



Prioritäten der Gesundheitspolitik: Patienten, Personal, Gemeinwohl

Es bedarf entschlossener Schritte, damit unser Gesundheitssystem auch künftig die bestmögliche Versorgung bieten kann. Dabei geht es darum, dem Vertrauen der Menschen gerecht zu werden, dass sie im Krankheitsfall die Versorgung erhalten, die sie benötigen. Der Gefahr, dass Patienten nur noch als Kostenfaktor oder Erlösbringer angesehen werden, muss überzeugend begegnet werden. Kranke Menschen sind auf professionelle Hilfe und menschliche Zuwendung angewiesen – daran dürfen keine Abstriche gemacht werden. Anhaltender Kostendruck und Wettbewerb jedoch erschweren es Ärzten und Pflegenden, ihren Beruf im Einklang mit den ethischen und professionellen Standards auszuüben, denen sie sich verpflichtet wissen. Vor diesem Hintergrund formulieren die Verbände der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland Positionen zur Bundestagswahl 2017: Patienten, Personal und Gemeinwohl müssen für die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode Priorität haben.

Zuwendungsgeprägte und bedarfsgerechte Versorgung, auch von dementen und anderen vulnerablen Patienten ermöglichen

Ausreichende Personalausstattung und gute Arbeitsbedingungen ermöglichen, dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen

Ökonomie und Qualitätsverständnis am Patienten- und Gemeinwohl neu ausrichten

Fokus Patient:

Zuwendung professionell und menschlich | Vulnerable Patienten | Ambulante Notfallversorgung

Die christlichen Krankenhäuser in Deutschland stehen für eine von umfassender professioneller und menschlicher Zuwendung geprägte Krankenhausbehandlung. Besonderes Augenmerk richten wir auf die bedarfsgerechte, sensible Behandlung der wachsenden Zahl vulnerabler Patienten – etwa demenziell erkrankte und hochbetagte Menschen, Sterbende, Kinder und Menschen mit Behinderungen. Wir erwarten von der Politik Rahmenbedingungen, die eine am individuellen Hilfebedarf aller Patienten, einschließlich der vulnerablen Patientengruppen, ausgerichtete Versorgung auch künftig ermöglichen.

Der anhaltende Zwang zu ständiger Kostensenkung und Rationalisierung birgt in sich die Gefahr, dass die Versorgungsprozesse im Krankenhaus immer stärker analog industrieller Fertigungsprozesse strukturiert werden. Für Zuwendung zu und Kommunikation mit den Kranken bleibt immer weniger Raum. Gerade dies aber sind für den Behandlungserfolg wesentliche Faktoren. Das Patientenwohl tritt als oberstes Leitkriterium zurück hinter ökonomischen Erfolgskriterien und Steuergrößen. Insbesondere vulnerable Patientengruppen, die den Effizienzanforderungen eines vorwiegend ökonomisch gesteuerten Systems nicht nachkommen können, werden unter diesen Umständen nicht optimal versorgt. Gerade die Versorgung alter und dementer Patienten stellt im Zuge der demografischen Entwicklung eine immer größere Herausforderung dar. Kliniken müssen ihre Strukturen und Prozesse darauf einstellen und brauchen dazu Unterstützung. Um patientenorientierte, bruchlose Behandlungsketten über die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren hinweg zu ermöglichen, bedarf es weiterer Maßnahmen, damit sich Krankenhäuser noch besser mit dem ambulanten Sektor verzahnen können. In diesen Zusammenhang fällt auch die ungelöste Problematik der unzureichend finanzierten ambulanten Notfallversorgung der Krankenhäuser. Ungeachtet geltender ordnungspolitischer Konzepte und Zuständigkeiten werden Kliniken von der Bevölkerung im Notfall bevorzugt aufgesucht und in Anspruch genommen.

01

Zuwendungsgeprägte und bedarfsgerechte Versorgung, auch von dementen und anderen vulnerablen Patienten, ermöglichen

Zuwendung professionell und menschlich

Die Behandlung von Patienten ist ihrem Wesen nach ein personaler und sozialer Beziehungs- und Kommunikationsprozess. Ärzte, Pflegende und Angehörige der weiteren Berufsgruppen wollen Fachlichkeit und menschliche Zuwendung in ihrer Arbeit miteinander verbinden und ihre soziale und menschliche Kompetenz einbringen. Dazu benötigen sie Rahmenbedingungen, die dafür Raum und Zeit eröffnen. Hierfür sind höhere Investitionen vor allem in die baulich-räumliche sowie in die technische, speziell die digitale Infrastruktur der Kliniken erforderlich. Dies würde bei gleichbleibender oder sogar erhöhter Informationsdichte zu verbesserten Abläufen und höherer Patientensicherheit führen. Mangelnde Investitionsmittel und ein anhaltend hoher Rationalisierungsdruck, der möglichst knappe Personalbesetzungen erzwingt, stehen dem entgegen.

