

# Krankenhauspolitik im neuen Koalitionsvertrag: Wohin geht die ordnungspolitische Reise?\*

RALF HEYDER,  
JÜRGEN MALZAHN

Ralf Heyder ist Generalsekretär beim Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) in Berlin

Dr. med. Jürgen Malzahn leitet die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband in Berlin

Der Koalitionsvertrag umfasst für den Bereich der Krankenhauspolitik ein Potpourri von Einzelmaßnahmen. Es fehlt allerdings die Ausrichtung auf ein klar erkennbares Zielbild für die Krankenhausstrukturen 2025. Dieses gilt es unter der Führung der neuen Regierung zu entwickeln. Auch bei der Fachkräftesicherung in der Pflege braucht es eine konzeptionelle Einordnung der im Koalitionsvertrag genannten Einzelmaßnahmen. Einfache und schnelle Lösungen wird es hier nicht geben. Umso wichtiger ist es, die gesamte Palette an möglichen Reformmaßnahmen zu nutzen.

## Einführung

Bezogen auf die Krankenhäuser gibt es in dieser Legislaturperiode gleich mehrere große Themen, die dringend politisch bearbeitet werden müssen. Notwendig wäre dafür eine kohärente ordnungspolitische Strategie. Der Koalitionsvertrag liefert diese nicht. Das ist wenig verwunderlich, denn Zeit und Stimmung in Koalitionsverhandlungen sind nicht der passende Rahmen für konzeptionelle Arbeit.

In früheren Legislaturperioden waren die Koalitionsverträge auch wesentlich weniger detailliert. Das ließ den jeweiligen Ministern erheblich mehr Spielraum, eine insgesamt konsistente Politik zu entwickeln. Weder der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, das freie Kassenwahlrecht oder die Gründung des GKV-Spitzenverbandes waren Inhalte von Koalitionsverträgen – wurden aber dennoch von Koalitionsregierungen erarbeitet und umgesetzt.

Die insbesondere in den letzten beiden Koalitionsverträgen erkennbare größere Detailtiefe hat den Maßstab für die Bewertung von Gesundheitspolitik verschoben. Unter dem Gesichtspunkt der Handlungsfähigkeit wurde der Grad der Abarbeitung des Koalitionsvertrags zum Benchmark.

Für die optimale Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist das nicht unbedingt ein angemessener Bewertungsrahmen, insbesondere dann nicht, wenn man die oben genannten Restriktionen bei Koalitionsverträgen bzw. ihrem Zustandekommen kennt. Zwar steht es den Koalitionspartnern nach wie vor frei, auch über den Koalitionsvertrag hinaus zu gehen oder davon abzuweichen. Es ist aber die Natur politischer Vorfestlegungen, dass sie hohe Priorität in der Abarbeitung genießen und damit politische Ressourcen binden.

\* Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung der Verfasser wieder.

Deshalb wird für die Regierungskoalition in dieser – wie in der letzten – Legislaturperiode eine zentrale Herausforderung darin bestehen, für die stationäre Versorgung die vielen im Koalitionsvertrag weitgehend unverbunden aufgelisteten Einzelthemen zu einem Zielbild für die Krankenhauslandschaft der Zukunft zusammen zu fügen. Dem Koalitionsvertrag ist ein solches allenfalls in Ansätzen zu entnehmen.

Im Folgenden wird daher der Versuch unternommen, die Inhalte des Koalitionsvertrags in einen ordnungspolitischen Gesamtkontext zu stellen und dabei ein aus Sicht der Autoren sinnvolles Zielbild aufzuzeigen. Dabei liegt auf der Hand, dass aufgrund der unterschiedlichen interessenpolitischen Hintergründe der Autoren nicht alle Aspekte des Koalitionsvertrags im Rahmen dieses Beitrags kommentiert werden können. Der Fokus liegt daher auf den relevanten Themen, zu denen eine abgestimmte Positionierung möglich war.

### Ein Zielbild für die Krankenhauslandschaft 2025

Zur Bewertung des Koalitionsvertrags ist ein Maßstab erforderlich. So können etwa Umfang und Zielsetzung eines Strukturfonds, die Schaffung von Zentren für spezialisierte medizinische Leistungen oder die Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung nur bewertet werden, wenn klar ist, welche versorgungspolitischen Ziele damit verfolgt werden.

