

Positionen zur Bundestagswahl 2021



**Menschlich. Innovativ.
Freigemeinnützig.**

Die katholischen Krankenhäuser in Deutschland

www.kkvd.de





Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Menschlich. Innovativ. Freigemeinnützig.

kkvd Positionen zur Bundestagswahl 2021

Nach der Bundestagswahl am 26. September 2021 sind entscheidende Weichenstellungen für die Gesundheitsversorgung zu erwarten. Die finanziellen Kosten der Pandemiebekämpfung werden den Handlungsspielraum der öffentlichen Kassen deutlich schmälern. Zudem steht das Gesundheitswesen seit vielen Jahren unter einem enormen Reformdruck, der sich im Krankenhausbereich in einem unregelmäßigen Strukturwandel entlädt.

Reformen sind nötig, aber sie müssen sich an der Sicherung der Daseinsvorsorge orientieren. Die Menschen haben Anspruch auf gleichwertige Lebensverhältnisse und den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrem Wohnort. Dies zu gewährleisten, ist der gemeinsame Auftrag von Politik und Gesundheitswesen.

Was ist uns eine gute Gesundheitsversorgung wert?

Wie sollen die Versorgungsstrukturen der Zukunft aussehen? Um darauf eine Antwort zu finden, müssen aus unserer Sicht weitere Fragen geklärt werden: Was ist unserer Gesellschaft eine gute Gesundheitsversorgung wert? Wie kann der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in erreichbarer Nähe flächendeckend gesichert werden? Was ist zu tun, damit mehr Menschen für Gesundheitsberufe gewonnen und mit attraktiveren Arbeitsbedingungen auch dauerhaft gehalten werden können? Auf diese und andere Fragen wird der neu gewählte Bundestag und die künftige Bun-

desregierung Antworten geben müssen. Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) macht mit diesem Positionspapier Vorschläge, welche Weichenstellungen aus der Praxiserfahrung der katholischen Krankenhäuser sinnvoll sind.

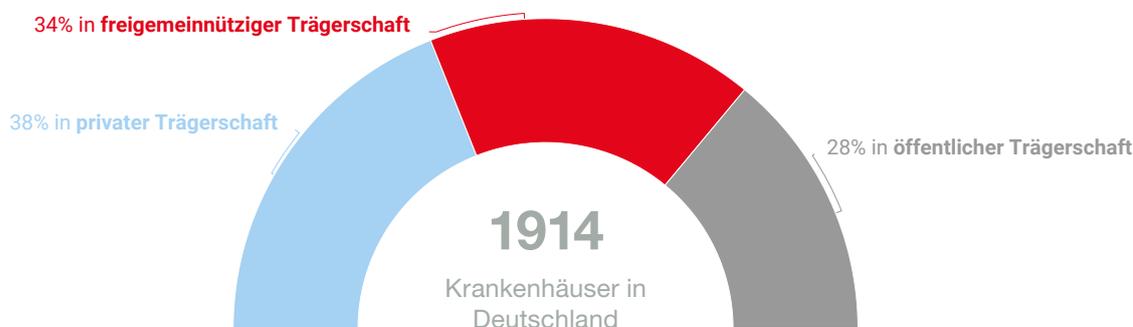
Der ganzheitlichen Sorge um den Menschen verpflichtet

Der kkvd vertritt 283 Krankenhäuser in katholischer Trägerschaft. Dies ist die größte Gruppe unter den freigemeinnützigen Kliniken in Deutschland. Insgesamt werden 645 Häuser und damit ein Drittel der deutschen Krankenhäuser freigemeinnützig getragen.