Vulnerable Patienten

Der Anteil immer älterer sowie von unterschiedlich ausgeprägter Demenz betroffener Patienten steigt kontinuierlich. Um deren spezifischem Behandlungs- und Betreuungsbedarf gerecht zu werden, müssen klinische Strukturen und Prozesse demenzsensibel weiterentwickelt werden. Die dafür benötigten Mittel müssen im Rahmen der Regelfinanzierung zur Verfügung gestellt werden. Das ist auch erforderlich im Blick auf den erhöhten Behandlungs- und Zuwendungsaufwand für weitere vulnerable Patientengruppen, z.B. Menschen mit geistigen und schweren mehrfachen Behinderungen. Grundsätzlich sind Investitionen für eine verbesserte Versorgung vulnerabler Patienten notwendig, um die klinischen Strukturen und Prozesse an deren besondere Bedarfe anzupassen. Sinnvolle Maßnahmen in dieser Hinsicht wären z.B. die Etablierung von sogenannten Demenzlotsen, räumliche Strukturanpassungen oder auch die Mitaufnahme einer Bezugsperson bei demenziell Erkrankten.

Ambulante Notfallversorgung

In ländlichen Regionen wie in Ballungsräumen ist die ambulante Notfallversorgung ohne Krankenhäuser nicht sicherzustellen. Patienten suchen im Notfall Hilfe da, wo sie verlässlich und in hoher Qualität geboten wird, unabhängig von sektorenspezifischen Vergütungsregelungen und Zuständigkeiten. Das ist in Kliniken rund um die Uhr der Fall und muss auch in Zukunft flächendeckend und nicht nur an wenigen Zentren möglich sein. Kliniken sollen und wollen bei der Notfallversorgung gern mit niedergelassenen Ärzten zusammenarbeiten – aber ohne bürokratische Hürden und nicht auf eigene Kosten, sondern für eine sachgerechte Vergütung, die auch die Vorhaltekosten berücksichtigt. Dafür sollte ein sektorenübergreifendes eigenständiges Budget zur Verfügung gestellt werden.

- **Rahmenbedingungen für umfassende professionelle und menschliche Zuwendung verbessern**
- **Besonderen Behandlungsaufwand, insbesondere für vulnerable Patientengruppen, sachgerecht vergüten**
- **Höhere Investitionsmittel für die baulich-räumliche und technische, speziell digitale Infrastruktur zur Verfügung stellen**
- **Förderung demenzsensibler Krankenhäuser im Rahmen der Regelfinanzierung vorsehen**
- **Sektorenübergreifendes eigenes Budget für die ambulante Notfallversorgung zur Verfügung stellen**

Fokus Personal:**Ausreichende Personalausstattung | Gute Arbeitsbedingungen |
Dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen**

Die christlichen Krankenhäuser in Deutschland legen größten Wert auf fachlich und menschlich hoch qualifizierte, motivierte Mitarbeitende, um ihre Patienten in bestmöglicher Qualität versorgen zu können. Denn Krankenbehandlung ist bei allem notwendigen Einsatz medizinischer und anderer Technik wesentlich auf direkte Kommunikation und Zuwendung angewiesen. Deshalb erwarten wir von der Politik Maßnahmen und Rahmenbedingungen, die dem Fachkräftemangel in Medizin und Pflege wirkungsvoll begegnen und gute Arbeitsbedingungen sowie eine ausreichende und verlässliche personelle Besetzung ermöglichen. Die Träger christlicher Krankenhäuser engagieren sich seit jeher für die Ausbildung, sowohl im ärztlichen als auch besonders im Bereich der Pflegeberufe und wollen auch zukünftig ihrem Ausbildungsauftrag gerecht werden.

