

**WEG VOM SCHREIBTISCH
– ZURÜCK ZU DEN PATIENTEN**

HKG-FORDERUNGEN 2019



Weg vom Schreibtisch – zurück zu den Patienten

Einen großen Teil ihrer Arbeitszeit verbringen die – in Vollzeitstellen umgerechnet – über 5.000 Ärzte, mehr als 9.000 Pflegekräfte und mehr als 3.000 Funktionskräfte in Hamburger Krankenhäusern inzwischen gezwungenermaßen am Schreibtisch. Sie könnten sich wieder deutlich mehr ihren Patienten widmen, wenn Verwaltungsarbeiten spürbar abgebaut würden – allein dies wäre ein wesentlicher Beitrag gegen den Fachkräftemangel. Doch das Gegenteil ist der Fall: Bürokratie, detaillierte Strukturvorgaben, Nachweispflichten und Kontrollen nehmen immer weiter zu. Dahinter stehen zum einen der Regulationswille der Gesundheitspolitik, getrieben von Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern, und zum anderen handfeste finanzielle Interessen der Krankenkassen.

Die Kontrollkultur macht die Arbeit im Krankenhaus zunehmend unattraktiv. Daher ist die zentrale Stellschraube gegen den Fachkräftemangel ein spürbarer Bürokratieabbau. Auch der verstärkte Einsatz digitaler Systeme könnte das Personal bei Verwaltungsaufgaben entlasten. Darüber hinaus sind alle Akteure im Gesundheitswesen aufgerufen, gemeinsam weitere Anstrengungen gegen den Fachkräftemangel zu unternehmen.

Mit den nachfolgenden Forderungen für das Jahr 2019 möchte die Hamburgische Krankenhausgesellschaft ihren wichtigsten Anliegen Nachdruck verleihen und die gesundheitspolitische Diskussion über eine hochwertige und zukunftssichere Krankenhausversorgung in Hamburg voranbringen.

Die Forderungen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

- *Misstrauen und Unterstellungen müssen aufhören*
- *Ärzte und Pflegekräfte müssen wieder an den Patienten arbeiten – und nicht am Computer*
- *Digitalisierung muss zu Bürokratieabbau führen*
- *Vorhandene Fachkräfte müssen durch attraktive Arbeitsbedingungen gebunden werden*
- *Die Pflegeausbildung muss stärker beworben und ausgebaut werden*
- *Die neue Pflegeausbildung muss gut finanziert werden*
- *Für die Pflege müssen verstärkt Zuwanderer und Wiedereinsteiger gewonnen werden*
- *Auch Gesundheits- und Pflegeassistenten müssen für den Einsatz in Krankenhäusern ausgebildet werden*
- *Neue Berufsbilder müssen anerkannt und finanziert werden*
- *Zeitarbeit muss zur Ausnahme werden*
- *Personal- und Investitionskosten müssen vollständig refinanziert werden*
- *Ergebnisqualität muss das entscheidende Kriterium werden*
- *Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung muss zum Medizinischen Dienst des Gesundheitswesens werden*
- *Der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel muss reformiert werden*

Lesen Sie zu den einzelnen Forderungen die folgenden Ausführungen.

Misstrauen und Unterstellungen müssen aufhören

Die Arbeit eines Krankenhauses ist heute deutlich effizienter organisiert als noch vor zwanzig Jahren. Langjähriger Spardruck hat zu einer an Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Leistungserbringung und zu einem grundlegenden Wandel in der Krankenhausorganisation geführt. Dieser Anpassungs- und Optimierungsprozess wird den Krankenhäusern heute zur Last gelegt. Die Krankenkassen unterstellen den Krankenhäusern Gewinnmaximierung, dabei schreibt die Mehrzahl der Krankenhäuser seit Jahren rote Zahlen. Die Politik versucht durch Vorschriften und Kontrollmaßnahmen gegenzusteuern.

Krankenhäuser sind heute arbeitsteilig entlang ihrer Prozesskette organisiert. Zahlreiche Berufsgruppen mit unterschiedlichsten Qualifikationen erbringen in multiprofessionellen Teams die verschiedenen Bausteine medizinischer und pflegerischer Leistungen eines Krankenhauses. Die chronische Unterfinanzierung hat sich insbesondere negativ auf die Arbeitsbedingungen des Personals ausgewirkt; hier ist es über die Jahre zu erheblicher Arbeitsverdichtung gekommen. Zusätzlich erschwert der zunehmende Fachkräftemangel die Besetzung der Stationen.

