



# DKI-Krankenhaus-Branchentreff 2019

## Für eine vernünftige Strukturpolitik: Krankenhauspapier gefordert

Wie verlässlich ist die Gesundheitspolitik? Was erwartet die Krankenhäuser in naher Zukunft und wie können sie damit umgehen? Die Diskussionen und Gespräche auf dem *Krankenhaus-Branchentreff des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)* waren geprägt von Unsicherheit und Verärgerung über mangelnde Verlässlichkeit der aktuellen Gesundheitspolitik, um Pflegenotstand und Mindestbesetzungen, Regulierungsvorschriften und Sanktionen. Geballte Informationen aus neun Vorträgen, anregender Wissensaustausch und leidenschaftliche Diskussionen bot der Branchentreff zum Jahresende auch 2019 in Berlin.

### Steuerungs-Overkill und Bußgeldkatalog

Ein Gesetzesvorhaben jagt das nächste: „Wir müssen heraus aus dem Regulierungs-Overkill“, forderte **Georg Baum** im Rahmen der Podiumsdiskussion. Der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) warnte, der „kalte Strukturwandel“ über immer neue Regulierungen und unerfüllbare Personalanforderungen gefährde die stationäre Versorgung. „Stattdessen ist ein vernünftiger Struktursteuerungsmechanismus gefragt.“ Baum unterstrich die Forderung der Krankenhäuser nach einen Krankenhauspapier, um dies aufzuarbeiten. Im Rahmen dieses Gipfels sei Substanz gefragt. Es gehe

auch darum, eine Bilanz zu ziehen, was in der Krankenhauspolitik aus dem Ruder gelaufen sei: immer mehr Dokumentationspflichten, minutengenaue Registrierung und Personaluntergrenzen in Verbindung mit einem „Bußgeldkatalog“ für Krankenhäuser mit immer mehr Strafzahlungen allerorts. „Überzogene Strangulierungen wollen wir uns nicht mehr gefallen lassen“, stellte Baum klar.

Auch **PD Dr. Michael A. Weber**, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), warnte vor den Auswirkungen der aktuellen Gesundheitspolitik: „Diese Daumenschrauben betreffen alle Kliniken.“ Bußgelder, Rechnungskürzungen und Abschläge stünden jeder Planungssicherheit entgegen. Die jüngsten Ergebnisse des DKI-Krankenhausbarometers zeigten: Die Maximalversorger leiden ganz besonders am Personalmangel. „Die Gängelung trifft alle Krankenhäuser, unabhängig von Größe und Qualität.“

**Irene Maier**, langjährige Vorsitzende des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken in Deutschland (VPU) und Vizepräsidentin des Deutschen Pflegeverbandes, sieht die Attraktivität des Pflegeberufs angesichts der jüngsten Regulierungen über Mindestbesetzungen und des immer weiter steigenden Bürokratieaufwands weiter sinken: „Das Problem potenziert sich. Die Personalschlüssel sind für die Mitarbeiter nicht zu schaffen. Die Belastung steigt, sie gehen in



Irene Maier, langjährige VPU-Vorsitzende und Vizepräsidentin des Deutschen Pflegeverbandes, VLK-Präsident PD Dr. Michael A. Weber, DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum, Dr. Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband und DKI-Vorstand Dr. Karl Blum diskutierten die aktuellen Themen der Krankenhauspolitik. Die Moderation führte VKD-Präsident Dr. Josef Düllings (2.v.r.).

Teilzeit oder raus aus dem Beruf.“ Maier regte an, im Rahmen eines Krankenhausgipfels auch über strukturelle Ergänzungen, etwa durch Gesundheitszentren, zu sprechen, um Kliniken zu entlasten und die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Die Zeit sei reif für ein neues Modell der Regulierung der Krankenhausstruktur, meinte auch **Dr. Wulf-Dietrich Leber**, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband: „Es gibt weder eine wirkliche Krankenhausplanung der Länder noch eine Finanzierung, wie vom Krankenhausstrukturgesetz vorgesehen.“

Einen Ganzhausansatz in Bezug auf Pflegepersonaluntergrenzen, wie von den Krankenhäusern gefordert, lehnt Leber ab: „Das ist ein Konzept zum Schutz des Budgets, nicht der Patienten.“

Auch sieht Leber keinen Mangel an Pflegepersonal in den Krankenhäusern: „Es gibt nicht zu wenig Pflegekräfte, sondern zu viele Fälle!“ Das eigentliche Problem sei die Altenpflege, die zunehmend Schwierigkeiten habe, qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen.

