Übernahme von Aufgaben anderer Leistungsbereiche kann sinnvoll sein, wie zum Beispiel die Öffnung der Krankenhäuser für die Übergangspflege/Kurzzeitpflege vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen in den kommenden Jahren.

Die ambulante und stationäre Notfallversorgung soll von Krankenhäusern, Vertragsärzten und dem Rettungsdienst in integrativen Strukturen erbracht werden. Der Marburger Bund hat mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits im September 2017 ein Konzept zur Reform der Notfallversorgung aus ärztlicher Perspektive vorgelegt, das die Einrichtung gemeinsamer Anlaufstellen von Vertrags- und Krankenhausärzten vorsieht. Die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Notfallbereich hat sich in vielen Modellprojekten als geeignete Struktur für eine gute Notfallversorgung im Sinne der Patienten bewährt. Versorgungsrelevante Standorte können durch Krankenhaus-

fusionen oder -Kooperationen dauerhaft gesichert werden. Auf regionaler Ebene kann dies durch eine gesellschaftsrechtliche, auch trägerübergreifende Verbundbildung mit Spezialisierung und Schwerpunktbildung erfolgen, mindestens aber eine regionale Abstimmung darüber.

- **Weiterbildung stärken**

Krankenhäuser erfüllen ihre zentrale Rolle als Weiterbildungsstätte zur Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten. Notwendig sind dafür Abteilungsstrukturen, die den Weiterbildungsauftrag ermöglichen, auch im Rahmen einer Verbundweiterbildung, die eine nahtlose Rotation durch alle Weiterbildungsabschnitte gewährleistet. Krankenhäuser, an denen ärztliche Weiterbildung erfolgt, sind bei der Krankenhausplanung vorzuziehen.

Krankenhausplanung

Eine Reform der Krankenhausplanung sollte als wichtigstes Ziel die bedarfsgerechte Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verfolgen. Dazu ist eine stringente und aktive Krankenhausplanung erforderlich. Dabei soll die Krankenhausplanung in der Verantwortung der Bundesländer bleiben, aber durch bundeseinheitliche Vorgaben ergänzt werden.

- **Versorgungsauftrag nach Versorgungsstufen festlegen**

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung soll durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt werden. Die Versorgungsstufen müssen eine steuernde Wirkung erfüllen. Eine Zuordnung von Leistungs- und Versorgungsstufen in der Krankenhausplanung ist dafür notwendig, damit der Versorgungsauftrag nicht zu weit interpretiert werden kann. Deshalb sollte die Festlegung von Versorgungsstufen im Krankenhausplan verpflichtend sein und nach bundesweit einheitlichen Kriterien erfolgen. Dies bietet einen Ansatz für mehr Planungstiefe und die bessere Abbildung des Versorgungsbedarfs. Drei Versorgungsstufen (Grundversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung) zuzüglich der Versorgung durch die Universitätsklinik sind vorzusehen. In Anlehnung an bereits vorhandenen Kriterien, die Bundesländer zur Abgrenzung von Versorgungsstufen zugrunde legen, ist abzustellen auf die Anzahl der Fachabteilungen, die Mindestanzahl und Qualifikation des ärztlichen Personals sowie die Erreichbarkeit der Versorgung. Die Versorgungsaufgaben müssen für jede Stufe definiert werden. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses sollte hinsichtlich einzelner Schwerpunkte der Weiterbildungsgebiete oder einzelner Leistungsbereiche eingeschränkt werden können. Eine verbindliche Verankerung partieller Leistungsausschlüsse erfolgt im Feststellungsbescheid. Prämisse solcher Versorgungsstufen ist eine arbeitsteilige, auf den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf abgestimmte Versorgung. Die Patientinnen und Patienten müssen entsprechend ihrem Versorgungsbedarf behandelt und in die jeweils medizinisch notwendige Versorgungsstufe zugewiesen bzw. verlegt werden. Die Definition der Versorgungsstufen sollte nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgen.

- **Erreichbarkeit von Krankenhausversorgung bundeseinheitlich festlegen**

Ein Instrument zur Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit ist die Festlegung, in welchem Zeitraum welche Krankenhausleistungen für Patientinnen und Patienten erreichbar sein sollen. Dies gilt sowohl für Leistungen der Notfallversorgung als auch für die der Grundversorgung. Bezogen auf die von uns vorgeschlagenen Versorgungsstufen im Krankenhausplan sind bundesweit einheitliche Erreichbarkeitskriterien unter Beteiligung der Bundesländer zu entwickeln.

