



Positionspapier der Marienhaus Unternehmensgruppe für die anstehenden Sondierungsgespräche und möglichen Koalitionsverhandlungen zu Fragen der Gesundheitspolitik und der Pflege

Die Marienhaus Unternehmensgruppe ist ein sektorenübergreifender Versorger und großer Arbeitgeber im Gesundheitswesen mit insgesamt über 14.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den regionalen Schwerpunkten in Rheinland-Pfalz und im Saarland. Als christlicher Träger wollen und werden wir uns dabei auch in Zukunft der besonderen Verantwortung stellen, in den eher ländlichen Regionen die medizinische Versorgung für die Menschen sicherzustellen. Traditionell betreiben wir deshalb eine größere Zahl an kleineren Krankenhäusern, die massiv verschärften wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ausgesetzt sind. Vor dem Hintergrund unseres christlichen Anspruchs hat eine qualitativ hochwertige Pflege und damit verbunden eine angemessene Personalbesetzung sowohl in unseren Krankenhäusern wie auch in unseren Einrichtungen der Altenhilfe einen hohen Stellenwert. Wir haben in unseren trügereigenen Pflegeschulen weit über 1.000 junge Menschen in der Ausbildung. Aber auch hier gilt, dass die finanziellen Rahmenbedingungen deutlich verbessert werden müssen, um eine nachhaltig wirksame Entlastung der Pflege zu erreichen.

Mit unseren nachfolgenden Positionen wollen wir unseren Beitrag dazu leisten, für die neue Legislaturperiode nachhaltige Lösungen für die zentralen gesundheits- und pflegepolitischen Herausforderungen zu entwickeln.

1. Pflege entlasten – finanzielle Rahmenbedingungen verbessern!

Für die dringend erforderliche Stärkung der Pflege in den Krankenhäusern müssen die Refinanzierungsbedingungen für die Träger verbessert werden. Nur dann machen verbindliche Personaluntergrenzen auch Sinn. Angesichts des schon jetzt bestehenden Fachkräftemangels reicht das Schaffen zusätzlicher Pflegestellen allein nicht aus. Vielmehr muss die Attraktivität des Pflegeberufes nachhaltig verbessert werden.

Der Mangel an gut ausgebildeten pflegerischen Fachkräften trifft die Marienhaus Unternehmensgruppe in allen Sparten der Gesundheitsversorgung: Kliniken, Senioreneinrichtungen sowie Hospizen. Die derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen sind eine wesentliche Ursache hierfür.

Legt man die Zahlen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (zusätzlicher bundesweiter Bedarf rd. 73.000 Vollzeitkräfte) zugrunde, würde sich für die Marienhaus Unternehmensgruppe ein Mehrbedarf von etwa 630 Vollzeit-Pflegestellen ergeben, bei derzeit etwa 4.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege. Dann würden sich die Stellen im Pflegedienst analog zum ärztlichen Dienst weiterentwickeln. Bei durchschnittlich unterstellten Bruttopersonalkosten von 55.000 € bedeutet das für unseren Träger eine Erhöhung der Personalkosten in Höhe von rd. 35 Millionen Euro, die nur bei entsprechend verbesserten Refinanzierungsbedingungen leistbar sind.

Damit Pflege künftig nachhaltig und besser von der Politik wahrgenommen wird, sollte die Selbstverwaltung gestärkt und eine Bundespflegekammer entwickelt werden.

2. Den Krankenhäusern neue Entwicklungschancen eröffnen!

Fixkostendegressionsabschlag einheitlich auf 35% festlegen!

Die bisherige Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags sollte dringend überarbeitet werden. Den Krankenhäusern muss die Möglichkeit eingeräumt werden, orientiert am Bedarf der Bevölkerung Leistungsbereiche kostendeckend zu entwickeln. Die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags sollte einheitlich auf 35% festgesetzt werden.

Mit dem Jahr 2017 wurde im Zuge des Krankenhausstrukturgesetzes der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) eingeführt. Dieser löst den bis dahin geltenden Mehrleistungsabschlag ab. Krankenhäuser und Krankenkassen auf Landesebene sollen schätzen, wie hoch der Anteil der fixen Kosten an einer Fallpauschale durchschnittlich ist, also zum Beispiel die in einer Fallpauschale enthaltenen Kosten für technische Geräte, wie z.B. Computertomographen.