### DKI-Krankenhaus-Barometer 2019: 40 % der Kliniken schreiben Verluste

Der aktuelle Krankenhaus-Barometer zeigt: Die Lage der Krankenhäuser hat sich verschlechtert. In 2018 haben 40 % der Kliniken Verluste geschrieben. Im Jahr zuvor waren es nur 30 %. Ebenso wie im Vorjahr ist in jedem 2. Krankenhaus das Jahresergebnis gesunken. Nur jedes fünfte Krankenhaus beurteilt seine wirtschaftliche Lage als gut (19,3 %). Im Jahr zuvor waren dies noch 25 %.

Die Pflegepersonaluntergrenzen – so ein weiteres Ergebnis der aktuellen Befragung – haben die Erwartungen nicht erfüllt. Sie stellen die Kliniken vor erhebliche Probleme. Vor allem während der Nachtschicht ist die Einhaltung der Untergrößen schwierig, dies betreffe vor allem die Kardiologie und die Unfallchirurgie.

Die Pflegepersonaluntergrenzen führen zu häufigen Organisationsänderungen im pflegesensitiven Bereich. Die Personalbesetzung müsse tagesaktuell gesteuert werden, kurzfristige Änderungen der Dienstpläne seien notwendig, Personal werde bei Ausfällen verlagert, kurzfristige Abrufe aus dem Frei häuften sich. Zudem würden Mehrarbeitsstunden angehäuften.

Auch zu Bettensperrungen, Abmeldungen von der Notfallversorgung und Terminverschiebungen sehen sich viele Krankenhäuser durch die Pflegepersonaluntergrenzen gezwungen. So gaben 37 % der befragten Kliniken an, Bettensperrungen in pflegesensitiven Intensivbereichen bereits durchgeführt zu haben, weitere 6 % planen dies konkret. Fast ein Drittel der Häuser hat bereits vorübergehend einzelne Bereiche von der Notfallversorgung abgemeldet. 35 % versuchen mit einer Anpassung des Belegungsmanagements auf durch die Pflegepersonaluntergrenzen verursachten Engpässe zu reagieren. Weitere 24 % erwägen dies ebenfalls zu tun. Rund die Hälfte der Kliniken plant eine Straffung des Entlassmanagements oder hat diese bereits vorgenommen.

Insgesamt haben die Kliniken, so das Ergebnis der DKI-Befragung, größte Probleme bei der Umsetzung der Untergrößen. Beklagt werden Schwierigkeiten bei kurzfristigen Personalausfällen, ein deutlich gestiegener Organisations- und Controllingaufwand, erheblich gestiegener Dokumentationsaufwand, die fehlende Anrechenbarkeit von Service- und Administrationspersonal und die fehlende Anrechenbarkeit von MFA- und Pflegehilfskräften mit weniger als einem Jahr Ausbildung auf die Untergrößen.

Erschwert werde die Einhaltung von Untergrößen durch den Fachkräftemangel. Probleme bei der Besetzung offener Stellen im Pflegedienst betreffen bei rund 70 % der befragten Häuser die pflegesensitiven Bereiche der Intensivmedizin, der Unfallchirurgie und Kardiologie sowie der Geriatrie.

### „Marktregulierung mit der Schrotflinte“

Um den Fachkräftemangel ging es auch im Vortrag von **Dr. Roland Venske**, Geschäftsführer der Städtischen Krankenhaus Kiel GmbH und Vorstandsvorsitzender des 6K-Klinikverbundes. Dr. Venske schilderte die Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes in seinem Klinikverbund, die Abgrenzung der „Pflege am Bett“ von pflegeentlastenden Tätigkeiten und die Bedeutung des PpSG für die Personalstruktur in der Klinik: „Muss nun die Arbeitsteilung wieder aufgelöst, der Personalmix rückgängig gemacht werden?“, fragten sich laut Venske die Klinikmanager. Seine Befürchtung: Dienstpläne würden nun nur für das PpSG erstellt.