Bei Krankenkassen und Politik hat der Wandel in der Krankenhausorganisation Misstrauen ausgelöst. Man unterstellt vorrangig finanzielle Interessen und verfestigt dieses Bild seit Jahren durch einseitige Meldungen über Falschabrechnung und anscheinend unbegründet steigende Fallzahlen. Ausgeblendet wird zum einen die demographische Entwicklung, zum anderen, dass der wirtschaftliche Druck hauptsächlich durch die defizitäre Personalkostenfinanzierung des DRG-Systems und die seit Jahren unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder ausgelöst wurde.

Leider wird die Stimme der Krankenhäuser, die unter den aktuellen Rahmenbedingungen arbeiten und wirtschaftlich überleben müssen, nicht ausreichend gehört. Dass Krankenhäuser das Rückgrat der medizinischen Versorgung bilden, wird als selbstverständlich hingenommen. Die Misstrauenskultur ist für die Mitarbeiter, die mit hoher Verantwortung rund um die Uhr oft unter schwierigen Bedingungen arbeiten, wenig wertschätzend und demotiviert sie erheblich.

Ärzte und Pflegekräfte müssen wieder an den Patienten arbeiten – und nicht am Computer

Eine einfache Lösung liegt auf der Hand: Ärzte und Pflegekräfte müssen von Aufgaben befreit werden, die patientenfern sind. Dies schafft zum einen schlagartig Kapazitäten für mehr ärztliche Versorgung und Pflege am Patienten, zum anderen steigert es die Zufriedenheit mit dem Beruf und seine Attraktivität.

Die steigenden Anforderungen an Dokumentation, Nachweise und Bürokratie sowie die zunehmenden Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und ihrem Medizinischen Dienst MDK haben im administrativen Bereich der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren zahlreiche neue Berufsgruppen und Qualifikationen geschaffen, die Ärzte und Pflegekräfte von Verwaltungsaufgaben entlasten sollen, etwa Dokumentationsassistenten und Kodierfachkräfte. Trotzdem sind Ärzte de facto immer noch rund 4 und Pflegekräfte 3 Stunden pro Tag durch Administration und Dokumentation, also patientenferne Tätigkeiten, gebunden. Diese Zeit fehlt ihnen nicht nur für ihre Patienten, sie werden dadurch auch erheblich belastet und demotiviert. Nicht zuletzt haben die Krankenhäuser die zusätzlichen Kosten zu tragen: Einer Studie zufolge verursachen administrative Aufgaben 21 Prozent der ärztlichen und pflegerischen Personalkosten.

Dabei hat die Diskussion um die Entbürokratisierung eine längere Vorgeschichte: Vor zehn Jahren bereits empfahl die Expertenkommission Pflege 2009 die „Re-Fokussierung auf den Kernprozess der Pflege“. Die Sinnhaftigkeit pflegerischen Planens und Handelns wiederzuerlangen, sah sie als wesentlichen Schlüssel zu einer Verbesserung der Situation. Durch Entbürokratisierung könnten nach Einschätzung des Pflegeheim Rating Reports mehr als 10.000 Pflegefachkräfte statt in der Dokumentation an viel notwendigerer Stelle, nämlich im Kernprozess der Pflege, eingesetzt werden.

Digitalisierung muss zu Bürokratieabbau führen

Eines der wichtigsten Wege zum dringend notwendigen Bürokratieabbau ist die Digitalisierung. Sie muss unbedingt dazu genutzt werden, um Fachpersonal im Krankenhaus von administrativen Arbeiten zu entlasten. Hierfür braucht es eine flächendeckende Digitalisierungsoffensive.

Digitale Kommunikation und Dokumentation innerhalb und zwischen Krankenhäusern kann für eine erhebliche Entlastung der Ärzte und Pflegekräfte von Bürokratieaufgaben genutzt werden. Auch die Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Institutionen könnte durch Telematik und eine funktionsfähige digitale Patientenakte deutlich vereinfacht und beschleunigt werden.

