

---

FRAKTIONSBSCHLUSS VOM 27.02.2013

## » QUALITÄT, ZUSAMMENARBEIT UND BEDARFSORIENTIERUNG – ECKPUNKTE GRÜNER KRANKENHAUSPOLITIK



Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland steht vor enormen Herausforderungen. Der demographische Wandel führt zu sich ändernden Bedürfnissen und einer zunehmende Zahl älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Es ist beispielsweise damit zu rechnen, dass im Jahr 2020 jeder fünfte Krankenhauspatient an einer Demenz erkrankt ist. Die Krankenhäuser werden sich dieser Entwicklung stellen müssen. In Zukunft kommt es vor allem auf eine stärkere Verzahnung mit der ambulanten Versorgung, eine bessere Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen und eine Aufwertung der Pflege an. Nötig sind darüber hinaus insbesondere in ländlichen Räumen flexiblere Konzepte, die auch die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser ermöglichen.

Um diese Ziele zu erreichen und die nötigen Veränderungsprozesse für eine patientenorientiertere Versorgung anzustoßen, schlagen wir insbesondere vor:

- eine vorausschauende, Sektor übergreifende, Qualitäts- und Strukturaspekte berücksichtigende **Versorgungsplanung** einzuführen;
- mehr Anreize für die **bessere Zusammenarbeit** von Gesundheitsberufen und Versorgungssektoren zu schaffen sowie
- die ambulanten und stationären **Vergütungssysteme** stärker anzugleichen und dabei auch Anreize für mehr Qualität zu implementieren,
- die **Investitionsfinanzierung** für Krankenhäuser zu reformieren.

Mit den nachfolgenden konkreten Reformvorstellungen wollen wir in einen Dialog mit den Ländern und allen anderen relevanten Akteuren treten.

### **Vorausschauende Planung: Grundlage bedarfsgerechter Versorgung**

Die bisherige Krankenhausplanung hat es nicht vermocht, die im internationalen Vergleich deutlich erkennbaren und zum Teil erheblichen Überkapazitäten zu vermeiden. Die bestehende Planung ist überdies eine der zentralen Ursachen für die Trennung zwischen den Sektoren und den daraus resultierenden Brüchen und Doppelstrukturen in der Versorgung. Es fehlt eine vorausschauende Planung der Versorgungsstrukturen, in der Qualität und Patientenbedürfnisse berücksichtigt werden.

Unser Ziel ist daher eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung. Dadurch entsteht ein wirksamer Handlungsrahmen für Selbstverwaltung, Länder und andere regionale Akteure .

Dabei wollen wir eine **Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung** in einem Landesversorgungsplan erreichen. Hierzu gehört eine gründliche Sektor übergreifende Analyse des tatsächlichen Versorgungsbedarfs einer Region.

Stärker als bisher müssen bei der Versorgungsplanung unterschiedliche Versorgungsstufen sowie unvorhersehbare Krankenhausleistungen (Notfalleleistungen) und planbare Leistungen (Elektivleistungen) unterschieden werden. Während etwa für Leistungen der medizinischen Notfall- bzw. Grundversorgung (Primärversorgung) kleinräumiger geplant werden muss, ist für bestimmte fachärztliche Angebote bzw. Leistungen der stationären Maximalversorgung wie zum Beispiel Universitätskliniken großräumiger zu planen. Dabei halten wir es für notwendig, anstelle einer auf Bettenzahlen abstellenden Planung künftig Kriterien der Raumordnung wie etwa Erreichbarkeiten sowie vorhandene Einrichtungen zum Beispiel in der Rehabilitation und Schnittstellen zur Pflege einzubeziehen. Einfluss auf die notwendige Zahl der stationären Einrichtungen hat im übrigen auch ein flexibel und bedarfsgerecht ausgebautes Krankentransportwesen.

Für hochspezialisierte Leistungen wie etwa seltene Erkrankungen oder Organtransplantationen ist länderübergreifende bzw. bundesweit abgestimmte Planung geboten. Der Notwendigkeit einer Spezialisierung stationärer Einrichtungen sollte durch **intensivere Zentrenbildung** Rechnung getragen werden.

