



Berlin, 17. September 2020

## **Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht**

### **Positionen des Marburger Bundes (Kurzfassung)**

Durch die wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhäuser sind Ärztinnen und Ärzte, die Pflege und andere Gesundheitsberufe einem fortwährenden kommerziellen Rechtsfertigungsdruck ausgesetzt. Gesundheit ist aber kein marktwirtschaftliches Gut, sondern öffentlicher Auftrag im Rahmen der Daseinsvorsorge. Ökonomische Interessen können nicht ausgeblendet werden – sie dürfen aber die Versorgung nicht dominieren, wie das derzeit immer mehr der Fall ist. Deshalb braucht die Krankenhausversorgung eine Neujustierung auf mehreren Ebenen. Die Strukturen der Versorgung müssen stärker auf Kooperation und Vernetzung ausgerichtet werden, die Krankenhausplanung muss endlich wieder ihrem Ziel einer bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung entsprechen und die Finanzierung der Kliniken ist durch ein neues Vergütungssystem sowie nachhaltige Investitionen unter Beteiligung des Bundes grundlegend zu reformieren.

### **Vorschläge für eine Neujustierung der Krankenhausversorgung**

#### **Kooperation, Vernetzung und Integration – Versorgung neu gestalten**

##### *Angebote im ländlichen Raum bündeln*

Um die Versorgung auch in der Fläche sicherzustellen, müssen Planungsbereiche flexibilisiert, kleinere Häuser durch Facharztkompetenz auch aus dem ambulanten Bereich, u.a. durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhausträger, Krankenhausärzten und Vertragsärzten und Zweigpraxen im Krankenhaus, unterstützt werden. Wenn diese regional nicht vorhanden sind, muss das Krankenhaus einen ambulanten fachärztlichen Versorgungsauftrag bekommen. Durch Sonderbedarfszulassungen können regionale Engpässe überbrückt werden. Beispielhaft für eine örtliche Bündelung der medizinischen Versorgungsangebote sind Campuskonzepte.

##### *Kooperationen und Vernetzung fördern*

Nicht nur zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichem Bereich, sondern auch mit der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege sowie Rehabilitationseinrichtungen ist eine Vernetzung notwendig. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den kommenden Jahren kann auch die Öffnung von Krankenhäusern der Grundversorgung für die Übergangspflege/Kurzzeitpflege sinnvoll sein.

Die ambulante und stationäre Notfallversorgung sollte 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.

#### *Weiterbildung zum Facharzt 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.

### **Aktive und stringente Krankenhausplanung**

#### *Versorgungsauftrag nach Versorgungsstufen festlegen*

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ist durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser sicherzustellen. Die Festlegung von Versorgungsstufen im Krankenhausplan sollte verpflichtend sein und nach bundesweit einheitlichen Kriterien erfolgen. Drei Versorgungsstufen - Grundversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung - zuzüglich der Versorgung durch die Universitätsklinik sind vorzusehen. Die Patientinnen und Patienten müssen entsprechend ihrem Versorgungsbedarf behandelt und in die jeweils medizinisch notwendige Versorgungsstufe zugewiesen bzw. verlegt werden.

Eine Zuordnung von Leistungs- und Versorgungsstufen in der Krankenhausplanung ist notwendig, damit der Versorgungsauftrag nicht zu weit interpretiert werden kann. In Anlehnung an bereits vorhandenen Kriterien 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. Gleichzeitig werden definierte Leistungsbereiche festgelegt. Eine verbindliche Verankerung erfolgt im Feststellungsbescheid.

#### *Struktur- und Personalvorgaben definieren*

Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer 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. Zur Krankenhausplanung gehört zwingend, Infektionsbereiche in den Krankenhäusern auszuweisen.

#### *Stationäre Notfallversorgung sicherstellen*

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 eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Wohnort sicherzustellen, 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 Rettungsdienste abzustimmen.

#### *Medizinische Kompetenzbündelungen voranbringen*

In den Krankenhausgesetzen der Länder sollte es Regelungen geben, 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 reformieren – Investitionen aufstocken**

#### *Vorhaltekosten als erlösunabhängige Vergütungskomponente finanzieren*

Vorhaltekosten müssen 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.

#### *Personalkosten aus den Fallpauschalen herausnehmen*

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

#### *Krankenhausinvestitionen – gemeinsame Aufgabe von Bund und Ländern*

Der Bund wird weiterhin Einfluss auf die Krankenhausplanung haben. Es ist deshalb folgerichtig, dass die Bundesländer und der Bund auch die Finanzierung der Investitionskosten zukünftig gemeinsam sicherstellen.

Hochinvestive Strukturveränderungen sollten durch Sonderförderprogramme – wie im Krankenhaus-zukunftsgesetz – dauerhaft auch mit Bundesmitteln finanziert werden. Dafür bedarf es bundeseinheit-

licher Rahmenvorgaben und verlässlicher Daten, die über den Sonderinvestitionsbedarf Auskunft geben.

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 muss nach klar definierten Zielvorgaben erfolgen. Über den bestehenden Strukturfonds hinaus könnte auch über eine Ergänzung der Gemeinschaftsaufgabe nach Art. 91a ff. GG diskutiert werden. Für eine Gemeinschaftsaufgabe spricht die Notwendigkeit sektorenverbindender und länderübergreifender Versorgungsnetzwerke und Strukturen in der Krankenhausversorgung.

### **Krankenhauspersonal: klare Personalvorgaben und mehr Teamarbeit**

#### *Patienten- und Aufgabengerechte Personalbemessung umsetzen*

Personalvorgaben müssen so bemessen sein, dass eine qualitativ hochwertige, individuelle Patientenversorgung gewährleistet ist. 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.

#### *Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben als Unternehmenskultur etablieren*

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.

### **Versorgungsqualität: Im Fokus steht allein der Patient**

#### *„Werteorientierte Medizin“ umsetzen*

Die Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass genügend Zeit und Raum für Gespräche mit Patienten und Angehörigen und für den fachlichen Austausch bleibt.

#### *Indikationsqualität stärken*

Die Indikationsqualität darf 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.