- **Struktur- und Personalvorgaben definieren**

Die Vorgaben für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung müssen geändert werden. Kriterien sollten sich auf die Qualität der strukturellen Voraussetzungen für die Erfüllung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses konzentrieren, wie sie bereits in den Krankenhausgesetzen und Krankenhausplänen einiger Bundesländer erfolgt. Die Länder haben eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung sicherzustellen und die Einhaltung des jeweiligen Versorgungsauftrags zu gewährleisten. Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer auch in der Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser sicherzustellen. Dies kann zum Beispiel durch Vorgaben zur Anforderung an Kompetenz und Verfügbarkeit des ärztlichen Dienstes, an apparativer und infrastruktureller Ausstattung erfolgen. Auch die Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte sollte eine solche Strukturvorgabe sein. Deshalb sollten Struktur- und Personalvorgaben für Krankenhäuser und einzelne Abteilungen erarbeitet werden, um so zusätzliche Kriterien für die Krankenhausplanung heranziehen zu können. Zur Krankenhausplanung gehört zwingend, Infektionsbereiche in den Krankenhäusern auszuweisen.

- **Stationäre Notfallversorgung sicherstellen**

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist eine Kernaufgabe der Krankenhausplanung. Die meisten Bundesländer definieren bereits Vorgaben zur Notfallversorgung, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Im Krankenhausplan sollten die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser nach Struktur und Umfang auf Grundlage der bundeseinheitlichen Kriterien ausgewiesen werden. Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, halten innerhalb ihres Versorgungsauftrags immer auch eine erforderliche Grundversorgung vor, da der Versorgungsauftrag grundsätzlich umfassend zu erfüllen ist.

- **Flächendeckende und vernetzte Versorgungsstrukturen fördern**

Um die Zielsetzung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern unabhängig vom Wohnort zu ermöglichen, muss die Krankenhausplanung auch die Versorgungsfunktion für das Umland berücksichtigen. Dem soll durch Planung von Gesundheitsregionen – unabhängig von Landesgrenzen – Rechnung getragen werden. Die Krankenhauspläne sind mit den Bereichsplänen der Rettungsdienstbereiche abzustimmen, wobei auch länderübergreifende Besonderheiten berücksichtigt werden sollen.

- **Medizinische Kompetenzbündelungen voranbringen**

Die Krankenhausgesetze der Länder sollten Regelungen vorsehen, die es der zuständigen Behörde ermöglichen, ein Krankenhaus ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Es ist nicht im Sinne des Patienten, wenn alle im Umkreis liegenden Krankenhäuser gleiche Subspezialisierungen anbieten. Der Wettbewerb hat sich hier nicht bewährt. Entsprechend planerische Schritte zur medizinischen Kompetenzbündelung und Konzentration von Krankenhausangeboten dürfen nicht durch kartell- oder wettbewerbsrechtliche Hürden zu Lasten der Patientenversorgung konterkariert werden.

Krankenhausfinanzierung (Betriebskostenfinanzierung)

Die Vergütung für Krankenhausleistungen muss eine ausreichende Finanzierung der Betriebskosten sowie Planungssicherheit gewährleisten. Ein neues Finanzierungssystem muss auch im ländlichen Raum geografische Besonderheiten sowie vermehrte Kosten bei Maximalversorgern wie Universitätsklinika berücksichtigen und auf die Anforderungen des demografischen Wandels besser eingehen können. Das bisherige erlösorientierte G-DRG-System ist durch ein kombiniertes Vergütungssystem aus krankenspezifischen Personalausgaben und Vorhaltekosten sowie Abrechnung landeseinheitlicher pauschalierter Sach- und Betriebskosten abzulösen.