**Bedarfsgerechte Versorgungsplanung** verlangt auch entsprechende Institutionen, in denen diese vorbereitet und umgesetzt wird. Dies soll auf der Landesebene durch einen neuen sektorenübergreifenden Versorgungsausschuss geschehen, der an die Stelle der bestehenden nach Sektoren getrennten Planungsgremien (Landesausschuss und Krankenhausausschuss) tritt und dem neben Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer auch Land, Kommunen und Patientenverbände angehören. Dem Versorgungsausschuss soll eine unabhängige Institution zugeordnet werden, die auf Landesebene anhand bundesweiter Kriterien Versorgungsanalysen vornimmt und mittels objektiver Daten sowie Szenarien der künftigen Entwicklung der Morbidität Empfehlungen bei der Definition von Versorgungszielen ausspricht. In eine solche Versorgungsplanung müssen im Übrigen auch regionale Gesundheitskonferenzen beratend einbezogen werden.

Wir schlagen vor, bundesweit in Landkreisen, kreisfreien Städten oder in Regionen **Gesundheitskonferenzen** zu bilden, denen neben den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten die in dem Gebiet jeweils tätigen Krankenhausträger, Krankenkassen und Patientenorganisationen angehören. Außerdem die Vertreterinnen und Vertreter der regional tätigen Ärztinnen und Ärzte und der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, wie Pflegekräfte und Hebammen, sowie sachkundige Bürgerinnen und Bürger.

Die regionalen Gesundheitskonferenzen ermitteln lokale Bedürfnisse, entwerfen vor Ort umsetzbare Strategien und beraten den Versorgungsausschuss auf Landesebene bei der Erstellung und Fortschreibung des Versorgungsplans. Durch die Einbeziehung der kommunalen Seite können auch der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Jugend- und die Altenhilfe in den Beratungs- und

Entscheidungsprozess einbezogen werden. Damit wird auch die Primärprävention gestärkt und die Zielgruppenorientierung von Versorgungsangeboten verbessert.

Im Zuge einer regionalen Gesundheitsberichterstattung sollen die Bürgerinnen und Bürger regelmäßig zu den aus ihrer Sicht wichtigsten Gesundheitsproblemen, zur erlebten Versorgungsqualität und zu ihrem konkreten Inanspruchnahmeverhalten befragt werden.

### **Qualität als Eintrittskarte in den Krankenhausplan**

Die Qualität eines Krankenhauses spielt im bisherigen Planungssystem kaum eine Rolle. Deswegen muss neben der besseren Bedarfsermittlung auch die Qualität zum bestimmenden Faktor werden. Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Einrichtungen sind in unserem Gesundheitssystem bereits vorhanden. Eine Weiterentwicklung der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung in Krankenhäusern ist jedoch notwendig. Einerseits muss ein möglichst bürokratiearmes Verfahren gewährleistet werden, andererseits muss sichergestellt sein, dass die Daten manipulationssicher sind.

Zudem müssen die Pflegequalität, Angaben zu Wiedereinweisungen (Rehospitalisierungsrate) aber auch Qualitätsdaten aus dem ambulanten Bereich künftig berücksichtigt werden. Zur Ermittlung der Qualität gehören aus unserer Sicht zudem standardisierte PatientInnenbefragungen. Auch deren Ergebnisse müssen Teil eines Zertifizierungsverfahrens sein.

Ein aus unserer Sicht erwägenswertes Modell wurde hierzu vor einiger Zeit in der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) vorgeschlagen. Dabei wird die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei der Erstellung des Krankenhausplans einbezogen. Strukturqualität meint zum Beispiel ob ein Krankenhaus barrierefrei ist, in welchem Zustand die Infrastruktur ist oder auch ob ausreichende personelle Ressourcen vorhanden sind. Unter Prozessqualität wird zum Beispiel verstanden, ob bestimmte Standards in der Pflege eingehalten werden. Ergebnisqualität (Outcome) umfasst zum Beispiel die Zufriedenheit sowie den langfristigen Gesundheitsnutzen der Patientinnen und Patienten. **Nur Krankenhäuser, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, sollen in den Krankenhausplan aufgenommen werden** und mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. So gibt es bereits heute strukturelle Vorgaben für die Zulassung als Brustzentrum wie beispielsweise die Zertifizierung durch eine medizinische Fachgesellschaft, Mindestmengen, die Zusammenarbeit mit ambulanten Fachärztinnen und -ärzten sowie die psychosoziale Versorgung.