Insbesondere brauchen wir in Deutschland ein strukturpolitisches Zielbild. Dänemark hat bereits vor 15 Jahren die Grundsatzentscheidung getroffen, seine Krankenhauslandschaft grundlegend umzubauen. Zielbild sind dort sogenannte „Super Hospitals“, also Großkrankenhäuser, die mit der Ausnahme sehr hochspezialisierter Bereiche wie Transplantationen, die auf sehr wenige Einrichtungen konzentriert sind, das gesamte Spektrum stationärer Notfall- und Elektivmedizin kompetent und mit angemessenen Mindestfallzahlen anbieten können. Gleichzeitig wird eine schnelle Entlassung aus den Akutkrankenhäusern angestrebt, so dass für die Postakutphase neue Versorgungskonzepte außerhalb der Großkrankenhäuser entwickelt werden müssen.

In Deutschland fehlen solche klaren Vorstellungen. Die Debatte der letzten

20 Jahre war stattdessen geprägt von der Fiktion, der freie Wettbewerb der Krankenhäuser werde zur Herausbildung optimaler Angebotsstrukturen führen. Dies hat sich mittlerweile als veritabler Irrtum erwiesen.

Deswegen muss diese konzeptionelle Leerstelle in der gesundheitspolitischen Debatte dringend gefüllt werden. Nachfolgend sind mögliche Eckpunkte für ein Zielbild aufgeführt:

- Die Zahl der Krankenhäuser wird reduziert, dafür werden sie aber größer. In der heutigen Krankenhauslandschaft sind Kliniken mit mehr als 500 Betten die Ausnahme. Deutschland hat stattdessen eine stark fragmentierte Krankenhauslandschaft mit sehr vielen kleinen Krankenhäusern. Dies sind meist Grundversorger. Grundversorger heutiger Prägung sind angesichts des medizinischen Fortschritts und des sich verändernden Versorgungsbedarfs der Bevölkerung (Chronifizierung, Multimorbidität) keine zukunftsträchtigen Strukturen.
- Die Rolle von Krankenhäusern der Grundversorgung wird neu definiert. Den Grundversorgern ist aufgrund von Ambulantisierung und Spezialisierung in der Medizin ihr ehemals charakteristisches stationäres Leistungsportfolio abhandengekommen. Ihre Rolle muss künftig sehr viel stärker im Segment ambulanter und kurzstationärer Behandlung gedacht und geplant werden. Sie sind damit geradezu prädestiniert, zentrale Akteure bei der Neugestaltung der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu werden.
- Das Ziel, flächendeckende medizinische Versorgung am besten durch möglichst viele Grundversorger zu realisieren, wird vor dem Hintergrund der Herausforderungen auf dem Personalsektor und dem medizinischen Fortschritt aufgegeben. Eine Zentralisierung von Leistungen zur Qualitätssteigerung der Versorgung ist in Deutschland vielerorts ohne signifikant längerer Fahrtzeiten möglich. Das gilt umso mehr, wenn das Krankentransportwesen entsprechend ausgebaut wird.
- Der Grundsatz ambulant vor stationär wird unter der gleichberechtigten Beteiligung der Krankenhäuser um-

gesetzt. Die Versorgung in Deutschland ist im internationalen Vergleich immer noch sehr stationär ausgerichtet. Notwendig ist die Entwicklung klarer ambulanter Rollenprofile für die Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen in Abstimmung mit vertragsärztlichen Versorgungsangeboten. Ambulante und stationäre Strukturen und Angebote müssen dabei insbesondere in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zusammen betrachtet werden.

- Die Notfallversorgung wird sektorenübergreifend ausgestaltet. Sie berücksichtigt die ambulanten und stationären Strukturen gemeinsam mit dem Rettungswesen. Die Anzahl der Standorten und Strukturen wird entsprechend festgelegt, wobei die konkrete Ausgestaltung auf der Ebene der Bundesländer erfolgt.
- Der Aufbau gestufter regionaler Versorgungsnetze mit einem Maximalversorgungshaus als Zentrum für die spezialisierte Versorgung komplexer Krankheitsbilder (z.B. Traumaversorgung, Krebserkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Herzinsuffizienz) wird gefördert. Krankenhäuser, Vertragsärzte und ggf. weitere Leistungserbringer wie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen einer Region sollen arbeitsteilig und koordiniert agieren. Die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen sowie die Koordination eines solchen Netzwerks übernimmt jeweils das Zentrum. Die Behandlung entsprechender Krankheiten wird aus Qualitätsgesichtspunkten auf die Zentren mit den jeweiligen Versorgungsnetzen exklusiv übertragen. Damit stellen die Versorgungsnetzwerke spezialisierte Expertise in der Fläche zur Verfügung, soweit erforderlich auch telemedizinisch.