- **Vorhaltekosten als erlösunabhängige Vergütungskomponente**

Krankenhäuser haben zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags Vorhaltekosten unabhängig von der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung. Diese Vorhaltekosten sollen entsprechend der Versorgungsstufe eines Krankenhauses als leistungsunabhängige Pauschale von den Krankenkassen finanziert werden. Dadurch erhalten Krankenhäuser nicht nur Planungssicherheit, sondern auch Anreize, damit nicht alle Krankenhäuser das tun, was manche besser können. Die Höhe der Vorhaltepauschalen vereinbart die Selbstverwaltung auf Bundesebene. Die dazu erforderlichen Kriterien kann das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickeln. Maßgebend sind die neuen, im Krankenhausplan ausgewiesenen Versorgungsstufen, wie oben skizziert.

- **Personalkostenfinanzierung**

Die Personalkosten der direkten Patientenversorgung werden in Höhe der aufgaben- und patientenorientierten Personalplanung auf Nachweis durch die Krankenkassen finanziert. Die Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen ebenso wie die Personalentwicklungskosten berücksichtigt werden.

- **Finanzierung der weiteren pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser**

Sach- und weitere Personalkosten beispielsweise für Verwaltungs- und Reinigungspersonal verbleiben in einer pauschalisierten Finanzierung.

Krankenhausinvestitionen

Um die Unternehmenssubstanz zu erhalten und Modernisierungen möglich zu machen, bedarf es regelmäßiger Investitionen. Neue planerische Strukturziele können ohne eine an den tatsächlichen Kosten orientierte Investitionsfinanzierung nicht erfolgreich umgesetzt werden. Die Finanzierung der notwendigen Investitionen wie bauliche Maßnahmen und medizinische Ausstattung ist eine öffentliche Aufgabe. Ebenso wie die Krankenhausplanung muss die Investitionskostenfinanzierung in staatlicher Verantwortung bleiben. Auch nach dem von uns dargestellten Konzept für eine Neuaufstellung der Krankenhausversorgung hat der Bund Einfluss bei der Krankenhausplanung. Es ist folgerichtig, einen Finanzierungsauftrag neben den Bundesländern auch dem Bund zu geben. Die Bundesländer und der Bund sollten eine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten zukünftig gemeinsam sicherstellen.

- **Finanzierung durch die Länder**

Hierbei handelt es sich um Einzelförderungen von Investitionen auf Antrag (Investitionen I) und um die Sicherstellung einer pauschalisierten Investitionsförderung (Investitionen II).

Die Finanzierung muss durch eine gesetzlich verankerte Mindestförderung gesichert werden. Unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in der Infrastruktur und den Förderquoten muss dabei Rechnung getragen werden. Bei der Förderhöhe ist die Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte zu berücksichtigen.

- **Finanzierung durch den Bund**

Um die Finanzierung von notwendigen hochinvestiven Strukturveränderungen zu sichern, sollten vom Bund finanzierte Sonderförderprogramme – wie im Krankenhauszukunftsgesetz - verstetigt werden. Voraussetzung für ein finanzielles Engagement des Bundes ist, dass bundesgesetzliche Regelungen zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich sind und das Regelungsziel einheitlicher Rahmenvorgaben bedarf, die durch eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene nicht erreicht werden könnte. Weitere Voraussetzung für entsprechende Sonderförderprogramme sind verlässliche Daten, die Auskunft darüber geben, wo genau in welcher Größenordnung ein Sonderinvestitionsbedarf besteht – wie zum Beispiel das Analysetool *Check-IT* zum digitalen Krankenhaus.

Zusätzlich zu den notwendigen Sonderförderprogrammen für Strukturinvestitionen sind die Fördermittel für Krankenhäuser durch Einbeziehung des Bundes in die Investitionsförderung aufzustocken. Diese Ko-Finanzierung des Bundes erfolgt nach klar definierten Zielvorgaben. Neben dem Gedanken des Strukturfonds könnte auch über eine Ergänzung der Gemeinschaftsaufgabe nach Art. 91a ff. GG diskutiert werden. Danach wird die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Bund und Ländern durch ein auf bestimmte Sachgebiete beschränktes, diese Bereiche privilegierendes Kooperations-system ergänzt. Für eine Gemeinschaftsaufgabe spricht die Notwendigkeit sektoren-

verbindender und länderübergreifender Versorgungsnetzwerke und Strukturen in der Krankenhausversorgung.

Krankenhauspersonal

Um künftig eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung aufrechtzuerhalten, müssen die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte sowie aller anderen patientennah tätigen Gesundheitsberufe verbessert werden.