Zusätzlich zur Digitalisierung der Kommunikation zwischen den Akteuren der Gesundheitsversorgung ist eine erhebliche Kraftanstrengung zur umfassenden Digitalisierung der Krankenhäuser selbst erforderlich. Die allermeisten Häuser haben hier mangels ausreichender Investitionsfinanzierung erheblichen Nachholbedarf. Historisch gewachsene und krankenhausespezifische IT-Infrastruktur unterschiedlichster Systeme führt in der Praxis immer noch zu zahlreichen Medienbrüchen. Ein Investitionsprogramm ist sowohl für den Ausbau als auch für den dauerhaften Betrieb komplett digital arbeitender Krankenhäuser notwendig.

Bei der Konzeption müssen Dokumentation und Berichtsfunktionen weitgehend automatisiert werden, sodass diese im normalen Krankenhausbetrieb sozusagen automatisch miterstellt werden. Eine solche Digitalisierungsoffensive für die Krankenhäuser würde die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spürbar entlasten.

Die IT-Sicherheit stellt Krankenhäuser vor immer neue und wachsende Herausforderungen. Auch hier ist eine dauerhafte Finanzierungsquelle für eine jederzeit aktuelle und sichere Infrastruktur zu schaffen. Erste Schritte sind hier bereits erfolgt.

Vorhandene Fachkräfte müssen durch attraktive Arbeitsbedingungen gebunden werden

Die personellen Anforderungen an die Pflege sind in den letzten Jahren förmlich explodiert. Die Vorgaben bezüglich Ausstattung und Qualifikation des Krankenhauspersonals treffen auf einen zunehmenden Fachkräftemangel, der bereits heute zu Engpässen führt. Der Arbeitsmarkt ist leergefegt. Für Krankenhäuser geht es daher vor allem darum, ihre vorhandenen Fachkräfte durch attraktive Arbeitsbedingungen zu halten. Auch hierfür ist eine spürbare Entbürokratisierung ihres Arbeitsalltags dringend erforderlich.

Nach der Statistik der Agentur für Arbeit gab es im Juli 2018 in Hamburg 2.247 offene Stellen im Gesundheits- und Sozialwesen; das waren knapp 13 Prozent aller freien Stellen auf dem Hamburger Arbeitsmarkt. Vakanzen in der Krankenpflege blieben durchschnittlich 133 Tage unbesetzt, in der Altenpflege sogar 180 Tage. Von den als frei gemeldeten Arbeitsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege waren über 55 Prozent nach drei Monaten immer noch nicht besetzt.

All dies zeigt: Eine kurzfristige Personalaufstockung im Pflegebereich ist kaum möglich. Maßnahmen, um mehr junge Menschen für eine Ausbildung in Gesundheitsberufen zu gewinnen, können nur auf längere Sicht zu einer Entlastung der angespannten Personalsituation beitragen. Kurzfristig geht es daher vor allem darum, vorhandenes Personal durch attraktive Arbeitsbedingungen zu binden.

Über die Verweildauer im Krankenpflegeberuf gibt es unterschiedliche Erkenntnisse: Beim einzelnen Arbeitgeber beträgt die durchschnittliche Verweildauer etwa 6 Jahre. Die Verweildauer im Beruf ist jedoch deutlich länger, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen teilweise sogar überdurchschnittlich lang. Für die Gesundheits- und Krankenpflege gibt es Untersuchungsergebnisse, die bei einer Verweildauer im Beruf von 13,7 Jahren liegen.

Auch andere Studien belegen, dass 10 Jahre nach Beginn der erstmaligen pflegerischen Tätigkeit noch über 70 Prozent der Krankenpflegekräfte im Beruf sind; die Verweildauer ist jedoch abhängig vom Qualifikationsniveau: Bei den Pflegehelfern sind es nur 33 Prozent, in der Al-

tenpflege 50 Prozent. Ein Arbeitgeberwechsel führt in der Regel zu einem Wechsel von einer Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus oder umgekehrt bzw. in eine andere Einrichtung des Gesundheits- und Sozialwesens, nicht aber zu einem generellen Ausscheiden aus der Pflege.