Die anhaltende Sparpolitik und der ständig verschärfte Rationalisierungsdruck führten zwangsläufig dazu, dass Kliniken mit möglichst wenig Personal auskommen müssen. Der leichte Anstieg der Beschäftigtenzahlen in den letzten Jahren konnte die resultierende Arbeitsverdichtung, vor allem in der Pflege, jedoch nicht kompensieren. Um die Sicherheit der Patienten und die Gesundheit der Beschäftigten nicht zu gefährden, bedarf es wirksamer Maßnahmen zu deren Entlastung. Entsprechend verbesserte Arbeitsbedingungen wären im Blick auf den verschärften Wettbewerb um Nachwuchsfachkräfte auch ein wichtiger Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe. Die jetzt vorgesehene gesetzliche Einführung von Personaluntergrenzen in besonders sensiblen Bereichen soll eine nachhaltige Verbesserung der Situation bewirken. Sie birgt jedoch die Gefahr, vorschnell letztlich nicht tragfähige Lösungen auf den Weg zu bringen. Insbesondere starre oder pauschale Vorgaben würden abhängig vom Standort variierenden Größen wie z.B. Qualifikationsmix, bauliche Struktur, Substitution von Aufgaben, nicht gerecht werden. Unabhängig davon bedarf es einer konzertierten Aktion gegen den Fachkräftemangel in Medizin und Pflege: die deutliche Ausweitung der Studienplätze und Ausbildungskapazitäten, bundesweit einheitliche Regelungen und bürokratiearme Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und die Weiterentwicklung der Reform der Pflegeausbildung.

02

Ausreichende Personalausstattung und gute Arbeitsbedingungen ermöglichen, dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen

Ausreichende Personalausstattung

Eine ausreichende personelle Besetzung ist entscheidend für die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung. Die Einführung von Personaluntergrenzen für besonders sensible Bereiche löst die Probleme noch nicht. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels schaffen Vorgaben keine zusätzlichen Fachkräfte, sondern könnten den Mangel auch verschärfen. Wo sie nicht umgesetzt werden können, droht eine Einschränkung der Versorgung. Insbesondere starke oder pauschale Personalvorgaben werden den variierenden Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht. Dringend erforderlich ist die Entwicklung valider Personalbemessungsinstrumente, die den individuellen Pflegeaufwand, den Qualifikationsmix und die örtlichen Strukturen berücksichtigen. Eine ausreichende Personalausstattung erfordert eine verlässliche Refinanzierung der damit notwendig verbundenen Kosten. Das betrifft anfallende Zusatzkosten und die durch jährliche Tarifierhöhungen und strukturelle Veränderungen bedingten Personalkostensteigerungen.

Gute Arbeitsbedingungen

Neben anderen Faktoren ist nicht zuletzt die Personalausstattung auch für gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus entscheidend. Ärzte und Pflegenden müssen Gelegenheit haben, sich entsprechend ihren professionellen und ethischen Standards den Patienten zuwenden zu können. Dabei müssen sie selbst vor Überlastung geschützt werden, um die Sicherheit der Patienten sowie ihre eigene Gesundheit nicht zu gefährden. In Zeiten des Fachkräftemangels und des sich verschärfenden Wettbewerbs um Nachwuchskräfte ist eine ausreichende Personalausstattung auch wesentlich für ein positives Image der betreffenden Arbeitsfelder und Berufe. Gute Arbeitsbedingungen sind mit attraktiven beruflichen Perspektiven verbunden, sowohl für langjährig Beschäftigte als auch für Nachwuchskräfte. Die veränderten Anforderungen an die Versorgung in Kliniken erfordern zudem einen neuen, darauf abgestimmten Mix an Qualifikationen sowie die Entwicklung neuer Berufsbilder, etwa für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte.

Dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen

Unabhängig vom bereits bestehenden Fachkräftemangel, nicht zuletzt infolge der demografischen Entwicklung, steigt der Bedarf an Fachkräften in Medizin und Pflege. Eine deutliche Ausweitung der Studienplätze und Ausbildungskapazitäten in Humanmedizin und Pflege ist deshalb dringend erforderlich. Ebenso müssen die hohen bürokratischen Hürden für ausländische Fachkräfte im Blick auf die Berufsanerkennung abgebaut und bundeseinheitliche Gleichwertigkeits- und Sprachprüfungen eingeführt werden. Der Pflegebedarf übersteigt schon heute die Ausbildungsmöglichkeiten. Hier bieten die generalistische sowie die akademische Pflegeausbildung zukunftsfähige Perspektiven. Sie sollten unbedingt um eine zweijährige, für eine weitere Qualifizierung anschlussfähige, bundeseinheitlich geregelte und anerkannte Assistenz Ausbildung ergänzt werden. Nur auf diese Weise können jungen Menschen passend zu ihrer schulischen Vorbildung und ihren persönlichen Präferenzen attraktive Berufsperspektiven in der Pflege eröffnet werden.

