

15.10.2019
GB/Sch

Zukunftsvision Gesundheitspolitik
15. Oktober 2019 in Berlin

Georg Baum
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Notwendiger Strukturwandel in der Krankenhausversorgung

Ich gehe davon aus, dass die Themenvorgabe natürlich im Kontext der Halbzeitbilanz und des Ausblicks auf die weitere Legislaturperiode gemeint war. Über langfristige Strukturwandelungsempfehlungen an die deutschen Krankenhäuser, etwa in Form des von der ehemaligen Bücherbundgemeinschaft propagierten Kahlschlags von 1.000 Krankenhäusern, will ich mich nicht aufhalten. Ich würde mir allerdings wünschen, dass der intensive täglich stattfindende Strukturwandel in den Krankenhausversorgungsstrukturen sachgerechter und fairer gewürdigt würde.

Wir haben Jahr für Jahr ca. 1 % weniger Krankenhäuser. Es finden permanent Fusionen, Kooperationen und Spezialisierungen statt. Dabei geht es immer auch um Leistungsstrukturkonsolidierungen. Wenn immer noch und gerne behauptet wird, nah beieinander liegende Krankenhäuser machen das gleiche Leistungsspektrum, muss bitte immer auch die Zahl der zu versorgenden Patienten berücksichtigt werden. Natürlich muss es in einer Großstadt einige Kliniken mit allgemeiner Chirurgie und Innerer Medizin und Geburtsabteilungen geben. Auch sollte nach wie vor Konsens darüber bestehen, dass weite Teile des stationären medizinischen Spektrums über die Fachabteilungskompetenzen qualitativ gut und sicher versorgt werden können.

Dabei steht aber außer Frage, dass medizinische Weiterentwicklungen auch Weiterentwicklungen der Versorgungsstrukturen einschließlich Spezialisierung zur Folge haben müssen. Ich sehe aber breiten Konsens für die bürgernahe flächendeckende Grund- und Regelversorgung.

Maßgeblicher Treiber des Strukturwandels sind die Krankenhausträger selbst. Die Länder haben dadurch, dass sie krankenhauplanerische Aktivitäten nicht mit genügend

investiven Mittelbereitstellungen begleiten können, relativ wenig zum Strukturwandel und Strukturveränderungen beigetragen. Das beginnt erst jetzt, wie einzelne Bundesländer zeigen. In die Lücke ist der Bundesgesetzgeber mit den Instrumenten, die wir im G-BA unter Qualitätssicherungsvorgaben abarbeiten, eingesprungen.

Zentrale Vorgaben aus der Gesetzgebung sind inzwischen umgesetzt:

- Das Notfallstufenkonzept hat Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen einzelner Kliniken.
- Auch das Konzept für die Sicherstellungszuschläge greift über definitorische Vorgaben, z. B. was eine Abteilung ist, wann Ärzte verfügbar sein müssen, in Strukturentwicklungen ein.
- Aus der Qualitätsoffensive kommt nun die zweite Tranche der Qualitätsindikatoren mit möglichen konkreten Auswirkungen für vor Ort erbrachte Leistungen.
- Die Personalvorgaben für die Psychiatrie sind beschlossen und haben bereits ab dem nächsten Jahr Wirkung.
- Wir werden noch in diesem Jahr die Konzeption für die Zentren-Anerkennung, Zentren-Zuschläge zumindest in einer ersten Tranche auf den Weg bringen und wir sind im G-BA dabei, ein größeres Leistungsspektrum als bisher in die Mindestmengenregelungen zu überführen.

Das sind alles Positionen, die auf die Weiterentwicklung der Strukturen auch in einer mittelfristigen Perspektive wirken. Wir sind nicht mit allem einverstanden. Das Problem vieler dieser Regelungen ist, dass sie Qualitätssicherungsmaßnahmen sind, aber als Instrument zur Begrenzung von Leistungsberechtigungen und zum Abbau von Krankenhausstrukturen zum Teil bewusst eingesetzt bzw. missbraucht werden. Die Gefahr dabei ist, dass vor Ort Auswirkungen entstehen, die am Ende niemand gewollt hat. Dass Personalvorgaben dazu führen, dass Patienten nicht mehr aufgenommen werden können, dass nur die Krankenhäuser überleben, die die Vorgaben erfüllen können. Was aber nicht kompatibel sein muss mit dem Erfordernis einer abgestimmten Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.

Deshalb immer unser Appell bei der Umsetzung dieser Instrumente, Orientierungsgrößen, Flexibilitätskorridoren und mit Ausnahmen zu arbeiten. Das gelingt manchmal. An-

sonsten müssen wir eben nachkorrigieren wie jetzt bei der Personalvorgabe für die Neonatologie.

Die zentrale Herausforderung für die Krankenhäuser mit entsprechender Hinterlegung im Koalitionsvertrag und in der Umsetzungsgesetzgebung ist die Bewältigung der Pflegeproblematik. Noch ist von Pflegestärkung nicht viel bei uns in den Krankenhäusern angekommen. Das Pflegestärkungsgesetz mit der Finanzierung von Stellen kann keinen wesentlichen entlastenden Beitrag aufgrund der Situation auf dem Arbeitsmarkt leisten. Die Pflegeuntergrenzen fördern, wie die Bilanzierung der ersten Monate zeigt, die Attraktivität der Arbeit in der Pflege nicht. Sie führen nicht zu Entlastungen der Pflege, sie können auch keine zusätzlichen Pflegestellen schaffen. Sie sind hochgradig bürokratielastig und haben vieler Orts dazu geführt, dass Versorgungen begrenzt werden mussten. Jeder Schritt der Ausweitung verschärft die Problematik. Wir haben nach anfänglicher Zustimmung und auch Mitwirkung an der Entwicklung der ersten Tranchen Bilanz gezogen und kommen zu dem Ergebnis, dass die Fortführung von Pflegeuntergrenzen unter den Bedingungen, die wir akzeptieren könnten, nicht zu erreichen ist. Es gibt keine Bereitschaft zur Berücksichtigung von Ausnahmen, es bleibt bei schematisch aber nicht praxisorientierten Quoten, so dass es nichts bringt, dieses Konzept weiterzuverfolgen. Hinzu kommt, dass wir durch die Budgetfinanzierung der Pflegeleistungen grundsätzlich ein Konzept für die bedarfsgerechte Abbildung der Pflege brauchen und deshalb machen wir, gemeinsam mit ver.di und dem Deutschen Pflegerat den Vorschlag, ein Pflegepersonalanhaltskonzept für die bedarfsgerechte Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegekräften einzuführen. Wir hoffen dabei auf gesetzliche Unterstützung. In einem solchen Konzept können auch Elemente der Untergrenzensteuerung aufgehen. Das Grundprinzip aber ist die ganzhausbezogene Personalvorhaltung mit entsprechenden Flexibilitäten für den innerhäuslichen Einsatz.