

Krankenhausversorgung: Hochwertig, bedarfsgerecht und zukunftsfähig

Ausgangslage:

Deutschland verfügt über ein gut ausgebautes System öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zur flächendeckenden Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und Rehabilitation. Es gibt gut 2.000 Krankenhäuser mit rund 500.000 Betten und 18 Millionen Behandlungsfällen jährlich. Vor zehn Jahren ist schrittweise ein an Diagnosen orientiertes Fallpauschalensystem (DRG) eingeführt worden.

Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten ist von 14 Tagen 1991 auf 7,7 Tage in 2011 gesunken, die GKV Ausgaben sind von 30 Milliarden Euro auf 64,7 Milliarden Euro gestiegen. Während ärztliches Personal aufgestockt wurde, gab es in allen anderen Berufsgruppen einen deutlichen Abbau, den stärksten in der Pflege.

Zweifel werden geäußert, ob die Qualität der stationären Versorgung dem Ressourceneinsatz gerecht wird. Es gibt Anzeichen für ein ungesteuertes Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Die Mehrzahl der Krankenhäuser schreibt schwarze Zahlen. Die ökonomische Situation ist aber je nach Krankenhaus sehr unterschiedlich. Auch deuten sich zunehmend Risiken der fortschreitenden Ökonomisierung durch Preissystem und wirtschaftlichen Druck an. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch erheblichem Personalabbau neben Managementproblemen das DRG-System selbst Fehlsteuerungen bewirken könnte. Diese sind nicht allein mit einer pauschalen Erhöhung der Krankenhausausgaben zu beheben, sondern mit klaren, sicherheitsorientierten Standards und zielgenauer Nachsteuerung des Systems.

Handlungsbedarf 1:

Qualitätsorientierung und Patientensicherheit

Patientinnen und Patienten erwarten gute und sichere Krankenhausbehandlungen, die sich vorrangig an der Qualität und nicht an ökonomischen Interessen orientieren. Das ist zugleich der Gegenstand des staatlichen Sicherstellungsauftrags. Ziel muss es deshalb sein, dass Patientinnen und Patienten in jedem Fall darauf vertrauen können, in ein gutes Krankenhaus zu gehen.

Voraussetzung dafür sind klare und rechtsverbindliche Standards in allen qualitätsrelevanten Bereichen, insbesondere Hygieneregeln, Geräteausstattung und –zustand, ausreichendem Personalbestand und –Qualifikation, modernen Organisationsformen und internen Qualitätsverbesserungen und so weiter. Die Qualität der Versorgung darf nicht davon abhängig sein, ob Patienten in der Lage sind, sich zu informieren und eine Auswahl zu treffen. Hohe normative Standards sind das einzig wirksame Mittel gegen eine Übermacht der Ökonomisierung. Verstöße müssen mit empfindlichen Sanktionen belegt sein, damit das Krankenhaus hohes Eigeninteresse daran hat, seine Qualität zu steigern und transparent zu machen.

Auf dieser Grundlage kann auch ein qualitätsorientierter Wettbewerb um beste Leistungen ergänzend hilfreich sein, auch wenn dies einen hohen Überwachungsaufwand in Bezug auf die Richtigkeit veröffentlichter Parameter zur Folge hat. Patienten haben ein Recht, aber keine Pflicht zur Unterstützung der Qualitätsverbesserung in Krankenhäusern. Patientenbewertungen über Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes als auch des Behandlungsergebnisses können daher die Qualitätsorientierung unterstützen.

Beschluss Krankenhausversorgung ASG Bundesvorstand vom 10.Mai 2014

Unsere Forderungen:

Wir brauchen eine neue Qualitätsoffensive. Sie muss

- durch klare gesetzliche Standards die staatliche Verantwortung für gute Krankenhausversorgung in allen relevanten Feldern der Krankenhaustätigkeit und -organisation durchsetzen.
- die persönliche Verantwortlichen für gute Versorgung und ihre Aufgaben klar definieren.
- die Refinanzierung erforderlicher Maßnahmen zur Einhaltung der Standards sicherstellen.
- die Erkenntnisse der Qualitätsmessung auf eine solide Grundlage stellen und zur Unterstützung laufender Qualitätsverbesserung im Krankenhaus nutzen.
- die strukturellen Voraussetzungen für eine bessere Qualitätskultur auf regionaler, Landes- und Bundesebene fördern.