Das Wirken der katholischen Krankenhäuser stützt sich auf die Grundprinzipien der katholischen Soziallehre: Solidarität, Subsidiarität und Gemeinwohl. Die katholischen Krankenhäuser fühlen sich in besonderem Maße einer umfassenden, ganzheitlichen Sorge um den Menschen verpflichtet. Das christliche Menschenbild leitet ihr Handeln. Dies gilt am Anfang des Lebens bei der Geburtshilfe ebenso



283 katholische Krankenhäuser in Deutschland mit 88.000 aufgestellten Betten



162.960 Betten in freigemeinnützigen Krankenhäusern



Daten Kath. Krankenhäuser: kkvd Stand 05/2021 | Vergleichsdaten: Stat. Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2019 (2021)

wie an seinem Ende bei der palliativen Begleitung Sterbender. Die Wurzeln in der caritativen Arbeit der Pflegeorden sind ihnen Erbe und Verpflichtung zugleich.

Der Auftrag zur Bewahrung der Schöpfung für die nachgehenden Generationen leitet das Verständnis christlichen Unternehmertums und damit den bewussten Einsatz von Ressourcen unter Beachtung des Klimaschutzes.

Als freigemeinnützige Träger wirtschaften die katholischen Krankenhäuser nachhaltig und inno-

vativ. Viele katholische Träger stellen sich als christliche Komplexdienstleister den Anforderungen der Zeit. Sie bieten beispielsweise Leistungen für psychisch kranke Menschen und unterhalten Pflegeheime sowie ambulante Dienste.

Wir freuen uns, mit Ihnen über unsere Positionen zur Bundestagswahl 2021 ins Gespräch zu kommen. Sie finden unsere Kontaktdaten und Hinweise zum nächsten katholischen Krankenhaus in Ihrer Nähe am Ende dieses Papiers.

PFLEGE

Vereinbarungen umsetzen, Attraktivität steigern

Die Pflege liegt den katholischen Krankenhausträgern besonders am Herzen. Viele ihrer Häuser wurden von Pflegeorden gegründet. Diesen Wurzeln fühlen sie sich verpflichtet. Der Anspruch einer ganzheitlichen Sorge für den Menschen erstreckt sich neben den Patientinnen und Patienten auch auf die Mitarbeitenden. **Gerade bei den Arbeitsbedingungen in der Pflege sind weitere Verbesserungen überfällig. Dafür braucht es politische Rahmensetzungen.**

Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) hat in dieser Wahlperiode umfassende Vorschläge gemacht. Dazu gehört, dass die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte - genauso wie in den europäischen Nachbarländern - schnell

in der Regelversorgung Fuß fasst. Mit der generalistischen Pflegeausbildung wurde bereits ein wichtiger Schritt gegangen, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Insbesondere die Aus- und Weiterbildung sowie die Akademisierung müssen weiter ausgebaut und gestärkt werden.

An ihren Ausbildungsstätten geben die Krankenhäuser der nächsten Generation von Fachkräften eine solide und breit gefächerte Qualifizierung an die Hand. Die katholischen Krankenhäuser leisten hier einen wichtigen Beitrag. Um diese Aufgabe bestmöglich erfüllen zu können, müssen sowohl eine angemessene Vergütung der Auszubildenden als auch die Kosten der Ausbildungsstätte abgesichert und refinanziert werden.

Am Bedarf orientieren, Personal neu bemessen

Der Fachkräftemangel in der Pflege wird sich kurzfristig nicht auflösen lassen. Es droht, dass die außerordentlichen Belastungen der Corona-Pandemie mehr hoch engagierte Pflegekräfte dazu veranlasst, ihren Beruf zu wechseln. Die Personalsituation auf den Stationen bleibt damit weiter angespannt.

Es ist daher wichtig, den Einsatz des Pflegepersonals mit einem fundierten und praxistauglichen Instrument zu bemessen. Die derzeit geltenden Pflegepersonaluntergrenzen werden diesem Anspruch nicht gerecht. Sie sind starr, mit Bürokratie und hohem Organisationsaufwand verbunden und sie

führen im Alltag zu zusätzlichen Rückrufen aus dem Frei. **Eine gute Pflegepersonalbemessung muss sich stattdessen am tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten orientieren sowie eine wissenschaftliche Fundierung erhalten.**

Bis ein solches Instrument vorliegt, sollte übergangsweise das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft verdi im Auftrag der KAP vorgelegte Konzept „Pflegepersonal-Regelung 2.0“ (PPR 2.0) angewendet werden.