### Ansätze für Strukturreformen im Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag finden sich nur Einzelteile für ein solches Zielbild. So kommt bspw. klar zum Ausdruck, dass die neue Regierungskoalition einen Strukturwandel im Krankenhausbereich für notwendig hält und vorantreiben will. Anerkannt wird auch, dass dafür „deutlich erhöhte Investitionen ...

für Umstrukturierungen, neue Technologien und Digitalisierung notwendig“ sind.

Gleichzeitig sollen aber alleine die Länder für die Investitionsfinanzierung zuständig bleiben, obwohl diese seit Jahrzehnten dieser Aufgabe nicht annähernd nachkommen. Die deutschen Krankenhäuser einschließlich der Universitätsklinika erhalten von den Ländern derzeit nicht einmal die Hälfte der notwendigen Investitionsmittel. Es ist nicht zu erwarten, dass sich daran in relevantem Umfang etwas ändert.

Woher sollen also die Investitionsmittel für den „notwendigen Strukturwandel“ kommen? Der Bund will hierzu den Strukturfonds fortführen, ein Instrument, das in der letzten Legislaturperiode neu geschaffen wurde. Er soll für die kommenden vier Jahre mit einem Volumen von einer Milliarde Euro ausgestattet werden, das sich jeweils zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und Landesmitteln speist. Förderfähig sind Investitionsprojekte zum Abbau von Kapazitäten oder zur standortübergreifenden Konzentration von Versorgungsangeboten.

Das aktuelle Volumen bedient eher die „Politik der ruhigen Hand“ – schließlich wird durch die zusätzliche Milliarde pro Jahr eine Erhöhung der Investitionsquote um knapp 1,5%-Punkte erreicht. Zusammen mit den aktuellen Investitionsaufwendungen der Länder wird damit eine gesamte Investitionsquote für Krankenhäuser von rund 5% erreicht, was deutlich unter dem von Expertenseite geschätzten Bedarf für den Erhalt von 8% bis 10% liegt.

Bevor die Fortführung des Strukturfonds bewertet werden kann, ist jedoch die Auseinandersetzung mit dem Zielbild 2025 voranzustellen. Orientiert man sich an diesen Thesen wird schnell klar, dass das geplante Volumen von einer Milliarde Euro nicht ausreichend sein kann. Will man die Kliniklandschaft zukunftsfähig aufstellen und beispielsweise eine signifikant höhere Anzahl von Kliniken mit mehr als 500 Betten in der Versorgungslandschaft sehen, ist eine erheblich größere Summe erforderlich.

Unabhängig davon, mit welchem Volumen der Strukturfonds ausgestattet wird, sind einige Grundsatzfragen zu klären, weil die Ausgestaltung in mehrfacher Hinsicht inkonsequent ist:

- Das Fördervolumen bleibt unverändert bei einer Milliarde Euro, obwohl der Bedarf um ein Vielfaches darüber liegt. Schon dieses niedrige Volumen macht das Fehlen eines ambitionierten Zielbildes 2025 deutlich. Darüber hinaus führt die weitgehend konzeptionslose Form der Vergabe eher zu Flickschusterei als zur planvollen Verbesserung der Versorgungsstruktur. Entsprechend werden die Mittel viel zu inkonsequent für den tatsächlichen Kapazitätsab- bzw. Umbau genutzt.
- Die 33 Universitätsklinika sind nicht förderfähig, obwohl sie mit zehn Prozent Marktanteil schon heute zentrale Akteure in ihren jeweiligen Versorgungsregionen sind und regional vernetzte Versorgungsstrukturen und Angebotskonzentration ohne ihre Mitwirkung geradezu undenkbar sind.
- Die Nichtbeteiligung der Privaten Krankenversicherung an der Mittelaufbringung benachteiligt die GKV.

Diese drei Mängel müssten korrigiert werden. Dazu kommt, dass der Strukturfonds in seiner derzeitigen Ausgestaltung ungeeignet ist, um die im Koalitionsvertrag angesprochenen Investitionen in neue Technologien und Digitalisierung zu fördern. Andere Finanzierungsmodelle sind zwar vorstellbar, aber die inhaltliche Kombination von Struktur- und IT-Investitionen erscheint einer allgemeinen Zuschlagsförderung per Gießkannenprinzip überlegen. Hinzu kommt, dass IT-Infrastruktur kein Sondertatbestand ist, sondern nach den Prinzipien der dualen Finanzierung dem Investitionsbereich zuzurechnen ist.

