

DAS KRANKENHAUS DER ZUKUNFT

10 POSITIONEN DER HAMBURGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

Die ökonomischen und personellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Krankenhäuser agieren können und müssen, stehen in immer stärkerem Kontrast zu den Erwartungen und Anforderungen von Politik und Gesellschaft. Dieses zunehmende Spannungsverhältnis ist für die Hamburgische Krankenhausgesellschaft im Jahr 2018 Anlass, eine grundsätzliche Diskussion anzustoßen: Welche Art von Krankenhaus wollen wir? Wie stellen wir uns das Krankenhaus der Zukunft vor? Die verschiedenen Akteure verfolgen in dieser Hinsicht sehr unterschiedliche Zielsetzungen. Um die Zukunft der stationären Versorgung in Hamburg und Deutschland langfristig zu sichern, ist aber genau in dieser elementaren Frage gesellschaftlicher Konsens notwendig.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft bringt zehn Positionen, die aus ihrer Sicht das Krankenhaus der Zukunft beschreiben, in die Diskussion ein. Sie skizzieren keine idealistische Vision, sondern zeigen die realen Anforderungen der Gesellschaft an ein modernes, leistungsfähiges und zukunftsorientiertes Krankenhaus auf – und damit die zentralen Problempunkte, die endlich nachhaltig zu lösen sind.

1 Schnelle und verlässliche Versorgung

Krankenhäuser sind heute für jeden Patienten jederzeit zugänglich. Hamburger Krankenhäuser versorgen über 500.000 Patienten im Jahr stationär, hinzu kommt eine hohe Zahl ambulanter Behandlungen. Der unmittelbare Zugang im Notfall und die Wahlmöglichkeit bei geplanten Behandlungen zeichnen das deutsche Gesundheitssystem aus und haben für Patienten hohen Wert. Es gibt keine Wartelisten oder gar Rationierungen von Gesundheitsleistungen.

Krankenhäuser sollen auch in Zukunft jederzeit in der Lage sein, Patienten angemessen, schnell und unkompliziert zu versorgen. Auch für geplante Krankenhausaufenthalte müssen ausreichende Kapazitäten bereitstehen. Der direkte Zugang zum Krankenhaus ist zwingend zu erhalten; ein Krankenhaus weist keine Patienten ab. Dies bedeutet auch, dass dort regelhaft Notfallpatienten gleichberechtigt zum ambulanten vertragsärztlichen System behandelt werden können. Hierfür müssen die notwendigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden.

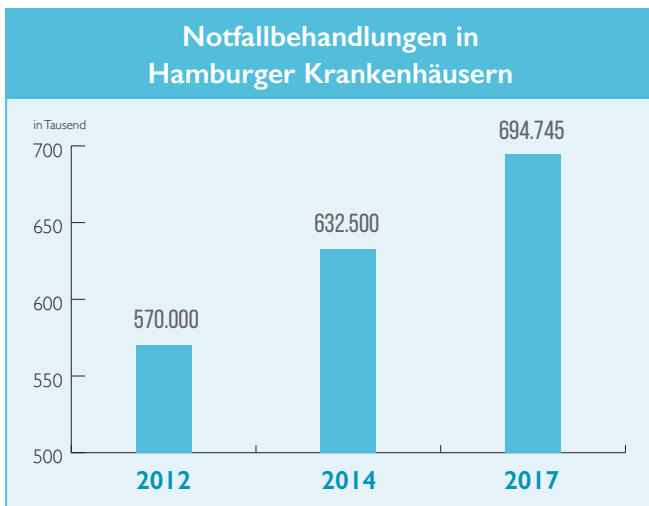
2 Flexible Sektorengrenzen

Die starre Trennung des ambulanten fachärztlichen vom Krankenhausbereich resultiert aus historisch gewachsenen unterschiedlichen Zuständigkeiten und getrennten Abrechnungssystemen. Im Sinne des Patienten ist diese artifizielle Trennung nicht. Oft warten Patienten trotz Termin-Servicestellen lange auf ambulante Termine bei Fachärzten. Der Ärztemangel, vor allem in der Fläche, verknüpft die zur Verfügung stehenden Termine bei Spezialisten zusätzlich, so dass mehr Patienten in die Metropolenversorgung strömen. Sektorenübergreifende fachärztliche Angebote wie die ambulante spezialärztliche Versorgung sollten ausgebaut werden, um die bestehende Versorgung weiter zu spezialisieren und zu ergänzen. Dazu muss diese Form deutlich entbürokratisiert und von Verwaltungsaufwand befreit werden.

Überall dort, wo aus Sicht der Patienten die Behandlungskette aufgrund von gewachsenen Strukturen, Zuständigkeiten und Vergütungssystemen unterbrochen oder behindert wird, ist der Gesetzgeber aufgerufen, Sektorengrenzen flexibler zu gestalten und das System zu entbürokratisieren.

