

# Zukunft der Krankenhausversorgung

Positionspapier des Marburger Bundes LV Sachsen e.V.

(Januar 2021)

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist eine verfassungsrechtlich vorgegebene Aufgabe 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 nicht mehr gegeben. Gesundheit ist kein marktwirtschaftliches Gut. Eine fortschreitende Privatisierung ist zu vermeiden, in Krankenhäusern Tätige sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, die Betriebsleitung von Krankenhäusern obliegt nicht allein finanziellen Aspekten.

## I) Vorschläge für eine Neujustierung der Krankenhausversorgung

### Versorgungsstrukturen und -prozesse

Kompetenzzentren in Metropolen ermöglichen eine Vernetzung unterschiedlicher Versorgungsmöglichkeiten. Krankenhäuser in ländlichen Regionen sollten zu integrierten Gesundheitsversorgern werden. Sie sind zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung unverzichtbar.

- **Angebote im ländlichen Raum - Kooperationen und Vernetzung fördern**

Zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichem Bereich, sowie mit Kranken-/Altenpflege und Reha-Einrichtungen ist eine Vernetzung notwendig. Die Öffnung der Krankenhäuser für die Übergangspflege/Kurzzeitpflege vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und steigender Zahl Pflegebedürftiger ist sinnvoll. Versorgungsrelevante Standorte können durch Krankenhausfusionen oder -Kooperationen dauerhaft gesichert werden. Die Versorgung vor Ort ist durch telemedizinische Angebote zu unterstützen.

- **Weiterbildung stärken**

Notwendig sind Abteilungsstrukturen, die nahtlose Rotationen durch alle Weiterbildungsabschnitte gewährleisten. Krankenhäuser, an denen ärztliche Weiterbildung erfolgt, sind bei der Krankenhausplanung vorzuziehen.

### Krankenhausplanung

- **Versorgungsauftrag nach Versorgungsstufen festlegen**

Die bedarfsgerechte Versorgung soll durch ein abgestuftes Netz sichergestellt werden. Drei Versorgungsstufen (Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung) sind vorzusehen. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses sollte hinsichtlich einzelner Schwerpunkte der Weiterbildungsgebiete oder einzelner Leistungsbereiche eingeschränkt werden können.

- **Struktur- und Personalvorgaben definieren**

Es besteht die Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser zu sichern. Auch die Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte sollte eine Strukturvorgabe sein. Deshalb sollten Struktur- und Personalvorgaben vorliegen, um so zusätzliche Kriterien für die Planung heranziehen zu können.

- **Flächendeckende und vernetzte Versorgungsstrukturen fördern**

Die Koordination durch die 3 Krankenhäuser der Maximalversorgung für die jeweiligen geographischen Bereiche soll beibehalten werden. Dies umfasst insbesondere die medizinische Koordinierung der Krankenhäuser in der jeweiligen Region unter Einbindung der Leitstellen, Träger der Rettungsdienste und Gesundheitsämter.

- **Medizinische Kompetenzbündelungen voranbringen**

Es sollte möglich sein, ein Krankenhaus ganz / teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Es ist nicht sinnvoll, wenn alle im Umkreis liegenden Krankenhäuser gleiche Subspezialisierungen anbieten.

## Betriebskostenfinanzierung

Die Vergütung muss eine ausreichende Finanzierung der Betriebskosten gewährleisten. Ein Finanzierungssystem muss im ländlichen Raum geografische Besonderheiten sowie vermehrte Kosten bei Maximalversorgern berücksichtigen und auf die Anforderungen des demografischen Wandels besser eingehen können.

- **Vorhaltekosten als erlösunabhängige Vergütungskomponente**

Die Vorhaltekosten sollen entsprechend der Versorgungsstufe eines Krankenhauses als leistungsunabhängige Pauschale von den Krankenkassen finanziert werden.

- **Personalkostenfinanzierung**

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

## Krankenhausinvestitionen

Die Finanzierung der notwendigen Investitionen ist eine öffentliche Aufgabe. Die Bundesländer und der Bund sollen eine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten zukünftig gemeinsam sicherstellen. 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 bei den Förderquoten muss Rechnung getragen werden. Bei der Förderhöhe ist die Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte zu berücksichtigen.

## Krankenhauspersonal

Um künftig eine hochwertige Patientenversorgung aufrechtzuerhalten, müssen die Arbeitsbedingungen verbessert werden.

- **Patienten- und aufgabengerechte Personalbemessung umsetzen**

Grundvoraussetzung für eine hochwertige Versorgung ist die Festlegung einer aufgaben- und patientenorientierten Personalbemessung. Personaluntergrenzen sind nicht geeignet, da deren Unterschreitung zu Aufnahmestopps führt und Aspekte wie Fort- und Weiterbildung nicht berücksichtigt.