Neben dem Strukturfonds wird die Ausweisung von Zentren in den Krankenhausplänen im Koalitionsvertrag thematisiert. Diese ist heute schon gesetzlich geregelt, in der Umsetzung der Länder aber noch nicht weit gediehen. Das liegt u.a. daran, dass eine klare Definition dafür fehlt, was eigentlich ein Zentrum sein soll und welche Versorgungskontexte dadurch bedient werden sollen. Der Koalitionsvertrag deutet zumindest an, dass der Gesetzgeber hier konkretere Vorstellungen entwickeln will. Die Rede ist von „Zentren für schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen“ mit

„interdisziplinären Behandlungsteams mit hoher medizinischer Kompetenz“. Sie „sollen auch mit ambulanten Schwerpunktpraxen zusammenarbeiten, um so spezialmedizinische Kompetenz auch in der Fläche verfügbar zu machen“.

Unklar bleiben dabei die Konsequenzen für Krankenhäuser, die für die entsprechenden Krankheitsbilder nicht den Status eines Zentrums zugewiesen bekommen. Bekannt ist, dass bspw. die Versorgung in zertifizierten Krebszentren zu besseren Ergebnissen führt, ebenso die Versorgung in Stroke Units nach Schlaganfällen. Es wäre daher konsequent, diese Behandlungsformen zum Standard zu erklären, indem die Versorgung exklusiv in diesen Einrichtungen stattfindet. Im Koalitionsvertrag fehlt ein klares Bekenntnis dazu.

Bisher ist die gesetzliche Ausformung des Zentrumsbegriffs alleine auf die stationäre Versorgung begrenzt. Das passt nicht zur medizinischen Realität. Komplexe und hochspezialisierte Versorgungsangebote sind schon lange nicht mehr nur stationär, sondern zunehmend auch ambulant. Die Onkologie ist dafür

**Bisher ist die gesetzliche Ausformung des Zentrumsbegriffs auf die stationäre Versorgung begrenzt: Das passt nicht zur medizinischen Realität.**

nur ein besonders eindrückliches Beispiel. Der „Outreach“ der Zentren in die ambulante und stationäre Flächenversorgung ist in vielen Zertifizierungen zu Recht bereits heute Standard. Es ist höchste Zeit, dass der Gesetzgeber das Versorgungsziel schärft und diese Entwicklung gezielt fördert. Der gesetzliche Zentrumsbegriff und die damit verbundenen Förderinstrumente müssen Sektoren übergreifend ausgestaltet werden. Das bedeutet: Die Einrichtungen, die als Zentren in einem Netzwerk agieren, müssen für die damit verbundenen Koordinations- und Unterstützungsleistungen vergütet werden.

Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten: Der Strukturfonds und die Weiterentwicklung des Zentrumsbegriffs können maßgeblich zum notwendigen Umbau der Krankenhauslandschaft beitragen,

wenn diese Instrumente unter dem Dach eines Zukunftskonzepts inhaltlich miteinander verknüpft werden. Den Ländern wird hierbei durch die Ausübung ihrer Planungszuständigkeit eine zentrale Rolle zukommen. Dabei müssen sie ihrer grundsätzlichen Verpflichtung zur Berücksichtigung von Strukturen an den Ländergrenzen nachkommen. Die Länder müssen sich dieser Aufgabe stellen und das implizite, gleichwohl mächtige, Planungskriterium der regionalen Wirtschaftsförderung ersatzlos aufgeben.

### **Jenseits der Frage, woher das Geld kommen soll, stellt sich auch die Frage nach der zukünftigen Verteilung.**

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welchen Beitrag zum notwendigen Strukturwandel die im Koalitionsvertrag vorgesehene Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung leisten wird. Thematisch soll diese Arbeitsgruppe alle einschlägigen Themen beackern: Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentati-on, Kooperation der Gesundheitsberufe, Qualitätssicherung und Telematik-Infrastruktur. Notwendig wäre außerdem, alle diese Fragen unter Berücksichtigung der Perspektive der stationären Grundversorgung heutiger Prägung sowie der Zentren-, Netzwerk- und Notfallplanung zu diskutieren. Bereits seit Jahrzehnten ist der politische Handlungsbedarf bei all diesen Themen bekannt, und doch persistieren die Probleme. Es wäre nicht das erste Mal, dass an der Sektorengrenze der politische Berg kreist und am Ende eine Maus gebiert. Zu hoffen ist dennoch, dass es diesmal anders kommt und echte Reformen verabredet werden.