Der Kieler Klinikchef fragt sich angesichts des Fachkräftemangels, ob als Ziel der Gesundheitspolitik nicht vor allem das unkontrollierte Krankenhaussterben bewusst befördert werden soll. Zum Thema „Mindestbesetzungen aus Sicht der Krankenhaus-Geschäftsführung“ sprach **Dr. Matthias Geiser** vom Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen-Schwenningen. Auch der Baden-Württembergische Klinik-Geschäftsführer sieht hier weniger eine Verbesserung der Pflege als Motiv der Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung (PpUVG): „Bund und G-BA betreiben damit Marktregulierung mit der Schrotflinte.“

Venske erhofft sich von den Untergrößen auch ein Stück weit eine Versachlichung der Diskussionen und der Dienstplangestaltung: „Die Untergrößen sind eine klare Grenze bei der Genehmigung der Dienstpläne und für Überlastungsanzeigen.“

Insgesamt sei die PpUVG innovationsfeindlich. Anstatt den Kernprozess der Pflege zu digitalisieren, werde ein neuer Kontroll- und Sanktionsprozess aufgesetzt – dieser allerdings werde digital. Zum administrativen Aufwand, der mit der PpUVG verbunden ist, meint Venske: „Pflege bedeutet nicht Abhaken von Indikatoren am I-Pad.“

### Chancen und Wege

Wie es gelingen kann, vom Krankenhausstrukturfonds zu profitieren, erklärte **Angela Krug** am Beispiel eines Bauvorhabens der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH in Strausberg – vom Erstellen belastbarer Projektunterlagen in kürzester Zeit bis zur Bewilligung. Bei dem Vorhaben der Krankenhaus Mär-



kisch-Oderland GmbH ging es um die Konzentration der Orthopädie am Standort Wriezen und hochspezieller Leistungen der internistischen Diagnostik in Strausberg. Die Maßnahme, die mit einer Bettenreduzierung verbunden war, wurde Mitte Juli 2016 genehmigt, kaum mehr als zweieinhalb Monate nach der Interessenbekundung der Klinik beim Land Brandenburg. Die Einrichtung einer Pflegestation zur Umnutzung dieser Betten wurde abgelehnt. Vom Land Brandenburg fühlte sich Geschäftsführerin Krug bestens unterstützt. Die AG Krankenhaus-Strukturfonds hätte nicht, wie befürchtet, das Projekt wie in einem Tribunal auseinandergespült, sondern sei eher, wie ein Coaching, unterstützend aufgetreten.

**Dr. Milena Schaffer-Kurepkat**, Geschäftsführerin und Ärztliche Direktorin des Gesundheitszentrums Brandenburg an der Havel GmbH, sprach über das MVZ am Krankenhaus, über aktuelle Debatten und strategische Herausforderungen für Träger und Betreiber. „MVZ haben eine wachsende Bedeutung in der ambulanten Versorgungslandschaft“, so Schaffer-Kurepkat. Das gefällt nicht jedem: Von niedergelassenen Ärzten oftmals misstrauisch als Konkurrenz betrachtet, werden MVZ gar für den Ärztemangel verantwortlich gemacht. KBV-Vorstandsvorsitzender **Andreas Gassen** warnte gar vor einem „Ausverkauf der Arztpraxen“ durch „Konzern-MVZ“.

Die Geschäftsführerin des Gesundheitszentrums, das in Trägerschaft der Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH fünf MVZ an zwölf Standorten betreibt, sieht zahlreiche Vorteile der Krankenhaus-MVZ für Patienten, Ärzte und Betreiber. „Klinikärzte können die Versorgung im MVZ über Vertretungsregelungen auch bei Elternzeit oder anderen vorübergehenden Ausfällen aufrechterhalten. Es gibt viele Synergien und wertvolle Kompetenzen, die in dieser Partnerschaft genutzt werden können!“

**Dr. Mark Lönies**, Vorsitzender Geschäftsführer der Christopherus Trägergesellschaft mbH aus Coesfeld, beleuchtete am Beispiel „Geburtshilfe“ Probleme der Wirtschaftlichkeit, der Mindestmengen und Qualitätsanforderungen und knapper Ressourcen.

Wann ist der Break-Even in der Geburtsklinik erreicht? Bei 500, 800 oder 1000 Geburten im Jahr? „Hier ist keine pauschale Aussage möglich“, so Lönies. Wirtschaftlichkeit sei auch abhängig von der Sectio-Rate, der Teamgröße, der medizinischen Struktur und der Infrastruktur der Klinik. Auch sei der Marketing-Effekt der Geburtshilfe für die gesamte Einrichtung nicht zu unterschätzen.

## Ambulante Notfallversorgung: das Höchster Modell

Wie das „Höchster Modell“ der Notfallversorgung funktioniert erläuterte **Dr. Peter-Friedrich Petersen**, Chefarzt der zentralen Notaufnahme des Klinikum Frankfurt Höchst in seinem Vortrag „Die koordinierte Inanspruchnahme von Notaufnahme am Krankenhaus und ärztlichem Bereitschaftsdienst im Modellprojekt Frankfurt Höchst: der gemeinsame Tresen“.