- **Personalentwicklung**

Daneben ist eine strategische Personalentwicklung erforderlich. Qualifizierung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Rahmenbedingungen der Arbeit sind dabei die wichtigsten Handlungsfelder.

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

Ungünstige Arbeitsbedingungen machen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf schwer. Dies wird von Ärztinnen und Ärzten als wichtiger Faktor genannt. Immer häufiger wollen beide Elternteile teilzeitig arbeiten, weil Kindererziehung als partnerschaftliche Aufgabe angesehen wird.

## Versorgungsqualität

- **„Werteorientierte Medizin“ umsetzen**

Die Bedingungen der Berufsausübung sind so zu gestalten, dass genügend Zeit und Raum für Gespräche mit Patienten und Angehörigen bleibt.

- **Indikationsqualität stärken**

Die Indikationsqualität darf sich nicht an gewinnbringenden Maßnahmen orientieren. Kommerzielle Erwägungen dürfen dabei keine Rolle spielen.

- **Qualifikationen fördern**

Für die Fort- und Weiterbildung der ÄrztInnen als Qualitätsmerkmal sind entsprechende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

- **Daten besser nutzbar machen**
  - Daten frei zugänglich machen (z.B. Studien, Fachliteratur, zentrale automatisierte Register zur Anzeige von Echtzeitkapazitäten (s. Intensiv-/Beatmungsplätze, Notfallkapazitäten))
- **Vorkehrungen für zukünftige Pandemien**
  - Pandemiepläne in kürzeren Abständen aktualisieren, Ausbau der Laborkapazitäten
  - Ausbau der personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen des ÖGD
  - finanzielle Sicherstellung pandemierelevanter Krankenhauskapazitäten (Notfallreserve)
  - Landesreserve für Schutzausrüstung, Festlegung der Verteilung und Finanzierung
- **Universitäre Ausbildung**
  - keine Landarztquote
- **Ambulante Pflege**
  - Pflegedatenbank, mit der über Angebote der Pflege und Betreuung informiert wird
  - Digitalisierung, um Dokumentations- und Verwaltungsaufwand zu reduzieren
  - Schulabgänger für einen Pflegeberuf werben
  - Eigenanteile für Pflegebedürftige deckeln, gute Pflege darf kein Armutsrisiko sein

## II) Vorschläge zur Novellierung des Sächsischen Krankenhausgesetzes

### **Zu § 1 Absatz 4 (Grundsätze)**

*Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu fördern; freigemeinnützigen und privaten Trägern ist ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben.*

Eine weitere Privatisierung ist zu vermeiden, bis hin zur Prüfung rechtlicher Möglichkeiten der Re-Kommunalisierung von Krankenhäusern (s. kommunale Wasserversorger). Das Prinzip, dass private Träger, die Dividende aus einem solidarisch finanzierten Pflichtbeitragssystem abführen, ist widersinnig.

### **Zu § 5 Absatz 1 (Sächsischer Krankenhausplanungsausschuss)**

*Für die Mitwirkung der Beteiligten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 und Satz 2 KHG wird beim zuständigen Staatsministerium der Sächsische Krankenhausplanungsausschuss gebildet. Dem Ausschuss gehören an: Krankenhausgesellschaft, Liga der freien Wohlfahrtsverbände, Verband der Privatkrankenanstalten in Sachsen e.V., die Arbeitsgemeinschaft der Sächsischen Krankenkassenverbände, der Landesausschuss Sachsen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Sächsischer Landkreistag, Sächsischer Städte- und Gemeindetag, Sächsische Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung.*

Kostenträger und Betreiber sind mit Stimmrecht im Krankenhausplanungsausschuss überproportional vertreten. Zwar sind die Ärzte als Leistungserbringer des Systems durch KV und Landesärztekammer indirekt beteiligt, jedoch ist hier nicht sichergestellt, dass auch die im Krankenhaus Tätigen als solche ihren unmittelbaren Sachverstand einbringen können. Hier ist eine entsprechende direkt Beteiligung der Krankenhausärzte angebracht.

### **Zu § 21 Absätze 2 und 3 (Leitung)**

*In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. Der Betriebsleitung gehören, entsprechend der Gliederung des Krankenhauses in medizinischen Bereich, Pflegedienstbereich und Verwaltungsbereich, der leitende Chefarzt, die leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes an. Vorsitzender der Betriebsleitung ist der leitende Chefarzt. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten seiner Mitglieder, insbesondere die Vertretung des Krankenhauses. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Absatz 2 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.*

Vorsitzender der Betriebsleitung ist der leitende Chefarzt. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind **nur** zulässig, wenn die in Absatz 2 genannten Funktionsbereiche vertreten sind und der leitende Chefarzt zumindest gleichberechtigt ist. Alternativ wäre denkbar, Absatz 3 Satz 1 vollständig zu streichen.