Auch bei der Entscheidung, ob Krankenhäuser oder einzelne Krankenhausabteilungen im Krankenhausplan verbleiben, sollte die Qualität künftig eine maßgebliche Rolle spielen. Um dies zu erreichen, bietet sich zum Beispiel ein einheitliches Zertifizierungsverfahren an. Unabhängige und fachlich qualifizierte Institutionen, von den Landesversorgungsausschüssen beauftragt, sollen mit einem solchen Zertifizierungsverfahren die Qualität der einzelnen Disziplinen des Krankenhauses regelmäßig überprüfen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgungsanforderungen von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden, ob die baulich-technische sowie die kommunikative Barrierefreiheit in dem jeweiligen Krankenhaus hinreichend gewährleistet wird.

## **Versorgungssektoren besser verzahnen**

Das häufig unkoordinierte Nebeneinander von stationärem und ambulantem Sektor sowie damit verbundene ökonomische Fehlanreize sind zentrale Systemdefizite der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Damit werden nicht nur erhebliche Versorgungs- und Steuerungsprobleme beim Übergang der Patientinnen von einem zum anderen Sektor hervorgerufen. Es kommt auch zur Über-, Fehl und Unterversorgung sowie zu unwirtschaftlichen Doppelstrukturen insbesondere in der fachärztlichen Versorgung.

2011 wurde ein neuer **spezialärztlicher Versorgungsbereich** geschaffen, in dem sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte bestimmte Leistungen ambulant erbringen dürfen. Dies sind zum Beispiel seltene oder besonders schwere Erkrankungen.

Dieser neue Versorgungsbereich hat aus unserer Sicht erhebliche Konstruktionsmängel wie fehlende Planung und Steuerung. Überdies gibt es keinerlei Qualitätswettbewerb. Dennoch kann dieser Bereich künftig ein Ansatz sein, um Grenzen zwischen den Sektoren aufzubrechen und die Integration der Sektoren voranzutreiben. Unter der Bedingung, dass die Defizite behoben werden, sollten Schritt für Schritt weitere geeignete Leistungen in diesen Versorgungsbereich aufgenommen werden.

Die Leistungen sollen bedarfsgerecht auf der Grundlage von bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien und einer spezifischen Planung an geeignete Leistungserbringer vergeben werden. Die Koordinierung dieser Planung könnte beispielsweise durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Einbeziehung der Länder erfolgen. Dabei sollen länderübergreifende Versorgungsregionen berücksichtigt werden

Krankenhäuser sollten im Rahmen einer kooperativen Versorgungsplanung darüber hinaus stärker als bisher die Möglichkeiten erhalten, im ambulanten Sektor tätig zu werden. Insbesondere in ländlichen Regionen können Krankenhäuser auf diese Weise auch in der Primärversorgung und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung Verantwortung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung übernehmen. Dies kann im Falle von Unterversorgung durch ambulante Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser unterstützt werden.

Zudem sollen Pflegedienste und Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, ambulante Einrichtungen wie Medizinischen Versorgungszentren bzw. Gesundheitszentren gemeinsam zu tragen. So werden auch stärkere Anreize für Leistungen aus einer Hand und ein gemeinsames Fallmanagement geschaffen. Es entstehen patientenorientierte Behandlungspfade, unnötige Krankenhauseinweisungen werden vermieden.

Eine große Bedeutung hat zudem die Vermeidung von Brüchen in der Versorgung. Das Entlassmanagement muss auf der Grundlage verbindlicher gesetzlicher Vorgaben sowie evidenzbasierter Leitlinien verbessert werden. Dazu müssen die Möglichkeiten zur nachstationären Behandlung bestimmter Patientengruppen durch Krankenhäuser ausgebaut werden. Untersuchungen aus anderen Ländern zeigen, dass dadurch die Anzahl erneuter Krankenhauseinweisungen verringert und positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten hat. Weitere Anreize für mehr Patientenorientierung müssen auch durch die Zusammenarbeit der Krankenhäuser

mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Ärztenetzen oder in Verträgen der Integrierten Versorgung entstehen. So könnten beispielsweise alternativ zu bestehenden stationären Einrichtungen an bestimmten MVZ Möglichkeiten für (teil)stationäre Kurzeintaufenthalte geschaffen werden.