3 Neuordnung der Notfallversorgung

Die Notfallversorgung ist primär weder dem ambulanten noch dem stationären Sektor zuzuordnen, sondern stellt de facto eine eigene Versorgungsform dar. Die Trennung in ambulante und stationäre Notfallversorgung ist artifizuell, da sie vom Ergebnis der Behandlung ausgeht und nicht von ihrem Beginn – bei dem der weitere Behandlungsbedarf und -weg ja noch offen sind.



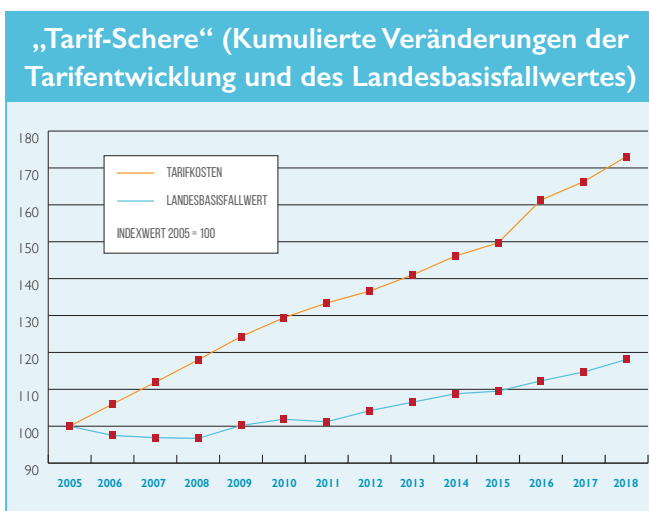
Krankenhäuser sind die Institutionen, die die höchste Expertise in der Notfallbehandlung haben, unabhängig von der Art der Abrechnung. In Hamburger Krankenhäusern wurden im Jahr 2017 463.720 Notfälle ambulant und 231.025 Notfälle stationär behandelt. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass 54 % der Patienten, die selbstständig die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchten, dort während ärztlicher Sprechzeiten ankamen; 61 % hatten zuvor Kontakt zum Haus- oder Facharzt. Fast ein Drittel gab an, diesen nicht erreicht zu haben; ein weiteres Viertel war von dort ans Krankenhaus verwiesen worden. Die Notfallversorgung bedarf einer dringenden Neuordnung unter stringenter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse. Die Kapazitäten und Strukturen der Krankenhäuser in der Not- und Unfallversorgung müssen so geplant und ausgebaut werden, dass jederzeit sowohl leicht als auch schwer erkrankte Patienten ohne größeren Zeitverzug und lange Wartezeiten versorgt werden können. Dies erfordert eine gleichberechtigte Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Notfallversorgung und ein eigenständiges, kostendeckendes Vergütungssystem.

Unabhängig vom Weg, den der eintreffende Patient genommen hat, müssen Krankenhäuser zu Notfällen eine medizinische Ersteinschätzung treffen und über die Dringlichkeit der weiteren Versorgung entscheiden. Die nachfolgende Diagnostik und Behandlung sollen, angepasst an leichter und schwerer erkrankte Patienten, in sinnvollen Prozessen organisiert sein. Dabei können die Versorgungsmodelle von Krankenhaus zu Krankenhaus durchaus variieren. Die Organisationshoheit muss beim Krankenhaus liegen; die Krankenkassen müssen – im Rahmen eines zu novelierenden Vergütungssystems – ihrer Verantwortung für eine betriebswirtschaftlich erforderliche Vergütung der Krankenhäuser nachkommen.

4 Gute Personalausstattung

Krankenhäuser haben schon heute erhebliche Schwierigkeiten, ausreichend Personal zu finden und zu bezahlen. Die jahrelange Unterfinanzierung der Krankenhäuser bei den Erlösen sowie die mangelhafte Investitionsfinanzierung der Länder haben über Jahre einen solchen Spardruck erzeugt, dass auf der Finanzierungsseite nun deutlich gegengesteuert werden muss.

Quelle: HKG



Krankenhäuser sollten jederzeit über ausreichendes und qualifiziertes Personal verfügen. Sie sollen und wollen attraktive Arbeitgeber für alle Gesundheitsberufe sein und gute Arbeit leistungsgerecht entlohnen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen mit hoher Flexibilität in interdisziplinären Teams entsprechend ihrer Qualifikation zusammenarbeiten können. Die Voraussetzung für eine dauerhaft gute Personalausstattung ist, dass Krankenhäuser ihre Personalkosten und sämtliche tariflichen Lohnsteigerungen vollständig aus ihren Erlösen refinanzieren können. Pauschale Personalbesetzungsvorschriften gehen am realen Bedarf des einzelnen Patienten vorbei und führen zwangsläufig zu Unwirtschaftlichkeit und Fehlversorgung.