- **Patienten- und Aufgabengerechte Personalbemessung umsetzen**
 Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige patientenorientierte Versorgung und deren Vergütung ist die Festlegung einer aufgaben- und patientenorientierten Personalbemessung für die Berufsgruppen der direkten Patientenversorgung, Eine „Werteorientierte Medizin“ im Sinne des individuellen Patienten ist nur mit ausreichend Zeit für die persönliche Interaktion zwischen den Patientinnen und Patienten und den sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten möglich. Das Instrument zur Personalbemessung muss umfassend, verbindlich und durchsetzbar sein. Personaluntergrenzen sind nicht geeignet, da deren Unterschreitung sofort zur Notwendigkeit von Aufnahmestopps oder gar Verlegungen von Patienten führt und wesentliche Aspekte wie Fort- und Weiterbildung nicht berücksichtigt werden.
- **Personalentwicklung**
 Neben einer patienten- und aufgabengerechten Personalbemessung ist eine strategische Personalentwicklung erforderlich. Qualifizierung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Rahmenbedingungen der Arbeit und Vereinbarkeit sind dabei die wichtigsten Handlungsfelder. Nur mit einer Personalentwicklungsstrategie, die diese Faktoren berücksichtigt, werden Krankenhäuser qualifizierte Ärztinnen und Ärzte dauerhaft an sich binden können.
- **Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben als Unternehmenskultur etablieren**
 Ungünstige Arbeitsbedingung wie lange Arbeitszeiten, fehlende Planbarkeit, mangelnde Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung sowie fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten machen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in vielen deutschen Krankenhäusern noch immer schwer. Das betrifft allerdings nicht alleine die Lebensphase der Kinderbetreuung. Auch die Übernahme der Angehörigenpflege ist für erwerbstätige Ärztinnen und Ärzte zunehmend ein Thema der Vereinbarkeit. Eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist aber nicht nur für Ärztinnen maßgeblich, sondern wird auch von ihren männlichen Kollegen überwiegend als ein wichtiger Faktor genannt. Immer häufiger wollen beide teilzeitig arbeiten, auch weil die Kindererziehung als partnerschaftliche Aufgabe angesehen wird. Der demografischen Entwicklung, veränderten Ansprüchen an den Arbeitsplatz und dem Wunsch nach einer geringeren wöchentlichen Arbeitszeit muss mit modernen Arbeitsstrukturen Rechnung getragen werden.

- **Aufgabenverteilung im Krankenhaus neu überdenken**

Die vertikal angelegten Personalstrukturen im Krankenhaus sind neu auszurichten, Teamstrukturen müssen gestärkt werden. Durch eine hohe Qualifizierung der patientennah tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Aufgaben in der Patientenversorgung verteilt und zielgerichtet übernommen werden, um so zu einer Entlastung beizutragen. Dadurch werden die Attraktivität des Arbeitsplatzes gesteigert und kooperative Arbeitsabläufe ermöglicht.

Versorgungsqualität

- **„Werteorientierte Medizin“ umsetzen**

Der unmittelbare, persönliche und damit zwischenmenschliche Kontakt zwischen Arzt und Patient ist Grundvoraussetzung für eine funktionierende Beziehung und damit das Vertrauen zwischen Arzt und Patient. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung sind so zu gestalten, dass genügend Zeit und Raum für Gespräche mit Patienten und Angehörigen, aber auch für den fachlichen Austausch bleibt. Im Fokus des ärztlichen Handelns stehen die gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten.

- **Indikationsqualität stärken**

Ein verantwortungsvoller Umgang des Arztes mit der Indikationsstellung ist grundlegend für das Vertrauensverhältnis zum Patienten und hilft dem Patienten, zwischen indizierten und nichtindizierten bzw. kontraindizierten Behandlungsmaßnahmen zu unterscheiden. Deshalb muss die Indikationsqualität gestärkt werden und sich nicht an gewinnbringenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen orientieren. Die Zielsetzung ärztlichen Handelns bezieht sich immer auf das Wohl des Patienten. Kommerzielle Erwägungen dürfen dabei keine Rolle spielen.