Daseinsvorsorge sichern, für die Menschen erreichbar bleiben

Lange Wege sind hohe Hürden. Wenn Menschen den Arztbesuch oder einen Krankenhausaufenthalt meiden, weil die Anfahrt für sie zu weit oder beschwerlich ist, dann gefährdet das ihre Gesundheit. Gibt es in ländlichen Regionen durch Praxissterben, Facharztmangel oder eine Krankenhausschließung weiße Flecken, sind die gesundheitliche Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensverhältnisse nicht mehr gesichert.

Krankenhäuser sind ein wichtiger Teil der sozialen Infrastruktur. Zudem sind sie vielerorts auch

als Arbeitgeber von großer Bedeutung. Ländliche Regionen dürfen nicht abgehängt werden. Gerade für ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten, die eingeschränkt mobil sind, müssen Krankenhäuser flächendeckend in erreichbarer Nähe verfügbar bleiben. Aber auch für junge Familien ist es wichtig, eine gute Gesundheitsversorgung in der Nähe zu wissen. **Konkret fordern wir, dass die Grund- und Regelversorgung für alle innerhalb einer Fahrtzeit von maximal 30 Minuten wohnortnah erreichbar ist.** Für speziellere und elektive Versorgungsangebote ist ein größerer Radius vertretbar.



Gemeinwohl fördern, freigemeinnützige Träger stärken

Die Kliniken in Deutschland befinden sich in öffentlicher, privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Jede Trägerform hat ihre eigenen Stärken. Für freigemeinnützige Einrichtungen gilt: Hier gehen nachhaltiges Wirtschaften und Patientenorientierung an vielen Orten Hand in Hand. Gleichzeitig werden innovative Versorgungskonzepte entwickelt und

vorangetrieben, auch wenn ihre Finanzierung noch nicht über die Regelversorgung gesichert ist. Ein Beispiel dafür war die Implementierung der Hospiz- und Palliativversorgung. Die freigemeinnützige Trägerschaft ist innovativ und ein Zukunftskonzept. **Daher ist es notwendig, die Trägervielfalt und freie Akteure zu stärken.**



Krisen meistern, Vorsorge treffen

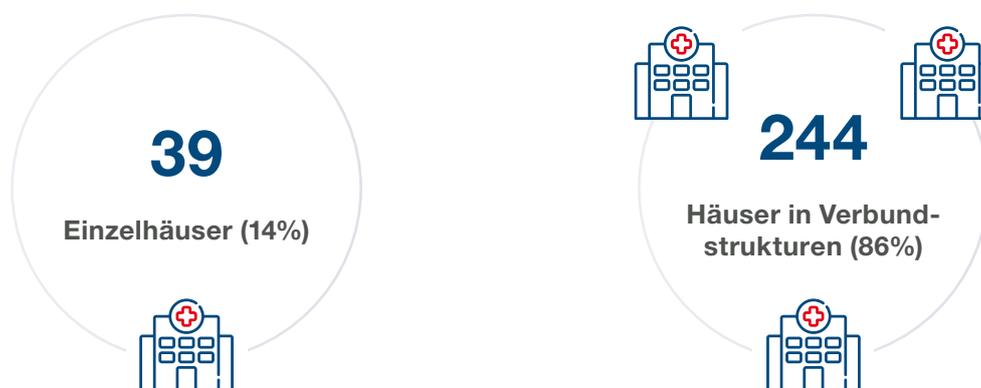
Die Corona-Pandemie ist ein besonderer Stressfaktor für das deutsche Gesundheitssystem. Immer wieder kommen Kliniken bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten an ihre Belastungsgrenze. Wo im Haus eine Infektionswelle ausbrach, mussten bisweilen Stationen oder ganze Krankenhäuser zeitweise geschlossen werden. Auch Kliniken der Schwerpunktversorgung waren davon betroffen. Dank der dezentralen Krankenhausstruktur in Deutschland standen immer Reservekapazitäten zur Verfügung. Dieser Vorteil darf nicht durch einen Kahlschlag in der Kliniklandschaft verspielt