Beschäftigte, die einen Pflege- oder Gesundheitsberuf erlernt haben, wechseln demnach im Vergleich zu anderen Berufsfeldern deutlich seltener ihren Beruf. Eine zentrale Bedeutung für die Fachkräftesicherung kommt daher weniger einer längeren Verweildauer im Pflegeberuf als der Bindung an den Arbeitgeber zu. Hier spielen, neben betrieblichen und tariflichen Maßnahmen, die beiden Faktoren Arbeits- und Bürokratiebelastung eine entscheidende Rolle. Für Krankenhäuser bedeutet das insbesondere, neben einer guten Bezahlung und attraktiven, familienfreundlichen Arbeitsbedingungen, dass Ärzte und Pflegekräfte von pflegefremden Verwaltungstätigkeiten weitestmöglich entlastet werden.

Die Pflegeausbildung muss stärker beworben und ausgebaut werden

Neben der Bindung vorhandener Fachkräfte muss die Gewinnung von beruflichem Nachwuchs intensiviert werden. Die Pflegeausbildung konkurriert bei Schulabsolventen mit zahlreichen anderen Berufen. Aufgrund der Mangelsituation in der Pflege ist eine konzertierte Aktion aller Institutionen des Gesundheitswesens notwendig, mit der nachhaltig und intensiv für die Pflegeausbildung geworben wird.

Im Schuljahr 2016/17 verließen in Hamburg 191.163 Absolventinnen und Absolventen die Schulen. Im Jahr 2016 wurden 1.524 Auszubildende für Gesundheits- und Krankenpflege und 177 Auszubildende für Kinderkrankenpflege in Hamburg gezählt. Die Ausbildungskapazitäten wurden in den letzten Jahren bereits kontinuierlich aufgestockt, zum 1. Januar 2018 waren 1.995 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflege ausgewiesen, 314 für Kinderkrankenpflege. In Anbetracht der ab 2020 generalisierten Pflegeausbildung müssen noch 739 Auszubildende der Altenpflege hinzugezählt werden. Ziel aller Institutionen im Hamburger Gesundheitswesen muss es sein, den Anteil der Schulabgänger, die sich für eine Pflegeausbildung entscheiden, von Jahr zu Jahr zu erhöhen.

Die Pflegeausbildung bietet eine sichere berufliche Perspektive mit zahlreichen Entwicklungsmöglichkeiten. Der Beruf verspricht hohe Zufriedenheit durch große Verantwortung und zwischenmenschlichen Kontakt. Bereits während ihrer Ausbildung verdienen Auszubildende von 1.060,70 Euro im ersten bis zu 1.233,00 Euro im dritten Jahr.

Mit diesen positiven Aspekten muss in Werbekampagnen, auf Ausbildungsmessen und auf Schulveranstaltungen intensiv für Gesundheitsberufe geworben werden. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich auch öffentliche Institutionen verantwortlich beteiligen müssen. Es ist nicht nur die Initiative einzelner Krankenhäuser, sondern vor allem eine konzertierte Aktion aller Institutionen des Gesundheitswesens gefragt, um einen langfristig wirksamen Imagewandel zu bewirken.

Die neue Pflegeausbildung muss gut finanziert werden

Die Pflegeberufe-Reform soll die Ausbildung besser und attraktiver gestalten, bringt aber auch eine neue Finanzierung mit sich. Die Umstellung birgt jedoch die erhebliche Gefahr einer Unterfinanzierung und könnte dadurch das ganze Vorhaben konterkarieren.

In der neuen Pflegeausbildung steigen die Anforderungen an die Ausbildungseinrichtungen, z.B. in Bezug auf die Qualifikation der Lehrer und auf kleinere Klassen. Diese Anforderungen erhöhen einerseits die Qualität und die Attraktivität der Ausbildung, machen sie andererseits aber auch teurer.

Die Umstellung auf eine gemeinsame Finanzierung für Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Pflegeschulen anstelle der bisherigen Individualbudgets trägt allerdings das Risiko einer Unterfinanzierung in sich. Die geplante Pauschalierung der Ausbildungsfinanzierung ist zwar eine Vereinfachung, sie kann jedoch dazu führen, dass die Finanzierung nicht für alle Einrichtungen und Schulen ausreichend ist. Wenn diesen ein Defizit droht, könnten sie ihre Ausbildungskapazitäten zurückfahren. Das Ziel des Gesetzes, die Pflegeausbildung für fördern, wäre somit verfehlt.