Wo könnte man ansetzen? Zu Versorgungsnetzwerken/Zentren wurde oben schon viel gesagt. Im Kontext der Zentrenbildung sollte auch über die Zukunft der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) diskutiert werden. Es passt nicht zusammen, dass im stationären Sektor Spezialangebote in Zentren konzentriert werden sollen, bei spezialisierter ambulanter Medizin aber das Prinzip „Wer kann, der darf“ regiert. Darüber hinaus ist die ASV überbürokratisiert. Eine konzeptionelle Neuausrich-

tung, bei der Versorgungsnetze/Zentren und der ASV mit dem Ziel der Förderung von Vernetzung zusammen gedacht werden, wäre dringend angezeigt – womit der Bezug zu den Eingangshypothesen hergestellt ist.

### **Pflegekräftemangelsyndrom und Fachkräftesicherung**

Neben dem strukturellen Umbau der Krankenhauslandschaft ist das zweite große krankenhauspolitische Handlungsfeld die Personalsicherung. Wir beklagen bereits heute einen Fachkräftemangel, besonders in der Pflege. Und dies, obwohl die demografische Entwicklung ihre volle Wucht noch gar nicht entfaltet hat. Dies ist die letzte Legislaturperiode, bevor die geburtenstarken Jahrgänge aus dem Arbeitsleben ausscheiden. Es ist deshalb höchste Zeit, politische Strategien zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen umzusetzen, auch wenn einige Punkte vorher klar sein sollten:

- Mehr Pflegepersonal wird allenfalls mittelfristig am Markt zur Verfügung stehen.
- Ausbildungsreformen, Jobenrichment und –enlargement wirken nicht sofort, sondern erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung.
- Das Fachkräfteangebot im Arbeitsmarkt wird von vielen Faktoren bestimmt, die – siehe etwa die demografische Entwicklung – nur zum Teil politisch gestaltbar sind.
- Politisch wird man an verschiedenen Stellschrauben parallel ansetzen müssen. Dies reicht – wenn man etwa an tarifpolitische Themen oder die Zuwanderung von Fachkräften denkt – über gesundheitspolitische Zuständigkeiten hinaus. Insgesamt kommt es aber nicht auf die Anzahl unterschiedlicher Maßnahmen, sondern auf die Wirksamkeit im Zusammenspiel an. Die Folgen von Reformen sind daher angesichts der komplexen Zusammenhänge nur schwer prognostizierbar.

Unter diesen Prämissen zeigt die folgende Aufzählung, wie vielfältig die möglichen Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Fachkräftesituation in der Pflege sind. An all diesen Punkten wird

man in der einen oder anderen Form ansetzen müssen:

- Ausbau von Ausbildungskapazitäten, insbesondere in den Pflegeschulen: Ein solcher Ausbau ist nötig, muss allerdings realistisch angepasst werden an die Zahl potenziell verfügbarer Auszubildender. Auch hier wirkt die demografische Entwicklung. Teilweise gibt es in einzelnen Regionen Deutschlands bereits das Problem, dass sich nicht mehr genügend Auszubildende für die verfügbaren Plätze finden. Es gilt zu vermeiden, dass heute Plätze aufgebaut werden, die in fünf Jahren nicht mehr besetzt werden können. Zu empfehlen ist deshalb eine umfassende Analyse: Wie groß ist regional differenziert das Nachwuchskräftepotenzial in den kommenden zehn Jahren angesichts des demografischen Wandels? Und wie können wir dieses Potenzial möglichst vollständig heben? Hier bestehen erhebliche Wissenslücken, die geschlossen werden müssen.
- Bessere Verteilung von Pflegekräften: Pro Kopf ist Deutschland im internationalen Vergleich gut mit Pflegekräften ausgestattet. Sie verteilen sich aber auf sehr viele Krankenhäuser, was teils zu Unterbesetzungen führt. Der oben eingeforderte Strukturwandel könnte dabei helfen, dieses Problem zumindest teilweise zu beheben. Gleichwohl zeigt die praktische Erfahrung aus dem Personalmanagement, dass Pflegekräfte nicht immer zwischen Standorten mobil sind. Der Abbau von Krankenhauskapazitäten führt nicht zwingend dazu, dass die dort tätigen Fachkräfte dem Arbeitsmarkt an anderer Stelle zur Verfügung stehen.
- Verbleib im oder Rückkehr in den Beruf fördern: Gerade in der Pflege scheiden viele Arbeitnehmer schon lange vor dem Erreichen des Rentenalters aus dem Beruf aus. Betriebliche Strategien, um diese Mitarbeiter im Beruf zu halten oder für die Rückkehr in den Beruf zu gewinnen, sollten daher gefördert werden.
- Attraktivität des Berufsbildes fördern: Hier gilt es, insbesondere mehr Möglichkeiten für fachliche Weiterentwicklung und beruflichen Aufstieg zu schaffen. Die Entwicklung akademischer Berufsbilder in der Pflege muss verstärkt gefördert werden. Gleiches gilt für die pflegfachliche Speziali-