Um solche stärkeren Differenzierungen möglich zu machen und gleichzeitig einen gemeinsamen Rahmen insbesondere für spezialisierte fachärztliche Leistungen zu schaffen, müssen auch die **Vergütungssysteme sowie die Qualitätssicherung der beiden Sektoren schrittweise vereinheitlicht** werden. Zusätzlich schlagen wir auch Sektor übergreifende Pauschalen für bestimmte Leistungen vor. Dies könnte die Anreize für Leistungen aus einer Hand vergrößern.

Ein weiteres Feld, in welchem vor allem größere Krankenhäuser über die Sektoren hinweg Verantwortung übernehmen und so zu einer besseren Kooperation beitragen können, ist die **Telemedizin**. Dadurch könnten bestimmte diagnostische oder gar therapeutische Maßnahmen mit Unterstützung des jeweiligen Krankenhauses schon im ambulanten Bereich oder in Häusern der Grundversorgung vorgenommen werden. So werden auch unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden. Moderne Informationstechnologien wie eine einheitliche elektronische PatientenInnenakte werden künftig noch wichtiger. Unter Wahrung des Datenschutzes können dadurch Versorgungsbrüche zwischen den Sektoren aber auch innerhalb des Krankenhauses vermieden werden.

#### **Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Krankenhaus stärken**

Vor allem vor dem Hintergrund eines zunehmenden Anteils älterer, mehrfach erkrankter und chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen wiederholt eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe angemahnt. Dies gilt nicht nur für den ambulanten Sektor, auch im Krankenhaus sind **teamorientierte und multiprofessionelle Ansätze** notwendig. Untersuchungen zeigen überdies, dass Behandlungsfehler häufig auf unzureichender Zusammenarbeit resultieren.

Eine rein auf die bloße Übertragung ärztlicher Aufgaben (Substitution bzw. Delegation) fußende Veränderung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen würde allerdings die bestehenden nachrangigen Rollenzuschreibungen etwa für Pflegekräfte beibehalten; zudem ist ein solches Verfahren wenig flexibel. Dabei verlangt die stationäre Versorgung beispielsweise dementer Patientinnen und Patienten eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe mit der Konsequenz einer Aufwertung und Differenzierung der Pflege. Kompetenzvorbehalte der ärztlichen Gesundheitsberufe haben jedoch in einem solchen System keinen Platz mehr. Sobald Pflegekräfte die notwendigen Qualifikationen erworben haben, müssen sie bestimmte Tätigkeiten ausüben dürfen (so genannte Pool-Kompetenzen). Ein solches beispielsweise vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorgeschlagenes Pool-Modell könnte in den Krankenhäusern je nach Bedarf umgesetzt werden. Allerdings ist hierfür eine bedarfsgerechte **Weiterentwicklung der pflegerischen Ausbildung und des pflegerischen Berufsbildes** sowie der weiteren Gesundheitsberufe notwendig – einschließlich stärker akademisierter Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zudem verlangt ein solches System interdisziplinäre Behandlungsleitlinien, die auch gemeinsam von den Gesundheitsberufen entwickelt werden.

Auf dieser Grundlage sollen qualifizierte Pflegekräfte beispielsweise künftig das individuelle PatientInnenmanagement im Krankenhaus übernehmen und für eine Koordination mit ambulanten Strukturen sorgen.

### **Krankenhäuser als Innovations- und Bildungszentren**

Krankenhäuser haben eine Schlüsselstellung bei medizinischen Innovationen im Gesundheitswesen. Häufig werden mit Hilfe von Krankenhäusern der Maximalversorgung wie der Universitätskliniken neue Verfahren, Medizintechnologien und Leitlinien entwickelt, und in der Regel werden sie hier auch zuerst eingeführt und ausprobiert.