Nach dem Pflegeberufereform-Gesetz und der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung sollen die Kosten der Ausbildung bei einer wirtschaftlichen Betriebsgröße und Betriebsführung sowie bei Einhaltung aller Qualitäts- und landesrechtlichen Vorgaben gedeckt werden. Dies ist unbedingt zu beachten, wenn ein höheres qualitatives Ausbildungsniveau erreicht werden soll, damit möglichst viele Einrichtungen auch künftig die Pflegeausbildung anbieten können.

Für die Pflege müssen verstärkt Zuwanderer und Wiedereinsteiger gewonnen werden

Ergänzende Maßnahmen, um die Zahl der Pflegefachkräfte zu erhöhen, wären gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine verstärkte und vereinfachte Zuwanderung ausländischer Pflegekräfte fördern. Außerdem sollte durch staatliche Fördermaßnahmen bei der Agentur für Arbeit intensiv um Umschüler und Berufsrückkehrer geworben werden

Für den Einsatz ausländischer Pflegekräfte können die administrativen Prozesse für den Erhalt eines Visums und für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse deutlich beschleunigt werden. Außerdem benötigen ausländische Pflegekräfte rascher gezielteren Sprachunterricht und spezielle Integrationsförderung vor Ort in den Krankenhäusern. Neben den schnelleren staatlichen Anerkennungsprüfungen und zusätzlichen Integrationshilfen wäre eine finanzielle Förderung der Arbeitgeber, also der Krankenhäuser, für die notwendigen Integrationsmaßnahmen sinnvoll.

Durch ein zusätzliches, an das Berufsbild Pflege gebundenes Förderbudget bei der Agentur für Arbeit könnten verstärkt Umschüler aus anderen Berufen gewonnen und für die Pflege qualifiziert werden. Dies wäre, zusätzlich zu Schulabgängern, ein langfristiger zusätzlicher Weg, Pflegekräfte zu gewinnen. Neben Umschülern könnte die Agentur für Arbeit aus diesem Budget auch Berufsrückkehrer nachqualifizieren.

Auch Gesundheits- und Pflegeassistenten müssen für den Einsatz in Krankenhäusern ausgebildet werden

In Hamburg gibt es bislang keine Pflegehelfer-Qualifikation, sondern den Abschluss als Gesundheits- und Pflegeassistent (GPA). Dieser kommt aufgrund der überwiegenden Qualifikation für den ambulanten Bereich in Krankenhäusern bisher jedoch kaum zum Einsatz.

Mit dem Pflegeberufereform-Gesetz ist es künftig möglich, nach zweijähriger Ausbildung einen Pflegehelfer-Abschluss zu erwerben. In Hamburg soll dies der GPA-Abschluss sein. Hier wird es stark auf die inhaltliche Ausgestaltung dieser Ausbildung ankommen, damit diese Berufsgruppe auch in Krankenhäusern eingesetzt werden kann. Bisher sind die Ausbildungsinhalte vorwiegend auf die ambulante Pflege ausgerichtet. Aufgrund des Fachkräftemangels ist es entscheidend, dass es auch in Hamburg einen Pflegeassistentenberuf gibt, der für die Arbeit in Krankenhäusern qualifiziert ist und im Qualifikationsmix anerkannt wird.

Neue Berufsbilder müssen anerkannt und finanziert werden

In den Krankenhäusern hat sich eine stark differenzierte Arbeitsteilung mit unterschiedlichen innovativen beruflichen Qualifikationen herausgebildet. Der derzeitige Fokus des Gesetzgebers auf die Pflege bei den Personalvorgaben darf nicht dazu führen, dass neue Berufsbilder, die sehr gefragt sind, weiterhin ohne staatliche Anerkennung bleiben.

Im Krankenhaus werden heute aus qualitativen und ökonomischen Gründen Aufgaben auf ein Team unterschiedlich qualifizierter, spezialisierter Mitarbeiter verteilt. Dazu zählen vor allem auch neue, von Krankenhäusern stark nachgefragte Berufsbilder wie Operationstechnische Assistenten (OTA), Chirurgisch-technische Assistenten (CTA) und Anästhesietechnische Assistenten (ATA).

Die vom Gesetzgeber in verschiedenen Bereichen eingeführten verbindlichen Personaluntergrenzen, die sich stark auf die Pflege fokussieren, können nun dazu führen, dass diese hochgradige, sehr effektive Arbeitsteilung wieder zurückorganisiert werden muss, nur um die vorgeschriebenen Besetzungen mit examinierten Pflegekräften erfüllen zu können. Dies ist ein Rückschritt und bietet weder qualitative noch wirtschaftliche Vorteile.