sierung über Zusatzweiterbildungen oder die Übernahme von Führungs- und Leitungsverantwortung in der Pflege. Für solche Profile müssen u.a. die tariflichen Rahmenbedingungen verbessert werden.

- **Zuwanderung von Fachkräften fördern:** Bereits heute werben deutsche Krankenhäuser insbesondere in der Pflege Fachkräfte aus dem Ausland an. Der Bedarf hierfür wird absehbar größer werden. Dies sollte politisch unterstützt und begleitet werden, damit dadurch kein Brain Drain in den Herkunftsländern erzeugt wird und die erforderlichen sprachlichen und fachlichen Zusatzqualifikationen möglichst effektiv erworben werden können. Auch sollten Einrichtungen unterstützt werden, die sich darum kümmern, dass ausländische Fachkräfte in Deutschland möglichst schnell nicht nur beruflich sondern auch sozial integriert werden.
- **Gute Arbeitsbedingungen fördern:** Hierzu gehört, insbesondere Überlastungssituationen zu vermeiden. Dies bedingt eine adäquate Personalausstattung. Empirische Untersuchungen legen nahe, dass es zwischen den Krankenhäusern große Unterschiede hinsichtlich der Personalausstattung in der Pflege gibt. Dies geht so weit, dass aus einzelnen Krankenhäusern weit unterdurchschnittliche und im Einzelfall wohl auch unzureichende Besetzungssituationen berichtet werden. Das hat – gepaart mit entsprechenden Berichten aus der Altenpflege – zu einer sehr negativen öffentlichen Wahrnehmung des Krankenpflegeberufs geführt, die in dieser Dimension nicht gerechtfertigt ist, aber die Nachwuchsgewinnung massiv erschwert. Auch deshalb müssen dringend Maßnahmen zur Absicherung einer adäquaten Personalausstattung ergriffen werden, um unzumutbare Besetzungssituationen in einzelnen Krankenhäusern künftig zu verhindern.

Inwieweit greift der Koalitionsvertrag diese Punkte auf? Angekündigt wird eine „Konzertierte Aktion Pflege“. Die soll eine „Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für Beschäftigte sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften“ beinhalten.

Auch bei den Arbeitsbedingungen will die Koalition ansetzen. Hierzu sol-

len die bereits heute gesetzlich für die Pflege im Krankenhaus vorgesehenen Mindestbesetzungsvorgaben verschärft werden. Während bisher nur für sogenannte „pflegesensitive“ Bereiche Vorgaben geplant sind, soll dies künftig für die gesamte Pflege im Krankenhaus gelten.

Solche Pflegepersonaluntergrenzen wirken allerdings nur, wenn das Unterschreiten wirkungsvoll kontrolliert wird und zu spürbaren Konsequenzen führt. Im Gegenzug muss allerdings der aus der Unterfinanzierung seitens der Länder resultierende Druck von den Krankenhäusern genommen werden, Investitionsmittel selbst zu erwirtschaften. Eine spürbare Anhebung der Investitionsfinanzierung ist deshalb auch unter diesem Gesichtspunkt geboten, findet sich aber nicht im Koalitionsvertrag.

Grundsätzlich sollte man ohnehin mit Regulierungsinstrumenten im Bereich der Personalbemessung sehr vorsichtig sein. Denn die Organisationsfreiheit des Krankenhauses ist ein hohes Gut. Sie ist u.a. die Voraussetzung dafür, durch Anpassungen von Personalkonzepten schnell und flexibel auf veränderte Anforderungen infolge des medizinischen Fortschritts oder der Demografie reagieren zu können. Beschneidet man diese Möglichkeiten durch zu kleinteilige externe Vorgaben, dann provoziert das Ineffizienz und die Fehlallokation knapper Fachkräfte. Forderungen nach einer Rückkehr zur 1996 kurz nach ihrer Einführung wieder abgeschafften Pflege-Personalregelung (PPR) oder vergleichbaren Instrumenten ist daher eine klare Absage zu erteilen.