Doch nicht alles, was neu ist, hat auch einen Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Nach unserer Auffassung dürfen aber im stationären ebenso wie im ambulanten Bereich nur solche Verfahren und Technologien in die breite Versorgung übernommen werden, deren gesundheitlicher Nutzen auch wirklich erwiesen ist. Bislang können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus jedoch auch dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen angewandt werden, wenn noch kein Beleg eines Nutzens existiert. Wir schlagen daher vor, den Nutzen solcher neuen Methoden und Verfahren künftig in **speziellen Innovationszentren** zu überprüfen. Solche Innovations- bzw. Referenzzentren können beispielsweise an Universitätskliniken eingerichtet werden. Diese Krankenhäuser müssen dann einen Vertrag mit den Krankenkassen abschließen und in der Lage sein, qualitativ hochwertige klinische Studien durchzuführen. Dort werden diese neuen Behandlungsmethoden dann in von den Krankenkassen vergüteten klinischen Studien erprobt. Ergibt sich gegenüber vorhandenen Therapien ein Mehrnutzen, sollen sie flächendeckend zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden können.

Krankenhäuser übernehmen auch Verantwortung für die **Aus- und Weiterbildung** verschiedenster Gesundheitsberufe. Damit diese Funktion auch in Zukunft ausgefüllt werden kann, muss jedoch die Finanzierung von Aus- und Weiterbildung gesichert sein. So wollen wir erreichen, dass die **ärztliche Weiterbildung** künftig besser gefördert wird. Dies könnte beispielsweise durch einen von Krankenkassen und Krankenhäusern gemeinsam getragenen Fonds geschehen, aus dem arztbezogene Weiterbildungszuschläge finanziert werden. Ein solches Modell sollte auch für die pflegerische Weiterbildung erwogen und für andere im Krankenhaus tätige Gesundheitsberufe wie bspw. Hebammen, LogopädInnen oder DiätassistentInnen geprüft werden.

Wir wollen die **Ausbildung in den drei Pflegeberufen** Krankenpflege, Kinderkranken- und Altenpflege in Teilen harmonisieren, unter anderem um die altenpflegerischen Kompetenzen in der Krankenpflege zu stärken. In Krankenhäusern ist mehr denn je eine alters- und demenzgerechte Versorgung notwendig. Unser Modell eines integrativ gestuften Ausbildungssystems sieht im ersten Abschnitt eine Ausbildung auf Grundlage eines einheitlichen Curriculums vor. Im zweiten Teil findet die Spezialisierung in einem der bestehenden drei Ausbildungsabschlüsse statt.

Diese Harmonisierung hat Folgen für die Ausbildungsfinanzierung, denn bisher unterliegt die Ausbildung in den genannten drei Pflegeberufen völlig unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen. Unser Ziel ist ein einheitliches Finanzierungsmodell für alle drei Pflegeausbildungsberufe. Dabei sollte

man sich an der seit 2006 geltenden Finanzierung der Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung orientieren. Danach zahlen alle Kliniken in einen landesbezogenen **gemeinschaftlichen Ausbildungsfonds** ein; ausbildende Krankenhäuser verhandeln individuelle Ausbildungsbudgets. Dieses Modell hat sich grundsätzlich bewährt und sollte Vorbild für eine einheitliche Ausbildungsfinanzierung sein. Wir sehen allerdings auch die Bundesländer in der Verantwortung, sich an den Ausbildungskosten (Schulskosten) zu beteiligen.

### **Für eine bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung**

Der Investitionsstau an Krankenhäusern wird seit Jahren kritisiert. Selbst vorsichtige Schätzungen gehen von einem Investitionsbedarf von etwa 25 Milliarden Euro aus.