Für die neuen Berufe wie OTA, CTA und ATA fehlen nach wie vor die staatliche Anerkennung und die Aufnahme in die gesetzliche Ausbildungsfinanzierung. Auch andere pflegeunterstützende Berufsgruppen wie Service-Assistenten und andere Pflegeassistenz-Berufe sind im Krankenhaus unverzichtbar und müssen bei den gesetzlichen Personalvorgaben für die Pflege in deutlich stärkerem Maße anerkannt werden.

Zeitarbeit muss zur Ausnahme werden

Die Vorgaben zu Personal-Mindestbesetzungen, in Kombination mit dem allgemeinen Mangel an Pflegekräften, zwingen Krankenhäuser oftmals dazu, Zeitarbeitsfirmen zu nutzen, um kurzfristig entstehende Besetzungslücken zu schließen. Zeitarbeit verursacht aber im Krankenhaus erhebliche zusätzliche Kosten, die nicht refinanziert werden, und verschärft dort sogar noch den Fachkräftemangel.

Ein Krankenhaus ist in personellen Engpass-Situationen und in kritischen Bereichen auf Zeitarbeit angewiesen, um den Betrieb aufrecht halten zu können. Zeitarbeit muss zum Beispiel gerade häufig in Anspruch genommen werden, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem laufenden Betrieb heraus in eine Weiterbildung entsandt werden, damit das Krankenhaus Mindestbesetzungs-Vorgaben mit Fachkräften in pflegesensiblen Bereichen erfüllen kann.

Die zunehmende Personalknappheit bietet Zeitarbeitsfirmen indes die Möglichkeit, Personal zu überhöhten Preisen anzubieten. Der Einsatz von Fremdpersonal kostet das Krankenhaus nahezu das Doppelte und ist zudem nicht refinanzierbar. Dadurch gehen den Krankenhäusern finanzielle Mittel systematisch verloren. Eine Kompensation der Mehrkosten für Zeitarbeit ist daher gerade in kritischen Bereichen wie in der Intensivmedizin unabdingbar, um den täglichen Betrieb aufrecht zu erhalten.

Nicht zuletzt konkurrieren Personaldienstleister mit Krankenhäusern auch als Arbeitgeber, indem sie das Klinikpersonal mit höheren Vergütungen und interessanten Arbeitszeitmodellen abwerben. Dies verschärft die Personalprobleme der Krankenhäuser zusätzlich. Im alltäglichen Einsatz muss Zeitarbeit daher stärker eingegrenzt werden. Eine gesetzliche Vorgabe über Einsatzmöglichkeiten von Personaldienstleistern auf eng beschränkte Ausnahmesituationen und eine entsprechende Refinanzierungslösung sind gefragt.

Personal- und Investitionskosten müssen vollständig refinanziert werden

Die im Pflegepersonalstärkungsgesetz vorgesehene vollständige Refinanzierung der tariflichen Personalkosten für Pflegeberufe kann nur ein erster Schritt sein. Die Krankenhausfinanzierung muss insgesamt auskömmlich gestaltet werden. Das gilt für die Personalkosten, die auch für die übrigen Berufsgruppen außerhalb der Pflege vollständig refinanziert werden müssen, ebenso wie für die Investitionskosten, die von den Bundesländern endlich betriebswirtschaftlich ausreichend und verlässlich zu finanzieren sind.

Die Personalkosten der Pflege sollen ab 2020 vollständig finanziert werden. Dies wird von den Krankenhäusern einerseits zwar begrüßt, andererseits stellt es sie vor ein großes betriebswirtschaftliches Problem. Bisher konnten sie notwendige Investitionen, die von den Bundesländern nicht ausreichend finanziert werden, aus Fallpauschalen-Erlösen querfinanzieren. Dies ist künftig praktisch unmöglich, da die Krankenhäuser nachweisen müssen, dass sie große Teile ihrer Erlöse, ihr Pflegebudget, ausschließlich für Pflegepersonal und für nichts anderes verwenden.