Flächendeckende Personaluntergrenzen sind inhaltlich nicht weit davon entfernt. Nicht umsonst wird von interessierter Seite gerade mit Vehemenz daran gearbeitet, die gesetzliche Regelung zu den Personaluntergrenzen umzudeuten zu einem Regelungsauftrag für die Personalbemessung. Es bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber hier standhaft bleibt und am ursprünglichen Regelungsziel festhält, nämlich deutlich unter dem allgemeinen Standard liegende Personalbesetzungen in einzelnen Krankenhäusern zu verhindern.

Ähnlich sensibel ist die Frage, wie der Pflegeaufwand in Krankenhäusern künftig finanziert werden soll. Der Koalitionsvertrag sieht hierzu – für alle Experten völlig überraschend – vor, diese Kosten aus den Fallpauschalen-Vergütungen auszugliedern. Stattdessen soll die Vergütung am krankenhausindividuellen Pflegeperso-

nalbedarf ansetzen. Zudem sollen Tarifsteigerungen – für das gesamte Personal – künftig vollständig refinanziert werden.

Um diese Passagen des Koalitionsvertrags ist ein heftiger Deutungsstreit entbrannt. Nicht wenige Fachleute lesen dies als die Ankündigung der Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip. Demnach könnte das einzelne Krankenhaus seine Pflegebesetzung frei festlegen und bekäme den Aufwand refinanziert. Auch „Wohltaten“ in den Tarifverhandlungen wären grenzenlos zu Lasten Dritter, nämlich der Versicherungsgemeinschaft, denkbar.

So verlockend das aus Krankenhaus-sicht ist, so klar ist auch, dass die Krankenkassen das nicht akzeptieren können. Darüber hinaus ist schwer vorstellbar, wie die Selbstkostendeckung für den Pflegepersonalaufwand mit einem Fallpauschalsystem für die restlichen Krankenhauskosten in Einklang gebracht werden soll. Es stellen sich schwierige Abgrenzungsfragen, und es droht zusätzliche Bürokratie.

Zu begrüßen ist in jedem Fall, dass die Koalitionäre einen Diskurs um Verbesserungen im System der Krankenhaus- und besonders der Pflegefinanzierung eröffnet haben.

Insgesamt zeigen aber die vorangegangenen Ausführungen, dass auch im Bereich der Fachkräftesicherung ein schlüssiges Gesamtkonzept erforderlich ist. Vermieden werden sollten politisch möglicherweise opportune, das Ziel aber verfehlende Schnellschüsse in Form von unsystematischen Einzelmaßnahmen. Abzuwägen ist insbesondere, ob umfassende Pflegepersonaluntergrenzen und Ausgliederung der Pflegevergütung als Eingriffe in die Organisationshoheit der Krankenhäuser und Krankenhausfinanzierung mehr Risiken als Chancen beinhalten. Eine umfassende Evaluation aller schon heute bestehenden Instrumente zur Pflegeförderung würde für ein wirkungsvolles Gesamtkonzept wichtigen Input liefern. Denn nur auf Basis einer solchen Evaluation kann die Zielkonformität weiterer Reformen, die von der „Konzertierte Aktion Pflege“ zu erwarten sind, beurteilt werden. Bei alledem gilt das eingangs Gesagte: Schnelle Lösungen gibt es nicht und sollten auch nicht versprochen werden!

## Umgang mit Innovationen

Eine dritte Groß- und Dauerbaustelle in der Krankenhausregulierung ist der Umgang mit Innovationen. Damit sind nicht

nur sogenannte Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemeint, sondern auch innovative Versorgungsmodelle, etwa an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor, die in den einschlägigen Finanzierungs-, Zulassungs- und sonstigen Regularien nicht vernünftig unterzubringen sind.

Unter anderem für die Förderung solcher innovativer Versorgungsmodelle wurde in der letzten Legislaturperiode der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss zunächst befristet geschaffen. Dieser Fonds soll nun über das Jahr 2019 hinaus fortgeführt und mit 200 Mio. Euro Budget pro Jahr versehen werden. Da die Prüfung des Erfolgs des Innovationsfonds nach dieser kurzen Laufzeit methodisch problematisch ist, ist diese Verlängerung unter dem Gesichtspunkt der notwendigen Evaluation folgerichtig.