Sicher müssen manche Investitionsentscheidungen kritisch hinterfragt werden, weil durch sie beispielsweise Doppelstrukturen bei den Großgeräten aufgebaut wurden. Gleichwohl sind aus verschiedenen Gründen auch künftig erheblich Investitionen nötig. Durch den größeren Anteil älterer Patientinnen und Patienten müssen die stationären Einrichtungen verstärkt in eine funktions- und altersgerechte Krankenhausarchitektur investieren. Einen großen Bedarf gibt es ferner absehbar bei der IT-Ausstattung der Krankenhäuser. Auch steigende Energiepreise und die Anforderungen klimagerechten Bauens verlangen erhebliche Investitionen. Zugleich spielt eine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende apparative Ausstattung der Krankenhäuser eine wichtige Rolle bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Vor diesem Hintergrund ist die bislang praktizierte Regelung zur Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern nicht mehr zukunftsfähig. Aktuellen Zahlen zufolge stammen mehr als die Hälfte der Investitionsmittel der Krankenhäuser nicht aus der Investitionsförderung der Länder. Die wirtschaftlich schwierige Lage vieler Krankenhäuser ist daher auch auf den Umstand zurückzuführen, dass sie die notwendigen Mittel für die Investitionsfinanzierung aus den eigentlich nur für die Betriebs- und Personalkosten vorgesehenen DRG-Vergütungen erwirtschaften müssen. Dies hat im übrigen auch Kosteneinsparungen zu Lasten des Personals und hier insbesondere der Pflege zur Folge.

Wir wollen die Länder nicht aus der Verantwortung für die Investitionsfinanzierung entlassen. Daher schlagen wir ein Modell vor, in dem **Krankenkassen und Ländern die Möglichkeit eröffnet wird, gemeinsam die Verantwortung für die Investitionsförderung und Planung** zu übernehmen. In unserem Modell werden die leistungsbezogenen Investitionszuschläge daher auf Landesebene aus einem von Kassen und Ländern zu gleichen Teilen finanzierten Topf gespeist. Für jeden vom Land in den Fonds eingezahlten Euro legen die Krankenkassen einen weiteren Euro drauf. Ein vergleichbares System wird seit Anfang 2012 in der Schweiz praktiziert. Die Länder erhalten durch diese Art der Finanzierung auch einen stärkeren Anreiz, die Investitionsfinanzierung bedarfsgerecht auszugestalten. Zugleich sollen die Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, weitgehend selbst über die aus ihrer Sicht nötigen Investitionen zu entscheiden. Die Möglichkeit einer Großgeräteplanung im Rahmen der Versorgungsplanung soll hierbei allerdings erhalten bleiben.

## Vergütung reformieren – Anreize für mehr Qualität schaffen

Bislang spielt es für die Höhe der Krankenhausvergütungen (DRG) keine Rolle, in welcher Qualität die Krankenhausleistung erbracht wurde. Künftig müssen daher aus unserer Sicht Aspekte der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität in das DRG-System einfließen.

Dabei müssten dann beispielsweise durch Sektor übergreifende Vergütungen auch Krankenhäuser belohnt werden, die sich in der nachstationären Übergangsversorgung ihrer Patientinnen und Patienten engagieren, sich an der Notfallversorgung oder der ambulanten Versorgung strukturschwacher Regionen beteiligen.

Neben Strukturmerkmalen müssen auch Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität in die Vergütung einfließen. Die Auswirkungen solcher Regelungen könnten etwa bei Hüftgelenkoperationen ausprobiert werden. (Mögliche Indikatoren wären hier zum Beispiel: Kam es nach der Implantation zu Komplikationen? Mussten die Patientinnen und Patienten nach kurzer Zeit wieder ins Krankenhaus eingewiesen werden? Wie ist die Lebensqualität der Betroffenen?) Auch die Qualität des Entlassmanagements muss Berücksichtigung finden: Ein gutes Entlassmanagement muss sich für die Krankenhäuser lohnen, ein schlechtes muss sich ebenfalls auf die Vergütung auswirken.

Eine qualitätsorientierte Vergütung muss auch mit einer Stärkung der Qualitätstransparenz gegenüber Patientinnen und Patienten sowie gegenüber ambulanten Leistungserbringern einhergehen. Dazu müssen diese Informationen jedoch verständlicher und vergleichbarer aufbereitet werden. Hierzu wären auch öffentliche Qualitätsregister für bestimmte Behandlungen und Pflegeergebnisse in Krankenhäusern geeignet.