werden. In Krisenzeiten sorgt ein ausgewogener Mix aus Häusern der Schwerpunkt- und Basisversorgung mit Ausweichressourcen dafür, die Struktur vor einer Überlastung zu bewahren. **Daher muss die dezentrale Krankenhausstruktur erhalten bleiben und vor Ort mit Ärzten, Apotheken, Rettungsdiensten und weiteren Gesundheitsakteuren intelligent vernetzt werden.** So ist Vorsorge getroffen und auch außerhalb von Krisen das Fundament für eine bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten gelegt.

Innovativ versorgen, regional planen

Der Versorgungsbedarf ist regional sehr unterschiedlich. Am grünen Tisch auf Bundesebene entwickelte und durchoptimierte Konzept werden dem nicht gerecht. Das zeigt sich beispielsweise bei der ambulanten Notfallversorgung. In den Regionen sind längst innovative Modelle entstanden, in denen niedergelassene Ärzte und örtliche Krankenhäuser eng zusammenarbeiten. Bundesweit einheitliche, starr vorgegebene Konzepte, bei-

spielsweise für „Integrierte Notfallzentren“, gefährden solche Erfolgsmodelle. Die Altersstruktur, die Verkehrsanbindung, das vorhandene Angebot an Gesundheitsdienstleistungen unterscheiden sich von Region zu Region. **Daher muss die Planung auch zukünftig durch die Länder erfolgen.** Subsidiarität ist ein bewährtes Prinzip. Bei allem im Mittelpunkt sollten die Menschen und ihr Versorgungsbedarf stehen.



Intelligent umstrukturieren, Kosten sparen

Muss die Krankenhauslandschaft der Zukunft perfekt rationalisiert und daher hochgradig zentralisiert sein? Das behaupten zumindest manche Studien. Sie schlagen eine Halbierung der Krankenhausstandorte vor.

Doch ein solcher Strukturwandel, vergleichbar zu Dänemark, würde laut RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Neuinvestitionen von geschätzt 80 Milliarden Euro erfordern. Dies entspricht im Volumen dem jährlichen Gesamtbudget der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Krankenhausversorgung in Deutschland. Zusätzliches Geld, das es derzeit nicht gibt.

Übersteigertes Effizienzstreben und Marktlogik dürfen nicht wichtiger werden als Patientenorientierung und die Sicherung der Daseinsvorsorge vor Ort. Nicht jeder Klinikstandort wird in zehn Jahren noch gebraucht, doch einen Kahlschlag in der stationären Versorgungsstruktur lehnen wir ab. **Auch in einem Netzwerk mehrerer Kliniken ist Spe-**

zialisierung möglich, wenn sich jedes Haus in seinem Leistungsprofil darauf konzentriert, was es besonders gut kann. Das Motto heißt: „Stärken stärken“. So wird gute Behandlungsqualität auch durch Schwerpunktbildung in dezentralen Strukturen erreicht. Gleichzeitig werden Doppelkapazitäten reduziert, der Umbau von Strukturen verläuft organisch und kommt ohne teure Investitionen in neue Zentraleinheiten aus. Das fördert zudem auch menschliche Nähe, Zuwendung und Kommunikation im Team sowie gegenüber den Patientinnen und Patienten.