Solange die Bundesländer ihrer gesetzlichen Pflicht nicht nachkommen, Krankenhausinvestitionen auskömmlich zu refinanzieren, sind die Krankenhäuser auf diese Querfinanzierungsmöglichkeit existenziell angewiesen. In Hamburg etwa besteht ein Finanzierungsbedarf für Investitionen von 175 Millionen Euro jährlich. Die Freie und Hansestadt Hamburg beteiligt sich jedoch zukünftig voraussichtlich mit rund 110 Millionen Euro. Ohne alternative Finanzierungsmöglichkeit wird diese Investitionslücke viele Krankenhäuser unweigerlich ins Defizit treiben. Gerade bei der Investitionskostenfinanzierung müssen daher die erzwungenen Eigenbeteiligungen entfallen und die Fördermittel der Stadt auf den tatsächlichen Bedarf von 175 Millionen Euro angehoben werden.

Wenn künftig nur die Personalkosten in der Pflege vollständig finanziert werden, führt dies zudem zu einer Schieflage und zu innerbetrieblichen Ungerechtigkeitsdiskussionen. Auch in anderen Gesundheitsberufen herrscht Mangel, dem entgegengewirkt werden muss. Daher sind die Tariferhöhungen nicht nur der Pflege, sondern aller im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen vollständig zu refinanzieren.

Ergebnisqualität muss das entscheidende Kriterium werden

Die Gesundheitspolitik verfolgt seit mehreren Jahren das Ziel, mit immer detaillierteren Strukturvorgaben die Organisation eines Krankenhausbetriebs in unterschiedlichsten Rechtsquellen und Normen regeln zu wollen – bis hinunter auf die Ebene des einzelnen Mitarbeiters, dessen Qualifikation und Einsatzzeiten. Leider behindert dieser Drang zu Strukturvorgaben die Orientierung an der seit 20 Jahren erprobten und bewährten Ergebnisqualität.

Strukturvorgaben sind vor allem deshalb zweifelhaft, weil für die allermeisten dieser Parameter kein wissenschaftlicher Nachweis existiert, dass dadurch wirklich eine Qualitätsverbesserung erreicht wird. So wird zwar viel Aufwand für die Erfüllung der Vorgaben, für den Nachweis und für internes Monitoring getrieben, der Nutzen ist jedoch überaus fraglich. Ergebnisqualität hingegen misst die Behandlungsqualität am Patienten und ermöglicht somit eine Bewertung, ob gute oder schlechte Qualität vorliegt und wie sie sich im Zeitverlauf entwickelt. Das Ziel einer qualitätsorientierten Versorgung sollte immer das bestmögliche Behandlungsergebnis für den Patienten sein – und nicht die Einhaltung struktureller Vorgaben ohne Wirkungsnachweis.

Die Qualitätssicherung im Krankenhaus mit ihrer über 20-jährigen Entwicklungsgeschichte basiert auf zahlreichen gut belegten Prozess- und Ergebnisqualitäts-Parametern. Sie ist allerdings inzwischen zu einer gefühlten Selbstverständlichkeit geworden. Mit Hochdruck müsste daran gearbeitet werden, vorhandene Ergebnisqualitäts-Indikatoren für die gewünschte Versorgungssteuerung weiterzuentwickeln und neue zu erschließen. Nachweislich gute medizinische Qualität am Patienten muss belohnt, schlechte Qualität öffentlich gemacht und ggf. sanktioniert werden. Durch stringente Orientierung an der Ergebnisqualität wird sichergestellt, dass Patienten die bestmögliche Versorgung erhalten. Der erste spürbare Schritt zum Bürokratieabbau könnte daher sein, die aufwendigen und detaillierten Strukturvorgaben durch Ergebnisqualitäts-Indikatoren abzulösen. Dies würde die Krankenhäuser erheblich entlasten.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung muss zum Medizinischen Dienst des Gesundheitswesens werden

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird heute von den Krankenkassen mit Begutachtungen beauftragt, deren Ergebnisse vor allem Sparziele durchsetzen sollen. Eine Flut von Auseinandersetzungen ist die Folge. Von einer Neutralität des MDK kann in keiner Weise gesprochen werden. Die Prüfungen müssen transparenter werden, sich an einheitlichen Standards orientieren und auf ein vertretbares Ausmaß reduziert werden.