Allen Krankenhäusern, die mehr Leistungen als zuvor vereinbart erbracht haben, soll dieser Anteil bei allen abgerechneten Mehrleistungen abgezogen werden. Dabei wurde vom Gesetzgeber für den FDA eine Bandbreite zwischen 35% und 50% festgelegt. In der Praxis zeigt sich, dass die Krankenkassen in den jeweiligen Budgetverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern massiv darauf drängen, den FDA auf der Obergrenze von 50% festzusetzen. Der FDA-Satz sollte deshalb einheitlich auf 35% festgesetzt und die Ausnahmetatbestände sollten eindeutig und abschließend geregelt werden.

Als Anlage haben wir für unsere Trägerschaft beispielhaft die Auswirkungen des FDA für ein Haus dargestellt. Wir rechnen alleine für dieses Haus bei jährlich ca. 16.000 stationären Patienten mit einer Erlösreduktion um rund 7 Mio. Euro in einem Zeitraum von fünf Jahren. Dies resultiert aus medizinstrategischen Effekten in der Leistungsentwicklung, die die medizinischen Anforderungen regionalspezifisch abbilden sollen. Es geht also nicht um reine Leistungsausweitung.

Aus unserer Erfahrung besteht das Hauptproblem darin, dass auch bei unverschuldeten Leistungsrückgängen der FDA bei wieder ansteigenden Leistungen in den Folgejahren zu zahlen ist. Für ein Krankenhaus mit einem Case Mix-Volumen von 5.000 Punkten bedeutet ein Leistungseinbruch von 500 Punkten bzw. 10%, dass im laufenden und in den drei Folgejahren rund 3,5 Mio. € geringere Erlöse erzielt werden, wenn die 500 Punkte im darauffolgenden Jahr wieder erreicht werden. Dieser Effekt kann insbesondere ein kleineres Krankenhaus in seiner Existenz bedrohen.

Nicht durch strukturelle Effekte hervorgerufene Leistungsrückgänge sollten in den Ausnahmetatbeständen zu den Regelungen des FDA herausgenommen werden. Dies gilt ebenso bei rückläufigen Leistungen aufgrund von baulichen Maßnahmen.

Mit der Einführung des FDA werden die ohnehin schon sehr schwierigen Bedingungen der Krankenhausfinanzierung weiter verschärft. Durch die Konstruktion des FDA wird den Krankenhäusern unabhängig vom gesellschaftlichen Bedarf die Möglichkeit genommen, Leistungsbereiche kostendeckend zu entwickeln.

Investitionsstau in den Krankenhäusern auflösen – Bundessonderprogramm auflegen!

Angesichts des hohen Investitionsstaus und der weiterhin nur sehr begrenzt zur Verfügung stehenden Ländermittel sollte ein Sonderprogramm auf Bundesebene aufgelegt werden, das – nach dem Vorbild und ggf. in Erweiterung des Strukturfonds – zu gleichen Anteilen aus Bundesmitteln und/oder Mitteln des Gesundheitsfonds sowie aus Mitteln der Länder finanziert werden könnte.

Die nach den gesetzlichen Vorgaben aus den Landeshaushalten zu finanzierenden Mittel der Investitionsförderung für Krankenhäuser sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gesunken. Dadurch werden die Krankenhäuser gezwungen, die für die Sicherstellung einer innovativen medizinischen Versorgung erforderlichen Investitionen immer häufiger und immer weiter in die Zukunft zu verschieben. Die Krankenhäuser müssen erforderliche Mittel für notwendige Investitionen fast schon regelhaft aus den Erlösen der DRG-Fallpauschalen für die Behandlung der Patienten generieren. Auf Dauer wird dies aber zu Lasten der Patientenversorgung und des in den Krankenhäusern beschäftigten Personals gehen. Es muss aber die Innovationskraft und die internationale Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheitsstandorts Deutschland gesichert werden. Das DRG-Fallpauschalensystem ist auf die Finanzierung der Betriebskosten ausgelegt, die Investitionskosten sind grundsätzlich aus den Länderhaushalten zu finanzieren.

In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig und sinnvoll, den mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2017 eingeführten Strukturfonds zu verstetigen, um notwendige strukturelle Veränderungen im Krankenhausbereich finanziell zu flankieren. Hier könnte daran gedacht werden, ein Infrastruktur-Sonderprogramm des Bundes zur Verringerung des Investitionsstaus in den Krankenhäusern aufzulegen, ggf. in Form einer Erweiterung des Strukturfonds.