Finanzielle Anreize, die geeignet sind, den Vorrang der Versorgung vor wirtschaftlichen Erwägungen zu gefährden (z.B. Umsatz- oder Ertragsabhängige Chefarztboni), sind zu unterbinden.

Unabhängig von der Sicherung hoher Qualität in Krankenhäusern soll auch die Patientensouveränität - . gestärkt werden durch

- prägnante laienverständlicher Informationen.
- eine Weiterentwicklung der Qualitätsberichte. Dabei sind klare Standards an den Inhalt, die Erhebung und die laufende externe Kontrolle der Richtigkeit zu etablieren. Der Qualitätsbericht wird auf die Interessen der Bürgerinnen und Bürger gerichtet. Er muss sowohl Informationen über die Qualitätssicherung und die Patientensicherheit umfassen als auch die Ergebnisse der Patientenbewertungen. Die erheblichen Mehrkosten müssen aus Steuermitteln finanziert werden.
- durch eine Belegung der heute schon gesetzlich verankerten Zweitmeinung. Krankenkassen werden verpflichtet bei Erkrankungen, die auffällig mit einer nicht durch die Demografie bedingten Mengenausweitung einhergehen, den Patientinnen und Patienten ein Zweitmeinungsverfahren anzubieten. Einen Zwang zur Inanspruchnahme gibt es nicht. Patienten sollen immer einen Rechtsanspruch auf Zweitmeinung haben. Dazu wird ein flächendeckendes Netz unabhängiger Beratungsstellen mit der erforderlichen fachlichen Kompetenz zur Beratung oder Weiterempfehlung etabliert.

Das wissenschaftliche Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen muss dem Gemeinsamen Bundesausschuss die notwendigen rechtsicheren Entscheidungsgrundlagen für die Umsetzung der Qualitätsanforderungen im gesamten Versorgungsprozess, einschließlich der von ihm zu gestaltenden Maßnahmen, liefern.

Handlungsbedarf 2:

Bedarfsplanung

Für die Aufnahme und den Verbleib in Krankenhauspläne der Länder muss über die Belegungshäufigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser hinaus, die Versorgungsqualität eine zentrale Rolle einnehmen.

Die Bedarfsplanung der Länder wird zu einer integrierten Qualitäts- und Bedarfsplanung. Zu den Vorgaben der Länder gehören auch Strukturvorgaben zur Personalausstattung, Qualifikationsanforderungen oder technische bzw. infrastrukturelle Notwendigkeiten. Sie berücksichtigen ebenso Belege guten Handelns (Prozessqualität) und überzeugende Ergebnisse (Ergebnisqualität), die oft erst nach der Entlassung bewertet werden können. Deshalb sind Informationen über die ambulante Nachbehandlung und den Krankheitsverlauf, insbesondere Komplikationen, zu berücksichtigen (sektorübergreifende Qualitätssicherung). Dazu sollten vermehrt Routinedaten genutzt werden.

Unsere Forderungen:

Krankenhausplanung ist der Kern der wahrnehmung öffentlicher Verantwortung für gute medizinische Versorgung. Auf sie kann nicht verzichtet werden. Sie muss sich zunehmend in eine übergeordnete Versorgungsplanung wandeln, in die Fragen der präventiven, ambulanten und rehabilitativen Versorgung integriert sind. Ergänzend zur Bettenplanung sind zusätzliche Aspekte der Struktur- und Leistungsplanung zu integrieren. Eine Intensivierung der Aufsicht gegenüber den Krankenhäusern wie den anderen Versorgungssektoren muss unter Einbeziehung von Qualitätsindikatoren mit dem Instrumentarium zur Qualitätssicherung verzahnt werden.

Beschluss Krankenhausversorgung ASG Bundesvorstand vom 10.Mai 2014

Die vorhandenen Strukturqualitätsvorgaben der Fachgesellschaften, des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Länder sind durch das Qualitätsinstitut zu bewerten und den Ländern als Empfehlung bei der Krankenhausplanung zur Verfügung zu stellen. Dabei können vorhandenen Daten und Qualitätsindikatoren genutzt werden. Indikatoren für Patientensicherheit und Ergebnisse von Patientenbewertung von Leistungen sind zu berücksichtigen.

Sektorübergreifende Qualitätsindikatoren können den gesamten Behandlungsverlauf abbilden. Dazu können auch Routinedaten der Kassen herangezogen werden. Qualitätsdaten für die Krankenhausplanung sollen künftig spätestens sechs Monate nach der Erhebung zur Verfügung stehen.