- **Peer Review voranbringen**

Das Peer Review-Verfahren nach den Vorgaben der Bundesärztekammer ist ein Beispiel für eine niederschwellige, interkollegiale und erprobte Qualitätsverbesserungsmaßnahme und sollte in allen Krankenhäusern als solche angewendet werden.

- **Fokus auf Strukturqualität legen**

Der Fokus der Qualitätssicherung sollte auf Strukturmerkmale gelegt werden. Strukturmerkmale gestatten auch, die mit ihnen verbundenen zusätzlichen Kosten zu ermitteln und ihre Refinanzierung zu sichern.

- **Internes Qualitätsmanagement stärken**
Krankenhäuser sind verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu nach der QM-Richtlinie auch die regelmäßige Mitarbeiterbefragung gehört, um hieraus Veränderungsmaßnahmen mit dem Ziel der Weiterentwicklung abzuleiten.
- **Qualifikationen fördern**
Wesentliche Voraussetzung für die Qualität der Patientenversorgung ist qualifiziertes Personal. Die ärztliche Weiterbildung und die lebenslange Fortbildung sichern die Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses auch als gesamtgesellschaftlich notwendige Aufgabe muss gefördert werden, indem zum Beispiel die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zum Facharzt als Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts ausgebaut wird. Für die Fort- und Weiterbildung sind entsprechende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
- **Daten besser nutzbar machen**
Die hohe Anzahl von vorhandenen Daten ist barrierefrei zugänglich zu machen wie beispielsweise die publizierten Ergebnisse von Studien und entsprechende Fachliteratur. Dazu gehören auch zentrale möglichst automatisierte Register zur Anzeige von Echtzeitkapazitäten, wie sie für freie Intensiv- und Beatmungsplätze und Notfallkapazitäten bereits existieren. Erkenntnisse der *Evidence-based medicine* (EBM) und aus medizinischen Datenbanken wie z.B. Klinischen Krebsregistern sind zur Verfügung zu stellen. Durch die Erfassung und öffentliche Bereitstellung dieser Informationen lassen sich der Status Quo der Versorgungsqualität in Bezug auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abbilden und gezielt Maßnahmen für qualitative Verbesserungen in der Versorgung entwickeln und überprüfen.
- **Versorgungsforschung vorantreiben**
Die Versorgungsforschung in Deutschland ist voranzutreiben, um fundierte Erkenntnisse zum Versorgungsstand - und zum Weiterentwicklungsbedarf der Versorgung zu erlangen. Die bislang dafür aus dem Innovationsfonds vorgesehenen jährlichen Fördermittel in Höhe von 75 Millionen Euro sind unzureichend und der Bedeutung von Versorgungsforschung nicht angemessen.
- **Elektronische Meldesysteme weiterentwickeln**
Meldesysteme für Fehler und Beinahefehler sind auszubauen sowie für den Infektionsschutz weiterzuentwickeln, die dann beispielsweise für die Übermittlung von Antibiotika-Resistenzen genutzt werden können. Hierzu gehört auch, allen in der Patientenversorgung involvierten „Statusgruppen“ einen unkomplizierten Zugang zu diesen Systemen zu ermöglichen.

Vorkehrungen für zukünftige Pandemien

- Essentiell für die Bewältigung von Pandemien sind die Pandemiepläne in Bund und Ländern, die in deutlich kürzeren Abständen aktualisiert werden müssen.
- Ausbau der personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Finanzielle Sicherstellung pandemierelevanter Krankenhauskapazitäten (Notfallreserve)
- Errichtung einer Landesreserve für Schutzausrüstung, Festlegung der Verteilung sowie Bevorratung und Finanzierung von zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung essentiellen Gütern und Strukturen.
- Ausreichende ausfallsichere Kapazitäten zur Produktion von Arzneimitteln und deren Wirkstoffgrundlage, Impfstoffen und Schutzausrüstungen durch Förderung der Produktion in der Europäischen Union.
- Elektronisches Infektionsmeldesystem, das alle Beteiligten digital miteinander vernetzt und ein schnelles Reagieren der Behörden ermöglicht. Die Daten über positive Testergebnisse müssen möglichst in Echtzeit verfügbar sein.
- Ausbau der bilateralen, grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in den Grenzregionen
- Ausbau und Förderung ausreichender Laborkapazitäten mit Berücksichtigung im Pandemieplan.