Bei dem im Oktober 2017 gestarteten Modellprojekt der koordinierten Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Notfall-

behandlung am Klinikum Frankfurt Höchst werden Patienten an einem zentralen Tresen von besonders geschultem Personal triagiert und entweder in die Praxis des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes oder in die Notfallaufnahme der Klinik weitergeleitet.

Petersens Fazit nach mehr als zwei Jahren: eine deutliche Entlastung der Zentralen Notaufnahme, deutlich weniger Diskussionen mit Patienten über Dringlichkeit und Wartezeit, deutlich höhere Patientenzufriedenheit und insgesamt eine höhere Zufriedenheit der Mitarbeiter in allen Berufsgruppen in der ZNA. Das „Höchster Modell“ ist im Koalitionsvertrag der Landesregierung Hessen vom Dezember 2018 als maßgebend für die sektorenübergreifende Notfallversorgung verankert. Wird dieses Modell des gemeinsamen Tresens vor den Plänen einer Neuorganisation der ambulanten Notfallversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit bestehen? Für den Tresen spreche, dass es sich um einen klaren, einfachen Prozess mit schlanker Personalstruktur handle. „Die Kosten sind überschaubar, es fällt kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand an“, so Petersen.

**Dr. Klaus Höffgen**, Chief Digital Officer am Rheinland Klinikum Neuss, skizzierte die digitale Transformation im Krankenhaus – „Thesen, Potenziale, Anwendungen“. Er unterstrich die Dringlichkeit einer Digitalisierungsstrategie am Beispiel von Ansätzen und Konzepten erfolgreicher Projekte und empfahl dringend, Anforderungen zur Cybersicherheit gegenüber den Mitarbeitern zu kommunizieren – in einfachen Botschaften: keine Weitergabe von Passwörtern, sichere Kennwörter, keine Dienstgeheimnisse in Sozialen Medien, Vorsicht mit E-Mails unbekannter Absender. Und weiter: Beim Verlassen des Raums soll die Workstation gesperrt werden, Verdachtsfälle sind sofort zu melden. Würden diese einfachen Regeln konsequent eingehalten, sei viel gewonnen. Aber: „Es gibt keine Cybersicherheit auf Rezept!“

## Klinik-Küche und Verpflegungsleistungen

Eine weitere Studie des DKI unter fachlicher Begleitung der K&P Consulting GmbH in Düsseldorf untersuchte die Entwicklung in Sachen Verpflegung im Krankenhaus:

„Küche und Personal in der Speisenversorgung deutscher Krankenhäuser werden älter“, berichtet K&P Consulting-Geschäftsführer **Ekkehart Lehmann**. War die Krankenhausküche vor zehn Jahren im Schnitt noch 22 Jahre alt, sind es im Jahr 2019 bereits 29 Jahre. Die letzte Sanierung war im Mittel vor elf Jahren. Auch die Fachkräfte in der Verpflegung werden älter: Betrug das Durchschnittsalter 2006 42,7 Jahre, sind es 2019 bereits 46,7 Jahre.

Etwas mehr als die Hälfte der Kliniken (53,2 %) betreiben eine Küche in Eigenregie. 2006 waren die noch 65,1 %. Doch nach 50,8 % in 2016 gab es hier zuletzt eine leichte Rückbesinnung auf die Küche in Eigenregie. Der Trend, die Bewirtschaftung über eine eigene Service GmbH zu betreiben, ist ungebrochen: Der Anteil ist von 11,3 % in 2006 auf 30,5 % im Jahr 2019 stetig gestiegen. Und von den 9,5 % Kliniken, die aktuell einen Wechsel der Betriebsform planen, möchten knapp 45 % eben-

falls eine eigene Service GmbH gründen. Caterer dagegen verlieren Marktanteile.

Immer seltener werden die Speisewünsche der Patienten durch Pflegepersonal erfasst. Während dies 2006 noch in 60 % der Kliniken der Fall war, werden 2019 noch in 24 % der Kliniken die Wünsche der Patienten vom Pflegepersonal aufgenommen. Die meisten Häuser lassen dies inzwischen Hostessen oder Servicepersonal der Küche erledigen – in den meisten Fällen (75 %) werden die Wünsche per Tablet bzw. I-Pad aufgenommen. Das Servieren allerdings wird noch in mehr als 60 % der Kliniken vom Pflegepersonal übernommen.

Insgesamt spielt das Thema „Service“ am Patientenbett in Sachen Verpflegungsleistungen eine zunehmende Rolle. Im Kommen sind, so Ekkehart Lehmann, Buffetwagen und Stationsküchen.