Hohe Qualität der Versorgung auch für die Zukunft sichern – hierfür müssen die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden!

Eine leitlinienkonforme Patientenversorgung muss auch entsprechend ausfinanziert und das hierfür notwendige Personal sowohl im ärztlichen wie auch im pflegerischen Bereich refinanziert werden.

In den vergangenen Jahren wurden bereits umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für die Sicherheitsstandards in den deutschen Krankenhäusern umgesetzt. Qualität in der Versorgung ist ohnedies seit jeher Anspruch von Gesundheitsversorgern und muss nicht erst über weitere Vorgaben in die stationäre Versorgung eingeführt werden. Soweit qualitätssichernde und –verbessernde Maßnahmen sinnvoll, zielführend und nach klar definierten Anforderungen weiterentwickelt werden, sind solche Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Schaffung von Transparenz des Leistungsgeschehens zu begrüßen.

Daher gibt es eine Reihe von sinnvollen Qualitätsanforderungen, wie beispielsweise Screeningmaßnahmen, Schlaganfallregister, Notfallkoordinatoren, CIRS oder die Weiterentwicklung der bestehenden Transparenzdarstellungen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausfinanzierung ist bei nicht ausreichender Ausgestaltung jedoch sehr riskant. Denn verpflichtende Qualitätsvorgaben müssen vor ihrer Definition und Einführung einer Prüfung der hiermit verbundenen Evidenz, ihrer Umsetzbarkeit und insbesondere der entstehenden Kosten unterzogen werden. Wichtig ist dabei auch, den zusätzlichen bürokratischen Aufwand so gering wie möglich zu halten.

Einseitige, nicht ausfinanzierte Personal- und Strukturvorgaben stoßen in Krankenhäusern an klare Umsetzungsgrenzen. Qualitätsvorgaben müssen zwingend auf eindeutigen, nachvollziehbaren und rechtssicheren Regeln basieren und von einer neutralen Instanz mit entsprechender Kompetenz in der Qualitätssicherung durchgeführt werden. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass überzogene und nicht erfüllbare Anforderungen eine notwendige stationäre Versorgung in der Fläche zunehmend erschweren.

Bedarfsplanung sektorenübergreifend gesetzlich verankern – neue Modelle vorantreiben!

Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung sollte gesetzlich verankert werden, um insbesondere in ländlichen Regionen eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die duale Struktur fachärztlicher Vorhaltung, wie sie in Deutschland bisher gepflegt wird, sollte überdacht und gut funktionierende Modelle sollten als Referenz herangezogen werden.

Derzeit gibt es keine gesetzlich verankerte sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Diese wäre notwendig, um insbesondere in ländlichen Regionen eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Wir halten eine gezielte Nachwuchsförderung und finanzielle Anreize für die ambulante Versorgung in unterversorgten Regionen für unerlässlich.

Die jetzige Bedarfsplanung erscheint im ambulanten Sektor nicht ausreichend wirksam. Dabei gilt es aus Sicht der Kliniken eine deutlich bessere Planungssicherheit herbeizuführen (nach § 116 b ist die Ermächtigungsambulanz auf zwei Jahre befristet und somit strategisch nur höchst eingeschränkt wirksam). Es ist fraglich, ob die duale Struktur fachärztlicher Vorhaltung wie sie in der Bundesrepublik Deutschland gepflegt wird, Zukunft hat. Besser wäre wie in den Beneluxstaaten eine fachärztliche Versorgung an Zentren. Dort gilt es dann unabhängig davon, ob stationär oder ambulant, qualitativ hochwertig wirksam zu diagnostizieren und zu therapieren.

Notfallversorgung gerade für die ländlichen Regionen sichern!

Die Notfallversorgung sollte, insbesondere in ländlichen Regionen, sektorenübergreifend neu strukturiert werden, um eine flächendeckende Versorgung auch zukünftig sicherstellen zu können.