- **Personalkostensteigerungen vollumfänglich refinanzieren**
- **Ausreichende Finanzierung der Ausbildung und der Ausbildungsstätten sicherstellen**
- **Pflegeassistenz bundesweit einheitlich regeln sowie berufsqualifizierend und anschlussfähig ausgestalten**
- **Studienkapazitäten in Humanmedizin und Pflege, einschließlich Pflegepädagogik, -management und -wissenschaft, wesentlich ausbauen**
- **Bundeseinheitliche Gleichwertigkeits- und Sprachprüfungen einführen und bürokratische Hürden bei der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse abbauen**

Fokus Gemeinwohl und Qualität:

Umfassendes Qualitätsverständnis | Trägerschaft und Gemeinwohlorientierung | Qualitätswettbewerb

Am Anfang steht die Begegnung mit dem kranken Menschen und nicht die Zahl. – Die christlichen Krankenhäuser in Deutschland sind selbst vielfach Vorreiter für Qualitätsorientierung und -sicherung, Patientensicherheit und Risikomanagement. Sie erwarten und unterstützen eine am Gemeinwohl und am Patientenwohl ausgerichtete Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung. Diese muss auf einem umfassenden Qualitätsverständnis basieren, das nicht nur die für die Patienten, sondern auch die für die Beschäftigten und die Gesellschaft relevanten Qualitätsaspekte umfasst. Vor allem darf sie nicht länger vorrangig an ökonomischen Steuergrößen ausgerichtet werden. Die Dominanz dieser Orientierung führt zum Verlust der Sensibilität für ein umfassendes Heilungsverständnis und bringt vor allem Ärzte und Pflegende in Konflikt mit ihrem professionellen Ethos.

Qualität ist mehr als statistische Datenauswertung im Dienst einer ökonomischen Steuerung der Gesundheitsversorgung. Diese ist nötig, muss aber am Maßstab des Patientenwohls und weiteren ethischen und sozialen Kriterien ausgerichtet werden. Qualität ist auch Ergebnis ethischer Reflexion und gelebter Werteorientierung. Die aktuelle Qualitätsdiskussion fokussiert einseitig und verkürzend auf medizinische Ergebnisqualität, sie blendet etwa die Indikations- und Prozessqualität aus. Dabei wird die Qualitätsorientierung in fragwürdiger Weise für Zwecke der Strukturveränderung instrumentalisiert. Qualitätsmängel müssen identifiziert werden – um sie abzustellen, nicht aber um einen Automatismus auszulösen, der zum Ausschluss aus der Versorgung führt. Bei der Bestimmung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sollten nicht nur medizinisch-pflegerische und ökonomische, sondern auch soziale und ethische Gesichtspunkte eine Rolle spielen. Versorgungsqualität sollte nicht nur bezogen auf den einzelnen Patienten, sondern auch unter Berücksichtigung regionaler und gesellschaftlicher Aspekte definiert und beurteilt werden. Mindestmengen sind in diesem Zusammenhang kein eindeutiger Qualitätsmaßstab. Nötig wäre eine klare Evidenz für den Zusammenhang zwischen Qualität und Zahl der erbrachten Leistungen. Kliniken, die Leistungen unterhalb einer Mindestmenge in nachweislich hoher Qualität erbringen, sollten diese auch weiterhin erbringen dürfen.

03

Ökonomie und Qualitätsverständnis am Patienten- und Gemeinwohl neu ausrichten

Umfassendes Qualitätsverständnis

Die Qualität eines Krankenhauses darf nicht ausschließlich nach den Behandlungsergebnissen beurteilt werden. Auch auf die Indikations- und Behandlungsqualität kommt es an. Wichtige weitere Aspekte sind die Umstände und Folgen der Leistungserbringung für die Beschäftigten und das Gemeinwohl: Wie nehmen Patienten selbst ihre Behandlung wahr? Wie sind die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten? Wie sieht der Beitrag der Klinik für die Gesundheitsversorgung vor Ort aus? Um die Entwicklung von Qualitätsindikatoren stärker an der Förderung einer ressourcen- und nicht defizitorientierten Versorgung zu orientieren, sollte der ICF (International Classification of Functioning) neben dem ICD (International Classification of Diseases) Anwendung finden. Dadurch würde Lebensqualität als wesentliches Kriterium für den Behandlungserfolg berücksichtigt werden. Zu einem umfassenden Qualitätsverständnis gehört auch die Berücksichtigung der religiös-spirituellen Dimension von Heilung. Dieser wird in christlichen Kliniken besondere Bedeutung beigemessen.