Unabhängig davon haben aber die letzten fünfzehn Jahre eines sehr deutlich gezeigt: Der selektivvertragliche Kassenvettbewerb hat nicht den notwendigen

das BMG ergänzend und neben dem Innovationsfonds besetzen will. Eine Großbaustelle ist die Digitalisierung, wobei auch im Innovationsfonds viele Projekte mit Digitalisierungsaspekten anzutreffen sind. Dennoch besteht bei diesem Thema auf Bundesebene ein großes Potenzial für sinnvolle Projektförderung, etwa im Bereich digitaler Fall- bzw. Patientenakten.

Hinsichtlich der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) besteht nicht zuletzt aufgrund fortgesetzter Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nach wie vor grundsätzlicher politischer Handlungsbedarf. Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass NUB künftig „schneller in die Regelversorgung gelangen“ sollen. Dazu sollen die Verfahren im G-BA beschleunigt werden, „indem der Aufgabenkatalog und die Ablaufstrukturen gestrafft werden“.

Letzteres ist zweifellos sinnvoll, solange dabei die notwendige Berücksichtigung von Patientensicherheitsinteressen nicht auf der Strecke bleibt. Ziel sollte nämlich nicht sein, dass NUB möglichst schnell in die Regelversorgung und damit in die Fläche gehen. Denn dann würde es sehr schwierig, diese NUB noch hinsichtlich ihres Patientennutzens zu evaluieren. Dagegen wäre es sinnvoll, den Patienten NUB künftig möglichst schnell in qualitätsgesicherten und wissenschaftlich ausgewiesenen Innovationszentren im für die Versorgung notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen. Diese Innovationszentren sollten einen gesicherten Anspruch auf eine zeitnahe Refinanzierung der NUB haben und im Gegenzug verpflichtet sein, die NUB schnellstmöglich hinsichtlich ihres Nutzens für die Patientenversorgung zu evaluieren.

novationszentren im für die Versorgung notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen. Diese Innovationszentren sollten einen gesicherten Anspruch auf eine zeitnahe Refinanzierung der NUB haben und im Gegenzug verpflichtet sein, die NUB schnellstmöglich hinsichtlich ihres Nutzens für die Patientenversorgung zu evaluieren.

**Zusammenfassung**

Der Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung ist nach wie vor erheblich und der Koalitionsvertrag liefert relevante Anregungen dafür. Die wirkliche Herausforderung ist es nun, nicht Einzelthemen Punkt für Punkt abzuarbeiten, sondern vielmehr auf Basis eines zu entwickelnden Zielmodells die Regelungen miteinander zu verbinden. Dies ist federführend vom Gesundheitsministerium zu initiieren und dafür sollten sich die Koalitionäre

die notwendige Zeit nehmen, wobei auch die Länder und die Selbstverwaltung für eine erfolgreiche Umsetzung gewonnen werden müssen. ■

**Die Herausforderung ist es, nicht Einzelthemen abzuarbeiten, sondern auf Basis eines zu entwickelnden Zielmodells die Regelungen miteinander zu verbinden.**

Schub für die innovative Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen gebracht. Das liegt sicher zum einem Gutteil an den sperrigen Rahmenbedingungen für innovative Versorgungsformen im Kassenvettbewerb. So wurde schon vielfach gerügt, dass neue Versorgungsformen immer unter Verdacht stehen, dass sie qualitativ minderwertig sind und die Standardversorgung den Qualitätsbeweis nicht erbringen muss. Außerdem sind Einschreibemodelle und fehlende Steuerungsoptionen relevante Hemmschuhe für einen kreativen Versorgungswettbewerb. Dennoch: Neue Wege zur Innovationsförderung waren nötig. Ob der Innovationsfonds die Lücke schließen kann bleibt abzuwarten.

Interessant ist, dass gemäß Koalitionsvertrag „eigene Modellprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit“ (BMG) ermöglicht werden sollen. Hier darf man gespannt sein, welche Themen



**SYRISCHE KINDER IN NOT. BITTE HELFEN SIE.**

**Bitte spenden Sie:**

IBAN: DE 93 37050198  
0000 0440 40  
BIC: COLSDE33

[www.care.de](http://www.care.de)