Krankenhäuser sollen ihre Leistungen bestmöglich erbringen. Wer über längere Zeit eine schlechte Qualität bei bestimmten Leistungen liefert, soll den entsprechenden Versorgungsauftrag verlieren und sich so stärker auf eine Verbesserung der Qualität bei den verbleibenden Leistungen konzentrieren. Bedarfsnotwendige Plätze und Betten werden in den Krankenhäusern konzentriert, die eine bestmögliche Qualität nachgewiesen haben.

Es ist gesetzlich sicherzustellen, dass die Qualität der Leistungserbringung vorrangig für die Entscheidung der Krankenhausplanung zu nutzen ist, um in dem Bemühen um eine stärkere Qualitätsorientierung Rechtssicherheit zu erreichen.

Handlungsbedarf 3:

Flächendeckende integrierte Versorgung

In strukturschwachen Regionen und Stadtteilen gibt es viele Hinweise auf eine existierende oder absehbare Unterversorgung, während gleichzeitig in urbanen Verdichtungsräumen und in wohlhabenden Regionen und Stadtteilen Anzeichen, wie eine geringe Belegungsquote oder ein medizinisch kaum erklärbares Ansteigen von Fallzahlen bei bestimmten Indikationen, für eine Überversorgung sprechen.

Chronischen Erkrankungen und Multimorbidität erfordern eine sektorübergreifende Prozesssteuerung aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Es nehmen aber nur wenige Krankenhäuser an der integrierten Versorgung teil. Es fehlt an ausreichenden monetären Anreizen (Anschubfinanzierung, integrierte Budgets) und an versorgungspolitischen Motiven. Zudem ist der Steuerungsaufwand hoch und der „Return of Investment“ ungewiss. Aber es gibt Versuche mit integrierten Budgets, z.B. in der psychiatrischen Versorgung. Sie können als Best-Practice-Beispiele dienen.

Unsere Forderungen:

Langfristig ist die sektorale Gliederung und Steuerung des deutschen Gesundheitswesens zu überwinden. Bedarf und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sind in den Mittelpunkt zu rücken, Schnittstellenprobleme zu vermeiden und Qualität wie Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Sinne des gesamten Systems zu verbessern.

Der ordnungspolitische Rahmen soll die Letztverantwortung der Bundesländer für die gesundheitliche Daseinsvorsorge stärken, eine sektorübergreifende Versorgungsplanung aufgrund bundeseinheitlicher Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorsehen und den Bundesländern wirksame Aufsichts- und Durchgriffsrechte gegenüber Krankenkassen und ihren Vertragspartnern bei allen wesentlichen Fragen der Versorgung geben.

Die ausreichende Investitionsfinanzierung der Länder muss sich am Auftrag und an dem Leistungsgeschehen der einzelnen Häuser orientieren. Sie muss weiterhin eine Einzelförderung ermöglichen. Die Rechte der Bundesländer müssen gestärkt und gerichtsfest werden, um planerische Entscheidungen, insbesondere bei Umstrukturierung, Beschränkung des Aufgaben- und Leistungsspektrums oder bei Schließung von Krankenhäusern durchzusetzen. Eine verbesserte Finanzausstattung der Länder ist unverzichtbar.

Die Rolle der Universitätsmedizin und den Universitätskliniken vergleichbare Häuser der Maximalversorgung einschließlich der Institutsambulanzen ist in der Versorgungsplanung angemessen zu berücksichtigen.

Die hochspezialisierte fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss ein erstes Feld für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung werden.

Die flächendeckende Versorgung auch im stationären Sektor muss in städtischen Räumen und Metropolregionen mit einer planerischen Konzentration der Kapazitäten verbunden werden, um Überversorgung zu vermeiden und Qualität und Sicherheit zu erhöhen. Vorrangiges Ziel ist es die Qualität der Versorgung zu verbessern und Mittel dort einzusetzen, wo sie optimale Wirksamkeit entfalten.

Beschluss Krankenhausversorgung ASG Bundesvorstand vom 10.Mai 2014

In ländlichen Räumen soll die integrierte Versorgung in regionalen Gesundheitszentren, zu denen sich Krankenhäuser durch Integration der ambulanten fachärztlichen Versorgung entwickeln, vorrangig herbeigeführt werden. Diese Gesundheitszentren tragen zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung bei und greifen auf das vorhandene Personal zurück. Konzepte müssen Aussagen enthalten, welche Angebote dezentral in der Fläche vorgehalten werden sollen. Beispiele sind tagesklinische Diagnostik, geriatrische Versorgung und Betreuung sowie ambulante und stationäre Pflege.

Entlassmanagement beginnt im Idealfall mit der Aufnahme. Hausinterne Case Manager/-innen als Bettenplaner und Verantwortliche für die Übergabe in die ambulante Versorgung senken die Verweildauer und reduzieren Drehtüreffekte. Sie sind in der Praxis guter Häuser eine bewährte Antwort auf unzumutbare Arbeitsverdichtungen und überflüssige Komplikationen. Wirksames Entlassmanagement dockt an flexibler ambulanter Versorgung an. Krankenhäuser, die auf Überleitungsmaßnahmen bewusst verzichten, werden mit einem Vergütungsabschlag belegt.

Das Krankenhaus ist das Tor für Innovationen in Diagnose und Therapie. An der prinzipiellen Offenheit der stationären Versorgung für Produkt- und Prozessinnovationen wird festgehalten. Gefährdungen und Verletzungen der Patientensicherheit sowie ökonomische Fehlentwicklungen machen Anpassungen bei der Zulassung, Finanzierung und Kontrolle von Innovationen auch in der stationären Versorgung notwendig. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus wird eine frühzeitige Nutzenbewertung eingeführt.

Handlungsbedarf 4:

Personalbedarf sichern - gute Qualität finanzieren

Viele Krankenhäuser haben erhebliche Probleme, qualifizierten Nachwuchs für den ärztlichen wie den pflegerischen Bereich zu gewinnen. Stellen bleiben unbesetzt. Die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Sie klagen über unzumutbare Arbeitsverdichtung, schlechte Bezahlung und mangelhaften Respekt vor ihren Leistungen und Qualifikationen. Die Zahl der Fälle je Pflegekraft ist stark gestiegen. Mehr Leistungen müssen mit weniger (Pflege-) Personal erbracht werden. Die Krankenhausträger kritisieren die unzureichende Refinanzierung gesteigerter Personalkosten und befürchten erhebliche Einschränkungen infolge der Auswirkungen des demografischen Wandels auf die künftigen personellen Ressourcen.

Unsere Forderungen:

Es ist evident, dass eine gute medizinische Versorgung im Krankenhaus von guten Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal abhängt. Trotz aller Verbesserungen, speziell für das medizinische Personal, und einer unverändert hohen intrinsischen Motivation und großer Einsatzbereitschaft für die Patientinnen und Patienten sind die Arbeitsbedingungen in vielen Häusern unzureichend. Speziell die Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe haben Nachholbedarf. Es ist kurzfristig sicherzustellen, dass über geeignete Qualitätsindikatoren Personalstandards für die Pflege im Krankenhaus gelten.

Die Einhaltung der Personalvorgaben soll im Rahmen der Budgetverhandlungen überwacht und sanktioniert werden. Schon heute kann geprüft werden, ob die in der DRG-Kalkulation eingeflossene Personalbemessung auf der Basis der veralteten Pflegepersonalbedarfsregelungen (PPR) im jeweiligen Haus auch tatsächlich umgesetzt wird. Dazu kann ein neues Verfahren entwickelt werden, das auf den positiven Erfahrungen aus der Psychiatrie (PsychPV) aufbaut.

Finanzielle Anreize sollen gezielt eingesetzt werden, um wichtige Verfahren oder Leistungen in den Krankenhäusern zu fördern, wie die zügige Umsetzung neuer Hygieneanforderungen, Senkung des Antibiotikaverbrauchs, schnelle und verlässliche Kommunikation mit Einweiserinnen und Einweisern, Senkung von Wiedereinweisungsquoten oder die Erfüllung bestimmter Qualitätsstandards. Die dafür notwendigen Mittel sollen durch Umverteilung im bestehenden Vergütungssystem erwirtschaftet werden und auf zwei bis drei Prozent der Krankenhauserlöse begrenzt sein.

Mehrleistungen sind nach der Qualität der erbrachten Leistungen zu vergüten. Bei nachgewiesener Qualität soll der Mehrleistungsabschlag entfallen. Qualitätsfaktoren sollen in die Kodierung von DRGs einfließen.