Gut aufgestellte wohnortnahe Krankenhäuser fallen in punkto Effizienz und Qualität nicht hinter Maximalversorgern zurück, wenn sie sich an einer Schwerpunktbildung in dezentralen Strukturen beteiligen. Die katholischen Krankenhäuser gehen daher bereits vielerorts den Weg der Zusammenarbeit in Netzwerken und leistungsstarken Verbänden. So kann ein Strukturwandel gelingen, bei dem die Nähe zu den Menschen nicht verloren geht.

Fallpauschalen reformieren, Vorhaltekosten erstatten

Es ist politischer Wille, dass der Wettbewerb um hohe Qualität die Krankenhausversorgung bestimmt. Doch in der Praxis steht aufgrund der heutigen Krankenhausfinanzierung viel zu oft der Wettbewerb um Fallzahlen und Mehreinnahmen im Fokus. Das liegt insbesondere daran, dass die Länder dringend benötigte Investitionsmittel zurückhalten.

So sind Kliniken gezwungen, notwendige Investitionen aus ihren Einnahmen zu finanzieren. Gerade in ländlichen Regionen, wo die Zahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten geringer ist, geraten Krankenhäuser dann schnell in Existenznöte. Das System der Krankenhausfinanzierung muss daher

reformiert werden. Neben den diagnosebezogenen Fallpauschalen und den Investitionsmitteln der Länder ist ein weiteres Element notwendig. **Um langfristig eine flächendeckende Grundversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, sollten fallzahlenunabhängige Basis-Pauschalen für die Vorhaltung von Infrastruktur und Personal ergänzt werden – überall dort, wo sie für die Versorgung der Menschen bedarfsnotwendig sind.** Auch sind Kriterien nötig, die hohe Qualität in der Versorgung definieren und so sinnvolle Anreize im Finanzierungssystem setzen. Zudem müssen die Länder ihrer Verpflichtung zur Finanzierung von Investitionen nachkommen.

Digitalisierung vorantreiben, Finanzierung verstetigen

Die Pandemie hat schonungslos offengelegt, dass im Gesundheitswesen großer Aufholbedarf bei der Digitalisierung besteht. Auch im Klinikalltag hat die Digitalisierung längst noch nicht breit Fuß gefasst. Mit dem Förderprogramm des Krankenhauszukunftsgesetzes wurde ein erster Schritt zur Anschubfinanzierung gemacht. Doch es darf nicht nur auf Leuchtturmprojekte gesetzt werden. **Digitalisierung muss in der Fläche ankommen und eine solide Infrastruktur erhalten. Dafür ist eine langfristige Finanzierung notwendig.** Das kann

beispielsweise durch einen Zuschlag von zwei Prozent auf alle Krankenhausrechnungen als Teil der Regelfinanzierung geschehen. Mehr Digitalisierung bietet große Potenziale.

So können auch die ambulanten und stationären Leistungserbringer zum Nutzen der Patientinnen und Patienten enger vernetzt werden. Und sie hilft dabei, die heute ausufernde Bürokratie im Klinikalltag zu reduzieren.

Sektorengrenzen überwinden, ambulante Versorgung vernetzen

Die starren Sektorengrenzen zwischen „ambulant“ und „stationär“ müssen endlich überwunden werden. Sie produzieren zu viel Reibung auf Kosten einer bestmöglichen Behandlung, beispielsweise bei der Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung. Zudem sind viele Regionen aufgrund von Praxissterben und Facharztmangel unterversorgt. Patientinnen und Patienten müssen lange warten oder weite Wege auf sich nehmen, um einen Arzttermin zu bekommen. Hier können Krankenhäuser Abhilfe schaffen.

Wo Unterversorgung herrscht, könnten Kliniken im engen Zusammenspiel mit den anderen örtlichen Leistungserbringern mit der regionalen Sicherstellung der medizinischen Versorgung beauftragt werden. Ihre multiprofessionellen Teams und ihr interdisziplinäres Leistungsangebot bieten eine ganzheitliche Diagnostik und Versorgung der kurzen Wege. Auch darüber hinaus können Kliniken in regional abgestimmten Versor-

gungsnetzwerken künftig vermehrt ambulante Leistungen übernehmen. Dafür sind jedoch gesetzliche Veränderungen und eine angepasste Finanzierung notwendig. Konkret schlagen wir vor, „tagesstationäre Leistungen“ in die Krankenhausfinanzierung einzuführen, die mit einem um den Übernachtungsanteil reduzierten DRG-Tagessatz vergütet werden. Langfristig ist denkbar, Regionalbudgets zu bilden, aus denen die vor Ort bedarfsnotwendigen Ressourcen finanziert werden.

Auch die Schnittstellen zwischen den Sektoren „akut“, „rehabilitativ“ und „pflegerisch“ müssen neu gedacht werden. So ist es dringend notwendig, ein ergänzendes Angebot der Übergangspflege für Patientinnen und Patienten zu schaffen, die nicht weiter krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, aber mangels passender Anschlussversorgung oder ohne stabiles soziales Netz nicht fristgerecht aus dem Krankenhaus entlassen werden können.



Versorgung regional gestalten, Fusionen unterstützen

Für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsstrukturen sind mehr Zusammenschlüsse und Kooperationen von Krankenhäusern erforderlich. In der Vergangenheit scheiterten Klinikfusionen allzu oft am Kartellrecht. Nun wurde für Kliniken eine Ausnahmeregelung bei der Fusionskontrolle gesetzlich verankert. Doch das greift zu kurz, denn sie gilt nur für Zusammenschlüsse, die über den Krankenhausstrukturfonds gefördert werden. Seit der Einführung des Strukturfonds übersteigen die Förderanträge jedoch die zur Verfügung stehenden Mittel, so dass viele gesundheitspolitisch gewollte

und auch grundsätzlich förderungsfähige Vorhaben nicht in den Anwendungsbereich der Ausnahme kommen.

Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern liegt bei den Bundesländern. Über ihre Krankenhausplanung werden die notwendigen Entscheidungen zur Ausgestaltung guter Krankenhausstrukturen verbindlich getroffen. Diesen Entscheidungen sollten künftig kartellrechtliche Erwägungen nicht entgegenstehen dürfen.

PSYCHIATRIE

Moderne Behandlungskonzepte fördern, Bürokratie abbauen

Seit 2020 gelten für die Psychiatrie und Psychosomatik neue Mindestvorgaben für den Personaleinsatz. Grundlage dafür ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL). Problematisch ist, dass moderne Versorgungskonzepte wie stations- oder sektorenübergreifende Therapien in dieser Regelung nicht abgebildet sind.

Gleichzeitig führt sie zu einem hohen bürokratischen Dokumentationsaufwand und zu einschneidenden Sanktionen, wenn diese Mindestvorgaben nicht eingehalten werden. Die Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Bedarfen werden durch die PPP-RL in den Hintergrund gedrängt. **Daher ist es notwendig, die Mindestpersonal-**

vorgaben in der Psychiatrie und Psychosomatik grundlegend zu überarbeiten. Sie müssen durch eine neue, flexiblere Regelung ersetzt werden. Wichtig ist, dass der individuelle Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt steht, sich die Personalplanung daran orientiert und moderne Versorgungskonzepte mit einem entsprechenden Qualifikationsmix berücksichtigt werden. Zudem sind Sanktionen bei Nichteinhaltung so auszugestalten, dass sie in einem nachvollziehbaren Verhältnis zum Verstoß stehen.

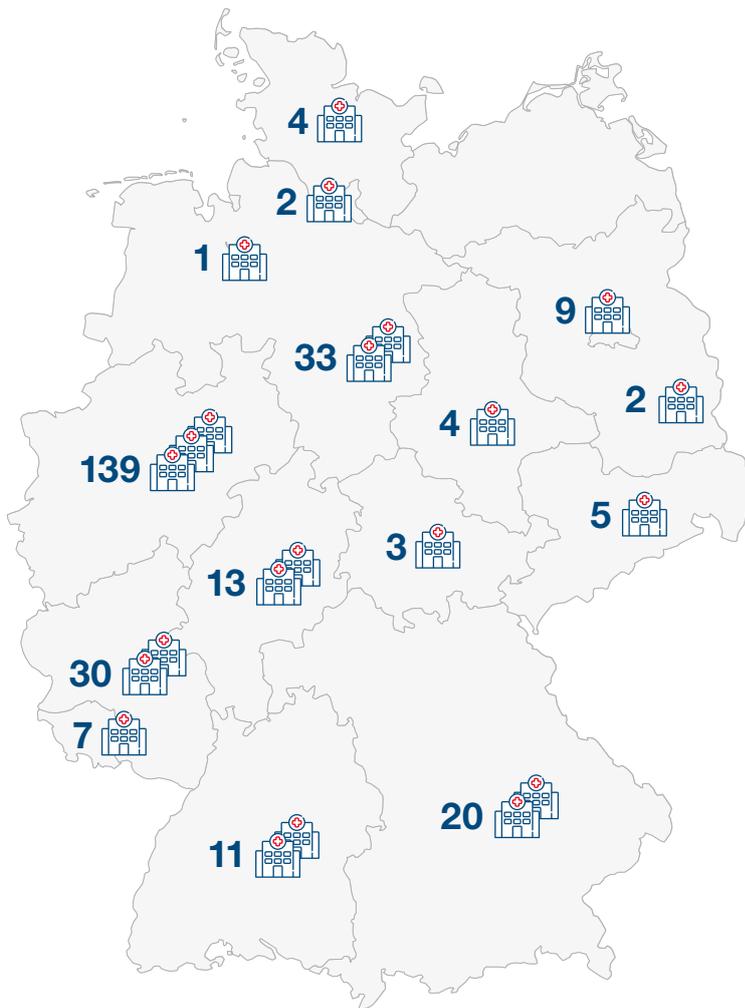
Derzeit ist eine Streichung der kompletten Quartalsvergütung als Sanktionsmittel vorgesehen. Das kann Kliniken schnell in Existenzgefahr bringen.

REHA

Tariflöhne anerkennen, Investitionen finanzieren

Die medizinische Rehabilitation ermöglicht chronisch kranken oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen, weiter am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Diese wichtige Aufgabe erfüllen multiprofessionelle Teams in den Reha-Einrichtungen. Dafür haben sie einen Anspruch auf faire Löhne. **Es ist daher unerlässlich, dass für die Reha-Einrichtungen künftig Personalkosten auf Tarifniveau refinanziert werden.** Auch müssen mehr Mittel für notwendige

Investitionen in die bauliche sowie digitale Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden. Außerdem setzen wir uns dafür ein, das Wahlrecht der Versicherten für eine Reha-Einrichtung zu stärken. Die souveräne Entscheidung einer Patientin für eine qualifizierte Einrichtung darf nicht dadurch unterlaufen werden, dass die Krankenkassen sie ausschließlich zur Kosteneinsparung einem anderen Reha-Anbieter zuweist.



283 katholische Krankenhäuser in Deutschland

Sie möchten mit uns über diese Positionen ins Gespräch kommen? Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) und die katholischen Krankenhäuser vor Ort stehen dafür gerne bereit. Nehmen Sie Kontakt mit uns auf.

Mehr Informationen, Ansprechpersonen sowie Adressen finden Sie auf der Internetseite www.kkvd.de

Impressum

Herausgeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Verantwortlich: Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin (Sprecherin)
Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin
Telefon: 030-2408368-11
E-Mail: kkvd@caritas.de

www.kkvd.de/impressum