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden immer stärker auch von Patienten aufgesucht, die von niedergelassenen Ärzten versorgt werden könnten. Dieser Trend wird noch weiter zunehmen. Die Folge sind lange Wartezeiten und Unzufriedenheit sowohl bei den Patienten als auch im Krankenhaus, das zudem wegen der unstrittig unzureichenden Finanzierung in eine finanzielle Schieflage gerät. Ursache hierfür ist, dass immer mehr niedergelassene Ärzte aus der Notfallversorgung aussteigen. Zudem sind die Krankenhäuser in der Bevölkerung mit einem Rund-um-die-Uhr-Angebot von medizinischen Leistungen bekannt, während die Bereitschaftsdienstzentralen der KV nur zeitweise geöffnet haben und die kostenlose Rufnummer für ambulante Notfälle den Patienten kaum bekannt bzw. kaum akzeptiert wird. Hinzu kommt, dass in ländlichen Gebieten die Bereitschaftsdienstzentralen weiter entfernt liegen als das nächste Krankenhaus. Für den Patienten sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Strukturen nicht nachvollziehbar. Hier wäre es insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum eher angebracht, anstelle der Vorhaltung unterschiedlicher Strukturen eine feste Anlaufstelle mit einer fachlich qualifizierten Ersteinschätzung zu schaffen, die nach dem offensichtlichen Wunsch der Patienten im Krankenhaus ist. Diese Anlaufstelle muss auch auskömmlich refinanziert werden.

Im Bereich der stationären Notfallversorgung sind Vorstellungen der GKV aus unserer Sicht unrealistisch. Wegen fehlender Fachkräfte und unzureichender Finanzierung sind diese Strukturvorgaben in vielen kleinen und mittleren Krankenhäusern nicht umsetzbar. Ein Ausschluss aus der Notfallversorgung kann das wirtschaftliche Aus des Krankenhauses bedeuten, da es dann nicht mehr bei allen potentiellen Patienten im Einzugsgebiet die notwendige Akzeptanz erfährt. Es besteht die Gefahr, dass dann auch Nicht-Notfälle das Krankenhaus meiden.

Krankenhausversorgung in der Fläche sichern – kleineren Krankenhäusern eine echte Chance geben!

Um die stationäre Versorgung in der Fläche auch in Zukunft gewährleisten zu können, muss die Finanzierung kleinerer Krankenhäuser verbessert werden.

Der Sicherstellungszuschlag in der bisherigen Form ist unzureichend. Solange ein negatives Betriebsergebnis eine Voraussetzung für den möglichen Zuschuss bildet, können die Krankenhausträger den Sicherstellungsauftrag nicht dauerhaft wahrzunehmen. In kleinen Krankenhäusern umfassen die Betriebskosten einen hohen Anteil an Vorhaltekosten. Eine leistungsbezogene Refinanzierung über Durchschnittspreise aller Krankenhäuser führt angesichts der kleinen Leistungsmengen unweigerlich zu wirtschaftlichen Problemen.

Für kleine Krankenhäuser in der Fläche, die zur regionalen Versorgung unerlässlich sind, wäre daher eher eine budgetorientierte Vergütung angezeigt, um die notwendige Vorhaltung zu finanzieren und darüber hinaus den ständigen Druck auf Leistungsausweitung für das Krankenhaus zu mindern.

Digitalisierung – das Megathema auch für die Krankenhäuser!

Die „digitale Agenda“ wird mit Sicherheit eine hohe Priorität im künftigen Regierungsprogramm einnehmen. In diesem Kontext muss der Bereich „Krankenhaus 4.0“ angemessen berücksichtigt werden. Sinnvoll wäre es, auf Bundesebene im Rahmen der geplanten Mittelbereitstellung für die Digitalisierung auch der Bereich Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen, um die immer weiter fortschreitende Integration der Digitalisierung in die medizinischen und pflegerischen Kernprozesse zukunftsfähig und zielgerichtet umsetzen zu können. So kann beispielhaft das Thema Telemedizin zukünftig einen zentralen Beitrag leisten zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum.

Digitalisierung wird im Gesundheitswesen zunehmend zum Kernprozess innerhalb der Sektoren sowie sektorenübergreifend. Es ist sicherzustellen, dass es eine verbindliche, gesetzliche Vorgabe zur Sicherstellung der Interoperabilität der IT-Systeme gibt. Zielführend wäre hier, den Patienten in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen. Dabei gilt es, deutliche Mehrkosten für Leistungserbringer zu vermeiden.