Je mehr Zumutungen die Gesundheitspolitik für die Krankenhäuser auf den Weg bringt und je deutlicher die Konsequenzen für die aktuellen Rahmenbedingungen, desto angeregter die Gespräche: Die geballte Information und der Austausch unter Praktikern des Krankenhausmanagements machen den Branchentreff von DKI und VDK die zu einem wichtigen und beliebten Forum am Jahresausklang. **Gabriele Gumbrich**, Vorstand des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. und Geschäftsführerin der Deutsches Krankenhausinstitut GmbH, dankte den Teilnehmern abschließend für anregende und inspirierende Diskussionen und wies auf den Termin im kommenden Jahr hin: Der Krankenhaus-Branchentreff 2020 findet am **9. Dezember 2020** in Berlin statt.

Bericht: Katrin Rüter



## Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern: Bund und Länder müssen endlich handeln

### DKG-Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2019

Die Bundesländer vernachlässigen weiterhin ihre Pflicht zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und gefährden damit langfristig die Gesundheitsversorgung. Allein in den letzten zehn Jahren hat sich ein Investitionsstau von mindestens 30 Milliarden Euro aufgetürmt. Das ist einmal mehr das Ergebnis der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erstellten Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung. Damit vergrößert sich der Investitionsstau weiter. Dringend notwendige Investitionen, zum Beispiel in Gebäude, Medizintechnik und die Digitalisierung, können nicht vorgenommen werden.

„Die Länder stellen weiterhin nicht die dringend notwendigen Finanzmittel bereit. Sie kommen ihrer gesetzlichen Verpflichtung und Verantwortung für die Investitionen nicht nach. Deutschland droht den Anschluss an internationale Standards zu verlieren und bleibt beim Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen weit hinter anderen Staaten zurück“, betont DKG-Präsident **Dr. Gerald Gaß**. Auch für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege und ein insgesamt attraktives Arbeitsumfeld sind dringend Investitionen erforderlich.

Die fortgeschriebene Bestandsaufnahme zeigt neben den bundeslandspezifischen Verfahren und Methoden der Krankenhausplanung die Entwicklung der Investitionsförderung seit Anfang der 90er Jahre bis zum Jahr 2018. Dabei ist das Gesamtvolumen der KHG-Mittel nur leicht gestiegen, von knapp 2,8 Mrd. € 2017 auf 3,04 Mrd. € 2018. Maßgeblich für diesen Anstieg ist dabei das Bundesland Bayern, das seine Fördermittel um rund 140 Mio. € aufgestockt hat. Dieser leichte Aufwärtstrend in einigen wenigen Bundesländern

wird die gewaltige Investitionslücke von fast 4 Mrd. € pro Jahr allerdings nicht schließen können. Auffällig ist auch die große Diskrepanz bei den Fördersummen in den einzelnen Ländern. Während einige die Mittel sogar erhöht haben, schrumpft in anderen Ländern die Förderungshöhe auf ein noch niedrigeres Niveau. Wie schon im vergangenen Jahr ist Sachsen-Anhalt das Schlusslicht, sowohl bei der Förderung pro Bett als auch pro Fall, und hat die Summe im Vergleich zum Vorjahr sogar noch einmal reduziert.

Der Bericht belegt weiterhin den tiefgreifenden Wandel der Krankenhauslandschaft. Seit 1991 (2411 Krankenhäuser) hat sich die Anzahl der Krankenhäuser um mehr als 20 % verringert. Gleichzeitig lag die Zahl der Krankenhaufälle mit knapp 19,4 Millionen auf einem gleichbleibend hohen Niveau. „Diese Zahlen machen deutlich, dass wir einen fortschreitenden Rückgang von Krankenhäusern haben. Aber dieser Prozess ist nicht strukturiert und durch eine aktive Krankenhausplanung erzeugt, sondern vielmehr das Ergebnis einer ungesteuerten Strukturbereinigung auf kaltem Weg“, sagt Gaß.

Die aktuelle Debatte um ein groß angelegtes Investitionsprogramm über die nächsten zehn Jahre, wie vom Deutschen Gewerkschaftsbund und dem Bundesverband der deutschen Industrie gefordert, bietet nach Auffassung des Präsidenten der DKG die Chance auch die Krankenhausinvestitionsförderung neu zu ordnen. „Die Krankenhäuser sind ein zentraler Bestandteil unserer sozialen Infrastruktur und Basis unseres Sozialstaats. Es muss die gemeinsame und vordringliche Aufgabe des Bundes und der Länder sein, diese Infrastruktur zu sichern und weiterzuentwickeln.“