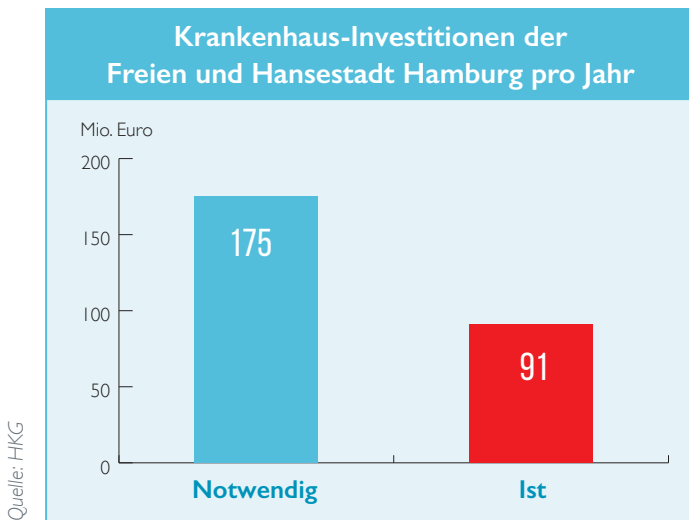
5 Orientierung an der Ergebnisqualität

Das Qualitätsverständnis der Gesundheitspolitik und der Kostenträger ist heute stark von detaillierten Strukturanforderungen geprägt und erzeugt eine Unmenge an Bürokratie, Kontrollen, Kosten und nachfolgenden Auseinandersetzungen. Eine nachgewiesene Qualitätsverbesserung für Patienten ist bei den allermeisten Strukturanforderungen mehr als fraglich; wissenschaftliche Erkenntnisse hierüber gibt es nur vereinzelt.

Die Qualität medizinischer Behandlungen sollte sich primär an ihrem Ergebnis messen lassen, und systemsteuernde Eingriffe sollten sich daran orientieren. Dazu müssen die etablierten Qualitätssicherungssysteme weiterentwickelt und Qualitätsergebnisse für planerische und vergütungsrelevante Entscheidungen nutzbar gemacht werden. Bereits eingeführte Strukturvorgaben sollten in allen Bereichen durch Ergebnisindikatoren ersetzt werden, für die valide Messwerte vorliegen.

6 Moderne Gebäude und Ausstattung

Krankenhäuser leiden unter den Folgen der mangelhaften Investitionsfinanzierung durch die Länder. Es besteht sowohl ein erheblicher Investitionsstau als auch ein jährliches Defizit bei der laufenden Investitionsfinanzierung. In Hamburg beträgt der jährliche betriebswirtschaftliche Investitionsbedarf 175 Millionen Euro, die Stadt finanziert hiervon 91 Millionen Euro.



Krankenhäuser sollten moderne und patientenfreundliche Gebäude nutzen können, die für optimale Abläufe innerhalb des klinischen Betriebs konzipiert sind. Sie sollten über eine moderne Ausstattung und über Medizintechnik auf dem aktuellen Entwicklungsstand verfügen. Die Investitionskosten für Gebäude und Technik sollten sie in betriebswirtschaftlich notwendiger Höhe aus der Investitionsförderung des Landes decken können.

7 Digitalisierung

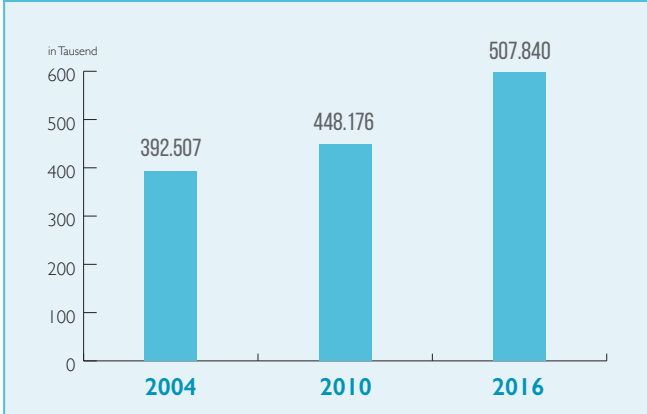
Eine flächendeckende digitale Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenhäusern und Krankenhäusern untereinander ist heute noch immer eine Vision – ebenso eine elektronische Patientenakte außerhalb von Pilotprojekten. Zahlreiche Informationsverluste und Brüche in der Kommunikation sind die Folge. Die für sensible Patientendaten erforderliche hohe IT-Sicherheit bringt zusätzliche technische und personelle Herausforderungen.