Trägerschaft und Gemeinwohlorientierung

Die Trägervielfalt gehört zu den Grundelementen unseres solidarisch finanzierten und subsidiär organisierten Gesundheitssystems. Dabei stehen gerade kirchliche, freigemeinnützige Träger für wesentliche Qualitätsaspekte: Ihnen geht es um bestmögliche, umfassende Hilfe für die Patienten, nicht um Gewinnerzielung und Ausschüttungen. Erwirtschaftete Überschüsse werden vollständig in die Verbesserung der Versorgung reinvestiert. Christliche Kliniken engagieren sich überdurchschnittlich für die Ausbildung, vor allem in den Pflegeberufen. Sie sind vielerorts Treiber von Versorgungsinnovationen und vernetzten Versorgungsstrukturen. Häufig erbringen sie Gesundheitsleistungen im Rahmen von Verbundstrukturen, organisiert entlang sektorenübergreifender Behandlungsketten. Sie sind Vorreiter für Qualitätssicherung, Patientensicherheit und umweltbewusstes Wirtschaften. Ihrer Orientierung am Gemeinwohl entspricht auch der besondere Einsatz für Palliativpatienten, Hochbetagte und Demenzt sowie Menschen mit Behinderungen.

Qualitätswettbewerb

Ein solidarisches, am Patientenwohl orientiertes Gesundheitssystem darf nicht nur ökonomische Effizienz fokussieren, sondern muss ganzheitliche Heilungsprozesse fördern. Nötig ist ein kontinuierlich geführter öffentlicher Diskurs über „gute Qualität“. Dessen Ziel kann nicht sein, die Versorgung auf weniger Krankenhäuser zu konzentrieren. Er muss vielmehr einen am Patienten- und Gemeinwohl orientierten Qualitätswettbewerb befördern. Dieser muss z.B. die besondere Qualität von Beziehungspflege und -medizin honorieren und sichern. Er muss eine Risikoselektion zu Lasten hochbetagter, multimorbider und anderer vulnerabler Patienten ausschließen und vielmehr dazu beitragen, dass diese eine hochwertige Versorgung erhalten. Das muss sich auch in der Qualitätsbeurteilung von Kliniken positiv niederschlagen. Qualitätsbeurteilungen – auch auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vorgaben – müssen die Versorgungsstrukturen vor Ort berücksichtigen. Im Blick darauf sind Qualitätssicherungsinstrumente wie der strukturierte Dialog oder Peer Reviews zu stärken.

- **Qualität auch unter professionsethischen, sozialen und gemeinwohlbezogenen Gesichtspunkten definieren**
- **Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Lebensqualität bezogene Kriterien berücksichtigen**
- **Vorgaben zur Strukturqualität verpflichtend an vorausgehende Folgenabschätzungen bzw. Auswirkungsanalysen koppeln**
- **Kliniken, die Leistungen unterhalb einer Mindestmenge in nachweislich hoher Qualität erbringen, sollten diese auch weiterhin erbringen dürfen.**
- **Qualitätswettbewerb fördern, der Beziehungsmedizin und -pflege stärkt und keine Anreize zu Risikoselektion setzt**

Über uns: Christliche Krankenhäuser in Deutschland – zukunftsweisend menschlich

Die christlichen Krankenhäuser leisten im Rahmen der Sicherstellung der staatlichen Daseinsvorsorge einen unverzichtbaren Beitrag zur Krankenhausversorgung in Deutschland. Mit 148.000 Betten, 285.000 Beschäftigten, 6 Mio. stationär und teilstationär sowie über 9,6 Mio. ambulant versorgten Patientinnen und Patienten tragen die Krankenhäuser in christlicher Trägerschaft zu einem Drittel der Krankenhausversorgung in Deutschland bei. Sie stellen jeden zweiten Ausbildungsplatz in der Pflege. Die damit verbundenen Aufgaben erfüllen sie gemeinwohlorientiert und gemeinnützig. Sie arbeiten ressourcenschonend und wirtschaftlich und investieren erwirtschaftete Überschüsse vollständig wieder in die Verbesserung der Versorgung. Sie erbringen eine hohe Versorgungsqualität, wie Qualitätsvergleiche und Patientenbewertungen regelmäßig bestätigen.



Weitere Informationen: www.christliche-krankenhaeuser.de

Anteil der Versorgungsleistung durch christliche Krankenhäuser in Deutschland
Quelle: DESTATIS 2014, eigene Darstellung

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.

Telefon: 030. 80 19 86 – 0
E-Mail: info@dekv.de
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
www.dekv.de
Ansprechpartner:
Norbert Groß
Verbandsdirektor

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Telefon: 030. 28 44 47 – 30
E-Mail: kkvd@caritas.de
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
www.kkvd.de
Ansprechpartnerin:
Bernadette Rümmelin
Sprecherin der Geschäftsführung