Krankenkassen überziehen Krankenhäuser mit einer beispiellosen Menge von Abrechnungsprüfungen – derzeit wird fast jeder vierte Fall durch den MDK geprüft. Nach einer aktuellen Erhebung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft betrug die Quote der Einzelfallprüfungen des MDK im Jahr 2017 durchschnittlich 21 Prozent und stieg im ersten Halbjahr 2018 auf über 22 Prozent an. Dies ist ein nicht mehr akzeptables Ausmaß, das gewaltige Ressourcen bindet. Die Prüfungen müssen daher quantitativ reduziert und deutlich vereinfacht werden, etwa durch Stichproben anstatt durch immer mehr Einzelfallprüfungen. Alternativ wären die Einzelfallprüfungen auf maximal 10 Prozent aller Abrechnungen zu begrenzen.

Zusätzlich prüft der MDK flächendeckend und detailliert die Einhaltung struktureller Voraussetzungen für bestimmte Leistungen. Diesen Strukturprüfungen folgen häufig Erlösstreitigkeiten und langwierige juristische Auseinandersetzungen nach, da es keine einheitliche und von beiden Seiten akzeptierte Auslegung der Prüfkriterien des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt. Der MDK wird außerdem mit immer mehr Aufgaben aus dem Bereich der Qualitätskontrollen betraut.

Die ständige Erweiterung des Aufgabenspektrums spricht dafür, den MDK aus der einseitigen Trägerschaft durch die Krankenkassen herauszulösen. Insgesamt müssen MDK-Prüfungen transparenter werden und sich an einheitlichen Standards orientieren. Es ist dringend erforderlich, den MDK für die Aufgabenfelder Abrechnungsfragen, strukturelle Prüfungen und Qualitätskontrollen in eine neutrale Trägerschaft zu überführen.

Für seine immer weitergehenden Kontrollaufgaben benötigt der MDK zudem auch immer mehr medizinisches und pflegerisches Fachpersonal, das er mit geregelten Arbeitszeiten ohne Schicht- und Notdienste und einer attraktiven Bezahlung von den Krankenhäusern abwirbt. Die Krankenhäuser sind somit Leidtragende im doppelten Sinne: Sie ersticken unter den Kontrollen und Prüfungen des MDK und müssen dafür an diesen auch noch Personal abgeben, das dann auf den Stationen fehlt.

Der OPS muss reformiert werden

Der amtliche Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) ist aktuell Anlass zahlreicher Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Grund ist das Fehlen von definierten, einheitlichen und für beide Seiten verbindlichen Kriterien, was zur einseitigen Auslegung durch den MDK und infolgedessen zu Konflikten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern führt.

Krankenkassen ziehen für ihre Erlösrückforderungen häufig MDK-Gutachten zur Überprüfung von OPS-Komplexcodes heran. Sie stellen die Erfüllung einzelner Kriterien – die teilweise gar nicht genau definiert sind – in Frage und verweigern deswegen die Vergütung eines Komplexcodes in der Regel vollständig und sogar rückwirkend. Erlösstreitigkeiten dieser Art führen zu langen und aufwendigen gerichtlichen Auseinandersetzungen, wodurch Krankenhäuser oft über Jahre auf Vergütungen warten müssen und einen erheblichen Liquiditätsnachteil erleiden. Im schlimmsten Fall verlieren sie sogar die Erlöse für zahlreiche Patienten, obwohl deren Behandlung medizinisch erfolgreich durchgeführt wurde.

Der OPS muss zu einer echten Prozeduren-Klassifikation mit transparenten, klaren und kostentrennenden Kriterien weiterentwickelt werden. Ein zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern abgestimmter Prüflaufplan würde helfen, Streit zu vermeiden, und sollte auch eine Gewichtung vorgeben, wie hoch der Anteil eines einzelnen Kriteriums bei einer möglichen Erlösminderung zu Buche schlagen würde. Hierdurch könnte vermieden werden, dass ein Krankenhaus die gesamten Erlöse eines Komplexcodes verliert, nur weil es ein einziges Kriterium an einem einzigen Tag im Jahr nicht erfüllen konnte. Die aktuell eingeführte rückwirkende Korrekturmöglichkeit des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für strittige OPS-Codes ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.

Burchardstraße 19 | 20095 Hamburg

Telefon 040 / 25 17 36-0 | Telefax 040 / 25 17 36-40

E-Mail hkgev@hkgev.de | Internet www.hkgev.de