Bei der Entwicklung neuer Strategien zur Digitalisierung ist auch die Pflege mit einzubeziehen, weil Steuerungs- und Dokumentationsprozesse verschlankt und sich die Pflege damit noch stärker auf ihren Kernbereich konzentrieren kann. Erfolgreich begonnene Schritte zum Bürokratieabbau können noch effizienter erfolgen, wenn alle Dokumentationsanforderungen verknüpft wären. Der hierfür notwendige Umstieg von der manuellen Dokumentation auf IT-gestützte Systeme muss finanziell flankiert werden. Das Thema „Digitalisierung“ dürfte insgesamt ein Schwerpunkt für die neue Legislaturperiode sein, auch mit Blick auf die Bereitstellung zusätzlicher Haushaltsmittel. In diesem Kontext müssen auch signifikante Finanzmittel in die Digitalisierung der Krankenhäuser/sectorenübergreifend fließen.

Innovationskräfte im Gesundheitswesen mobilisieren - Innovationsfonds verstetigen!

Der Innovationsfonds in der Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sollte fortgeführt und verstetigt sowie um die Förderung der Erstellung von S3-Leitlinien erweitert werden.

Um die enormen Herausforderungen im Gesundheitssystem bewältigen zu können, bedarf es neuer, innovativer Ansätze. Um diese zunächst hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und potentiellen Umsetzbarkeit prüfen zu können, wurde zeitlich befristet der Innovationsfonds (§ 92a SGB V) eingerichtet.

Durch diesen Fonds stehen erhebliche Förderbeträge zur Verfügung, mit deren Hilfe Innovationen und entsprechende Evaluationen pilothaft durchgeführt werden können. Somit bietet der Innovationsfonds die Chance, die Regelversorgung im Gesundheitssystem durch Versorgungsinnovationen zu verbessern, künftigen Herausforderungen entgegenzuwirken, das Gesundheitssystem dauerhaft weiterzuentwickeln und so den sich ständig wechselnden Gegebenheiten anzupassen. Wir würden es daher sehr begrüßen, wenn der Innovationsfonds in der Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verstetigt würde, um dieses Instrument auch längerfristig in der Zukunft nutzen zu können.

In diesem Kontext wäre es aus unserer Sicht sehr empfehlenswert, wenn nicht nur Versorgungsmodelle und Versorgungsforschung förderfähig wären, sondern auch die Erstellung von S3-Leitlinien. Ein weiterer Schwerpunkt könnte auf pflegerische Leistungserbringung gelegt werden. Dies kann mit einer Stärkung der professionellen Pflege verbunden sein, wenn diese Leistungen auch regelhaft abgerechnet werden können.

3. Rahmenbedingungen für die Altenhilfe zukunftsorientiert weiterentwickeln!

Die Versorgungsansprüche und –aufträge im stationären Altenhilfebereich sollten stärker differenziert werden, insbesondere die baulichen Voraussetzungen und die personelle Ausstattung. Ziel muss sein eine fundierte Vereinbarung von Qualitätsnachweisen und die Flexibilisierung von Personalschlüsseln und Personalquoten.

Die Rahmenbedingungen in der Altenhilfe sind zunehmend angespannter. Es gibt eine steigende Zahl der Pflegebedürftigen (demografische Entwicklung) und gleichzeitig eine wachsende Pflegeintensität (Altersstruktur, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit) in den stationären und teilstationären Einrichtungen und knappe personelle Ressourcen (Fachkräftemangel). In Relation zur Entwicklung der Zahl an Pflegebedürftigen beobachten wir eher stagnierende oder sinkende Personalressourcen.

Für die Anbieter stationärer Pflege wird es zunehmend schwieriger, eine flächendeckende Vorhaltung stationärer Einrichtungen mit umfassendem Versorgungsauftrag sicherzustellen, wie etwa die Erfüllung personeller Voraussetzungen für Pflege und Betreuung, die Umsetzung hoher pflegfachlicher Standards oder die Vorhaltung entsprechender Räumlichkeiten (Flächen, Einbettzimmer, Bäder, etc.).

Wenn von den Einrichtungen berechnete/fundierte Qualitätsnachweise verlangt werden, dann müssen aber auch deutlich höhere Handlungsspielräume (Personaleinsatz, Preisdifferenzierungen, etc.) ermöglicht werden.

Wichtig sind angesichts des immer drängender werdenden Fachkräftemangels auch für den Bereich der Altenhilfe wirksame Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes. Dies schließt auch die notwendige gesellschaftliche Wertschätzung der Pflege mit ein.