Durch falsche ökonomische Anreize im bestehenden DRG-System kommt es auch zur Ausweitung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen wie etwa bei Prothesenoperationen. Bislang existiert aus unserer Sicht jedoch kein überzeugendes Instrument, um nicht indizierte Leistungsausweitungen wirksam zu vermeiden. Die von Union und FDP eingeführte größere Transparenz bei Chefarzt-Boni ist nicht falsch, wird das Problem aber nicht mal im Ansatz lösen. Weitere Ideen wie ein Zweitmeinungsverfahren für bestimmte planbare Behandlungen sollten daher geprüft werden. Einen größeren Erfolg erwarten wir j von Maßnahmen, die eine Stufe vorher ansetzen, also die Fehlanreize der DRGs selbst beseitigen: So sind Qualitätsaspekte in der Vergütung zu stärken. Eine stärker interdisziplinäre Zusammenarbeit wie zum Beispiel in der Krebsbehandlung (Tumorboards) kann ebenfalls dazu beitragen, die ärztliche Indikationsstellung zu verbessern und medizinisch unnötige Eingriffe zu vermeiden. Eine wichtige Stellschraube auch in diesem Kontext ist der Differenzierungsgrad der Fallpauschalen (DRGs). Dieser ist wieder zu reduzieren – Ziel muss eine stärkere Orientierung an Diagnosen statt an einzelnen Behandlungsprozeduren sein. Dies käme auch der nach unserer Auffassung notwendigen **Angleichung des ambulanten fachärztlichen und des stationären Vergütungsrahmens** entgegen. Eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems muss im übrigen auch zu einer besseren Abbildung der Vorhaltekosten der Notfallversorgung durch Krankenhäuser führen. Zudem muss gewährleistet sein, dass der durch das Statistische Bundesamt ermittelte Orientierungswert die für die Krankenhäuser relevanten Preissteigerungen erfasst. Es muss



überdies sichergesellt sein, dass bei der Kalkulation der DRGs die Kostenstrukturen der unterschiedlichen Krankenhausgrößen angemessen repräsentiert sind.

### **Gute Arbeitsbedingungen – gute Qualität**

Motivierende und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, eine angemessene Personalausstattung insbesondere in der Pflege sowie teamorientierte Organisationsstrukturen sind wichtige Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und eine qualitativ hochwertige Versorgung.

In den letzten Jahren haben sich die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern jedoch verschlechtert. Zunehmende Arbeitsverdichtung und vor allem ein massiver **Abbau insbesondere von Pflegestellen** gefährden die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit. Krankenhäuser, die in optimale Arbeitsbedingungen und eine gute personelle Ausstattung des Pflegebereichs und weiterer nichtärztlicher Gesundheitsberufe investieren, erzielen jedoch eine größere Zufriedenheit auf der Patientenseite. Dies schlägt sich auch messbar in der Ergebnisqualität und im erfolgreichen Verlauf der Behandlung nieder.

Um die **Personalausstattung im Pflegebereich** zu verbessern, wurde aufbauend auf dem Pflegesonderprogramm 2012 der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) eingeführt. Die Wirkungen des PKMS werden jedoch bezogen auf eine angemessene Finanzierung von Pflegestellen allenfalls eine begrenzte Wirkung entfalten können. Daher plädieren wir ergänzend dazu für ein **Personalbemessungsinstrument**, bei dem der Personalbedarf aus dem Pflegebedarf der PatientInnen abgeleitet wird. Es muss sichergestellt werden, dass für die Pflege vorgesehenen Mittel auch tatsächlich in der Pflege ankommen. Auch so wollen wir dem Personalabbau in der Pflege wirksam entgegen wirken und eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung im Krankenhaus sicherstellen.

Neben der angemessenen Personalausstattung beeinflussen aus unserer Sicht auch eine **familienfreundliche Arbeitszeitorganisation**, auskömmliche und langfristige Anstellungsverhältnisse, sowie Betreuungsmöglichkeiten für Kinder die Motivation der Beschäftigten und damit letztlich auch die Versorgungsqualität. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl älterer Arbeitnehmer wollen wir zudem insbesondere flexiblere Arbeitszeiten sowie ein betriebliches Gesundheitsmanagement erreichen.