Für eine flächendeckende digitale Kommunikation mit einer elektronischen Patientenakte bedarf es einer nationalen Anstrengung in Form eines digitalen Sonderprogramms. Die Digitalisierung der medizinischen Abläufe und der Kommunikation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Krankenkassen und Verwaltung erfordert schnellstmöglich eine bundesweite sichere Infrastruktur. Hierfür – ebenso wie für den Ausbau und die laufende Aktualisierung der IT-Sicherheit – benötigen Krankenhäuser einen separaten Investitionszuschlag.

8 Demografie und Morbiditätsentwicklung

Behandelt ein Krankenhaus mehr Patienten als im Vorjahr, muss es erhebliche Abschläge bei den Erlösen hinnehmen, die eine kostendeckende Behandlung der zusätzlichen Fälle unmöglich machen. Trotz bekannter Einflussfaktoren wie alternde Bevölkerung und medizinischer Fortschritt wird so das wirtschaftliche Risiko von mehr Krankenhausbehandlungen einseitig und systemfremd auf die Krankenhäuser verlagert.

Stationäre Patienten in Hamburg



Quelle: HKG

Zusätzliche Krankenhausbehandlungen, die aus diesen Faktoren resultieren, müssen wieder vollständig finanziert werden. Vergütungsabschläge, mit denen aus rein politischen Erwägungen Mengensteigerungen abgedämpft werden sollen und die die Krankenhäuser einseitig benachteiligen, sind zu beenden. Der Fixkostendegressionsabschlag muss außer Kraft gesetzt werden. Das Risiko steigender Krankenhäuserfälle gehört in die Verantwortung der Krankenversicherung.

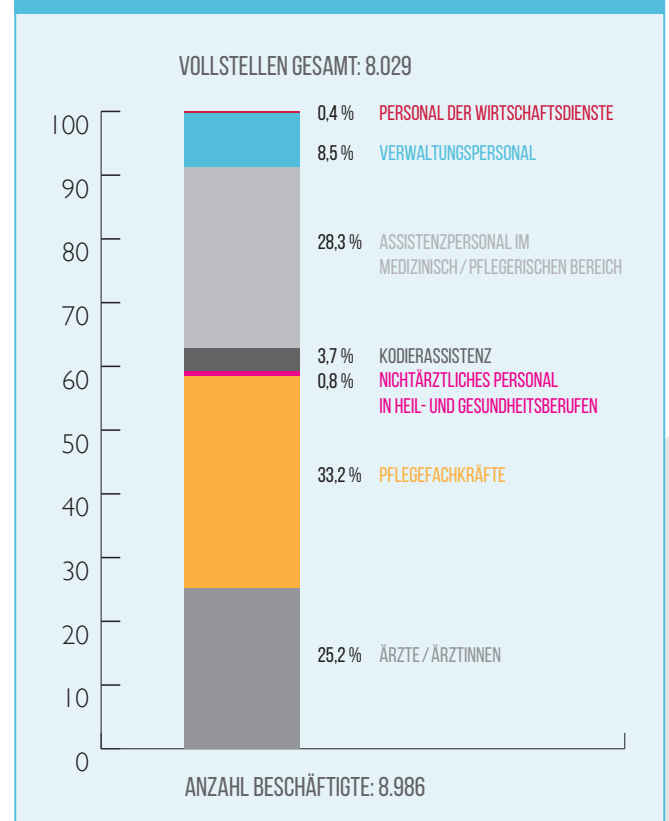
9 Entbürokratisierung

Die Arbeit im Krankenhaus ist heute von einem un-
aufhörlich steigenden Dokumentations- und Bürokratieaufwand geprägt. Zahlreiche detaillierte Strukturvorgaben aus den Abrechnungs-codes des OPS, den Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Landeskrankenhausplanung und bundesgesetzlichen Normen führen zu einer kaum einzudämmenden Regelungsflut, die die Mitarbeiter immer stärker von der Patientenversorgung abhält. Die Forderungen von Kostenträgern und Politik nach noch mehr Dokumentation und Kontrolle sind auf ein notwendiges und praktikables Maß zu reduzieren. Die lange überfällige Wende zur Entbürokratisierung muss endlich vollzogen werden.

10 Vertrauen, Freiheit und Flexibilität

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ist durch die überbordenden Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und Abrechnungsstreitigkeiten zerrüttet und von Misstrauen geprägt. Immer mehr Mitarbeiter der Krankenhäuser sind mit Dokumentation und Bürokratie beschäftigt und fehlen in der Patientenversorgung. Das Verhältnis der Kostenträger zu den Krankenhäusern sollte wieder stärker von Vertrauen, Gestaltungsfreiheit und Flexibilität geprägt sein. Dadurch könnten ausufernde Kontrollen und Sanktionen abgebaut werden. Die Misstrauenskultur muss ein Ende haben.

Personal des MDK Ende 2016



Quelle: MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen