



Handlungsfelder

- ✓ Personal – auf die Menschen kommt es an
- ✓ Vergütungssystem weiterentwickeln
- ✓ Krankenhäuser können mehr
- ✓ Versorgungsplanung als Aufgabe der Länder
- ✓ Kindermedizin flächendeckend sicherstellen
- ✓ Zukunftsprojekte verstetigen

Krankenhäuser sind die Grundpfeiler der medizinischen Versorgung. Sie sind da, wenns drauf ankommt. Dies wird in der Corona-Pandemie einmal mehr deutlich. Doch zeigt die Pandemie auch die Schwächen unseres Gesundheitssystems. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung in Deutschland müssen überarbeitet werden. In jeder Krise steckt bekanntlich eine Chance – diese Chance gilt es nun zu nutzen.

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG) vertritt 12 Spitzenverbände und 190 Träger mit über 360 Krankenhäusern sowie Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit insgesamt rund 75.000 Betten. Die Interessen eines kommunalen Grundversorgers bündeln wir genau wie die einer hoch spezialisierten Fachklinik und eines großen Maximalversorgers sowie einer Uniklinik in den bayerischen Großstädten. Wir engagieren uns für eine patientenzentrierte Qualitätsentwicklung der Versorgung mit Wohnortnähe. Dabei sehen wir keine Belege, dass sich die Qualität der Patientenversorgung an der Größe einer Klinik ablesen lässt. Eine qualitativ hochwertige Versorgung muss auch ausreichend finanziert werden. Leider sind jedoch finanzielle Defizite für viele Kliniken in den vergangenen Jahren üblich geworden. Es ist aber keine Selbstverständlichkeit, dass diese Defizite dauerhaft von den Trägern bedarfsnotwendiger Krankenhäuser ausgeglichen werden können. Vielmehr muss eine solide Finanzierung endlich gesichert werden, um einen kalten Abbau von Krankenhausstrukturen aus wirtschaftlicher Not zu vermeiden. In der Pandemie wurden mit einer Budgetabsicherung erste Schritte gemacht, die nun verstetigt werden müssen.

Die bayerischen Krankenhäuser bekennen sich dazu, die Weichen für eine Gesundheitsversorgung der Zukunft aktiv mitzugestalten. Anlässlich der Wahl des 20. Deutschen Bundestages zeigt die BKG sechs konkrete Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung auf und benennt krankenhauspolitische Perspektiven für eine neue Bundesregierung.

Um die Zukunft zu gestalten, wird die Nutzung der Digitalisierung künftig eine Pflichtaufgabe. Dies gilt insbesondere, um aus Sicht der Patientinnen und Patienten endlich Sektorengrenzen durchlässiger zu gestalten, telemedizinische Teamarbeit zu ermöglichen und Innovationen in der Regelversorgung einfacher zugänglich zu machen. Die Politik muss die Rahmenbedingungen verbessern, auch für die Entwicklung integrierter Gesundheitszentren. Dabei muss es stets um die Menschen gehen: Die Patientinnen und Patienten und alle Beschäftigten in den Kliniken. Bessere Beschäftigungsbedingungen und weniger Bürokratie-Vorgaben sind dringend nötig. Und wieder mehr Vertrauen der Politik in die Krankenhäuser und deren Beschäftigten, statt einer misstrauensbasierten Sanktionskultur.



Personal – auf die Menschen in der Klinik kommt es an

Die Beschäftigten in allen Klinik-Bereichen sind die entscheidende Ressource eines Krankenhauses. Sie sind der Dreh- und Angelpunkt in der Versorgung und dem persönlichen Kontakt zu Patientinnen und Patienten. Doch droht der Fachkräftemangel, insbesondere in der Pflege, in den kommenden Jahren der bedrohlich begrenzende Faktor in der Versorgung zu werden.

In der Pflege, die oft im Zentrum der politischen Wertschätzung steht, müssen Worten nun weitere Taten folgen. Die Pflegebudgets außerhalb der fallbezogenen DRG-Finanzierung sind nachhaltig fortzusetzen – und damit das Mehr an Personal, aber auch deren angemessene Einkommensentwicklung ist zu berücksichtigen. Eine weitere Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe ist politisch zu fördern und zu finanzieren.

Ebenso ist es aus Sicht der Krankenhäuser wichtig, Berufsgruppen nicht gegeneinander auszuspielen oder unterschiedlich zu bewerten, wie dies bei den starren Pflegepersonaluntergrenzen leider passiert.

Pflegepersonaluntergrenzen korrigieren

Die politische Zielsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen zum Patientenschutz mag nachvollziehbar sein, wird aber nicht erfüllt. Diese starren Vorgaben führen zu unnötiger Bürokratie und schränken die Handlungsfähigkeit der Verantwortlichen im Arbeitsalltag ein, oft zum Nachteil der Pflegefachpersonen durch mehr Nachtdienste als nötig. Auch die Versorgungsqualität leidet unter der bürokratischen Gestaltung, etwa durch formal nötige Abmeldungen von der Notfallversorgung zur Sanktionsvermeidung.

Gute Patientenversorgung in einem Krankenhaus ist nur mit Teamarbeit und einem gut abgestimmten Skill-Mix aller gesundheitsberuflichen Professionen wie z. B. auch Ergotherapeutinnen und -therapeuten und medizinisch-technische Assistentinnen und -Assistenten möglich. Die Gesundheitsberufe, die bei den Pflegebudgets berücksichtigt werden, sollten zukünftig bei den Pflegepersonaluntergrenzen anrechenbar sein und das System insgesamt interdisziplinär und nicht starr an Stationsgrenzen ausgestaltet werden.

Pflegepersonalbemessungsinstrument verbindlich einführen

Nur wenn es gelingt, mehr Menschen für die Pflege zu gewinnen, können Pflegefachpersonen entlastet werden. Die PPR 2.0, die gemeinsam von Pflegerat, Gewerkschaften und Krankenhausgesellschaften entwickelt wurde, darf nicht in den politischen Schubladen verschwinden. Die PPR 2.0 wäre unmittelbar mit elektronischer Einbindung in die Krankenhausinformationssysteme (KIS) einsetzbar und muss die wesentliche Grundlage für die Implementierung eines verbindlichen Instrumentes zur bedarfsgerechteren Personalbemessung sein, um die Pflegefachpersonen im Alltag zu entlasten. Neben der GKV und den Krankenhausgesellschaften sind auch der Deutsche Pflegerat und die Gewerkschaften bei der Einführung einzubeziehen. Die Finanzierung ist über einen gesonderten Pflegepersonal-Systemzuschlag sicherzustellen.

Pflegepersonaluntergrenzen sind an den praktischen Anforderungen interdisziplinärer Teamarbeit im Krankenhaus anzupassen.

Ein dringend notwendiges Instrument zur bedarfsgerechten Personalbemessung ist auf Grundlage der PPR 2.0 zeitnah verbindlich einzuführen.

Know-how der Gesundheitsfachberufe besser nutzen

Erfahrene Pflegefachpersonen können mehr, als sie heute dürfen. Die Aufgaben der Pflege sind in Deutschland stark abgegrenzt von jenen der Ärztinnen und Ärzte. Dies schmälert die Attraktivität des Berufsbildes in der Pflege. Selbst akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte können ihr Know-how nur bedingt in der Versorgung einbringen. Wie bereits im Koalitionsvertrag 2018 angedacht, ist den Mitarbeiter/-innen in den Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung zu übertragen.



Chancen der Digitalisierung für die Menschen nutzen

Digitalisierung ist kein Selbstzweck – Ziel dahinter ist eine bessere Medizin, eine bessere Patientenversorgung und eine bessere Nutzung der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen. Diese Ziele können jedoch nur erreicht werden, wenn das notwendige Wissen und Mindset für neue Technologien vorhanden ist. Damit das digitale Krankenhaus keine Zukunftsvision bleibt, ist der digitale Kompetenzaufbau in den Gesundheitsberufen zu stärken.

Gesundheitsfachberufe entlasten – Bürokratie abbauen

Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte und die vielen weiteren Fachkräfte in den Kliniken haben ihren Beruf primär ergriffen, um ihren Beitrag für eine gute Patientenversorgung zu leisten. Jedoch kosten bürokratische Aufgaben zunehmend Zeit im Klinikalltag. Die Bürokratie-Entlastungen in der Corona-Krise (z. B. Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen) haben sich bewährt. Bei neuen Nachweisen und Dokumentationen sollte die Frage des Mehrwerts für die Patientenversorgung im Zentrum stehen.

Die Mitarbeiter/-innen der professionellen Pflege und weiterer Gesundheitsfachberufe sollten aufgrund ihrer Erfahrung und Fähigkeiten mehr Kompetenzen erhalten. Es sollten mehr Vorbehaltsaufgaben definiert werden. Analoge und digitale Patientenversorgung müssen gemeinsam gedacht werden. Der Erwerb digitaler Kompetenzen ist in der Aus-, Fort- und Weiterbildung fest zu integrieren. Bürokratische Aufwände sind abzubauen.

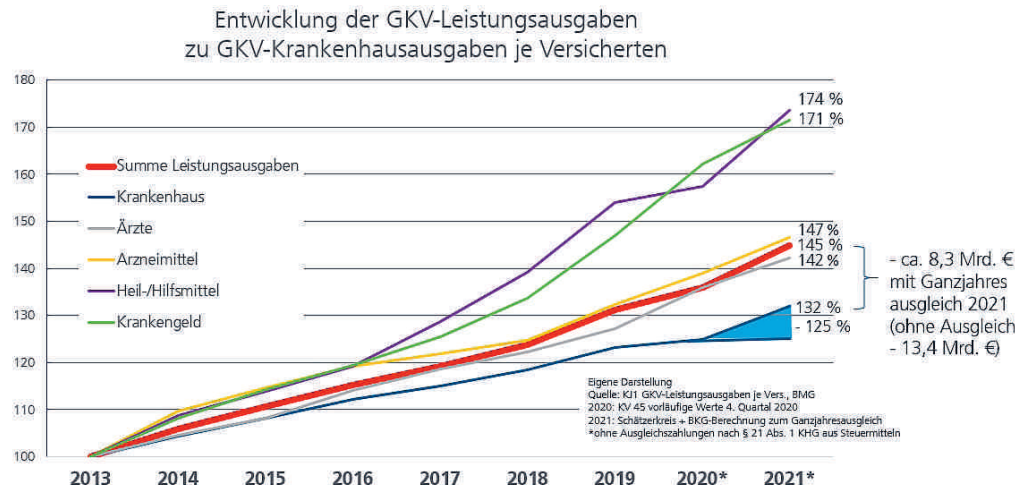
Vergütungssystem weiterentwickeln – Vorhaltekosten absichern

Im Finanzierungssystem der Fallpauschalen ergeben sich die Erlöse der Krankenhäuser weitgehend aus der Anzahl und dem Schweregrad der Behandlungen. Die Erlösentwicklung ist im Gegensatz zu anderen Gesundheitsleistungen unabhängig von der Kostenentwicklung über den Landesbasisfallwert bzw. über die Bundespflegesatzverordnung gedeckelt durch die jährliche Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Steuerzuschüsse bleiben bei diesem Wert außen vor. Dies widerspricht spätestens als Lehre aus der Pandemie einer angemessenen Einkommensentwicklung der Krankenhaus-Beschäftigten und erhöht die Finanzierungsnot der Klinikträger. Besonders gilt dies auch für die Psychiatrie und Psychosomatik, weil die Pflegebudgets nur in der Somatik gelten.

Finanzierungslücke schließen

In den letzten acht Jahren hat sich die Finanzierungslücke durch die GKV-Mittel für die stationäre Versorgung im Vergleich zum Durchschnitt der GKV-Ausgabensteigerungen auf über 8 Mrd. Euro pro Jahr bedrohlich kumuliert, wobei der Ganzjahresausgleich 2021 sogar bereits eingerechnet wäre. Die Ausgleichszahlungen aus Steuermitteln nach § 21 KHG haben in der Pandemie bis Mitte 2021 geholfen, aber das Grundproblem der strukturellen Unterfinanzierung bleibt nach dem Auslaufen dieser Hilfen bestehen.

Die Entwicklung der Landesbasisfallwerte muss nach diesem enormen Sparbeitrag der Kliniken zukünftig von der sachfremden Begrenzung durch die Grundlohnentwicklung der GKV entkoppelt werden, um die Schere der geringeren Entwicklungen im stationären Sektor gegenüber den anderen Versorgungsbereichen nicht noch größer werden zu lassen. Dringend ist die Entkoppelung der Landesbasisfallwert-Entwicklung von den beitragspflichtigen Einnahmen insbesondere 2022, weil ansonsten erhöhte Steuerzuschüsse aufgrund der Pandemiefolgen für die GKV mit dieser technischen Bremse gar nicht in der stationären Versorgung ankommen könnten und die nachgewiesenen Kostensteigerungen in den Kliniken nicht finanziert würden.



Wirtschaftlichkeitsreserven sind verbraucht

Die bei der Kostenfortschreibung für den Landesbasisfallwert verankerte Prüfung von Wirtschaftlichkeitsreserven als Absenkungstatbestand ist bei der prekären Finanzentwicklung der Krankenhäuser nicht mehr zeitgemäß und muss gestrichen werden.

Vorhaltekosten finanzieren

Um Finanzierungslücken zu schließen, sind die Kliniken derzeit wirtschaftlich gezwungen, aus möglichst vielen Fällen möglichst hohe Erlöse zu generieren und gleichzeitig die Fixkosten so gering wie möglich zu halten. Kaufmännische Grundprinzipien sind auch für Krankenhäuser richtig. Aber Fehlanreize aus wirtschaftlichem Druck in der Patientenversorgung – wie ein Wettrennen um Patientinnen und Patienten, selektive Leistungsangebote nach DRG-Deckungsquoten, Überlastung des Personals und im schlimmsten Fall eine Gefährdung der Qualität – sind jedoch zu vermeiden. Solche Fehlanreize gilt es zu beenden und zugleich die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser wirtschaftlich besser zu sichern. Dazu ist eine zusätzliche Grundfinanzierung von min. 5 Mrd. Euro für 24/7-Vorhaltungen wie z. B. in der Notfallversorgung, auf Intensivstationen und in der Grundversorgung zukünftig unabdingbar.

Krankenhausbudgets stärken und Einzelrechnungs-Bürokratie abbauen

Für jedes Krankenhaus wird ein Jahresbudget verhandelt. Die Rechnungen je Einzelfall sollten Abschläge auf die verhandelten Budgets darstellen, wurden aber zu einem dauerhaften Streitpunkt. Aufgrund des wettbewerblichen Interesses der einzelnen Krankenkasse auf möglichst hohe Rechnungskürzungen steigen zunehmend Prüfungsaufwände. Die Patientenversorgung wird dadurch nicht besser und knappe Fachressourcen in den Kliniken werden durch Administrationsaufgaben gebunden, statt der Behandlungsqualität zur Verfügung zu stehen. Dieses System ist dringend reformbedürftig.

In der Zeit nach der Pandemie sollte gesetzlich normiert der volle Orientierungswert zur Anwendung kommen, wenn dieser oberhalb der Grundlohnrate liegt. Die Finanzierung der stationären Versorgung muss die Kostenentwicklungen auskömmlich abdecken.

Die Krankenhausfinanzierung muss um Vorhaltekosten für Leistungen ergänzt werden, die rund um die Uhr bereitstehen, aber schwankend benötigt werden.

Die verhandelten Jahresbudgets der Krankenhäuser sollten verbindlicher und die Aufwände für die Einzelrechnungsprüfung unbürokratischer werden.



Krankenhäuser können mehr

Ambulante Notfallversorgung der Versorgungsrealität anpassen

Mit etwa 10 Mio. ambulanten Notfallbehandlungen sind Krankenhäuser die zentrale Anlaufstelle bei akuten medizinischen Beschwerden. Die Krankenhäuser verfügen über die Ausstattung und das Know-how, Notfälle rund um die Uhr medizinisch zu versorgen. Eine Reform der Notfallversorgung muss diese Versorgungsrealität aus Sicht der Patientinnen und Patienten berücksichtigen und den Weg der Bereitschaftspraxen am Krankenhaus weiter optimieren. Notwendig ist eine stärkere Beteiligung niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte. Zudem müssen die derzeitigen Finanzierungsregeln dringend überarbeitet werden – diese führen aktuell zu einer signifikanten Unterfinanzierung der ambulanten Notfalleistungen an Krankenhäusern.

In der ambulanten Notfallversorgung ist das System der Bereitschaftspraxen weiter auszubauen. Die Unterfinanzierung in diesem Bereich ist zu beheben.

Klinisch-ambulante Leistungen ermöglichen

Bestimmte Leistungen sollten in einer abgesicherten Krankenhausstruktur mit schnellem Zugriff auf interdisziplinäre medizinische Fachrichtungen und Medizintechnik erfolgen, auch wenn die Behandlungsnotwendigkeit über Nacht vom Gesundheitsverlauf abhängig ist. Bei Behandlungen mit kurzem Aufenthalt entfachen sich oftmals Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen (z. B. Gastroenteritis, hypertensive Entgleisung). Dies ist nicht mehr zeitgemäß: Krankenhäuser sollten künftig aus eigener medizinischer Verantwortung und nach Situation der Patientinnen und Patienten entscheiden können, ob sie solche „klinisch-ambulanten“ Leistungen mit oder ohne Übernachtung erbringen. Dafür braucht es verbindliche Abrechnungsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

Die Vergütung einer stationären Krankenhausleistung muss nicht zwingend von einer Verweildauer über Nacht abhängig sein.

In der multiprofessionell abgesicherten Krankenhausstruktur sollten klinisch-ambulante Leistungen in der Regelversorgung möglich sein.

Potenzial der Krankenhäuser auch für die Kurzzeitpflege nutzen

Kurzfristig verfügbare Pflegeplätze sind in Deutschland rar. Krankenhäuser haben aufgrund des demografischen Wandels zunehmend Schwierigkeiten, pflegebedürftige Patientinnen und Patienten zu entlassen, und verfügen zugleich über die notwendige Ausstattung und das Personal, um bei Bedarf Pflegebedürftige zu versorgen. Bisher erschweren die Vorgaben eine Umsetzung, auch wenn erste Schritte bereits länger diskutiert werden. Krankenhäuser sollten im Bedarfsfall freie Betten für die Übergangs- und die Kurzzeitpflege nach SGB V und SGB XI für bis zu 4 Wochen anbieten können, um den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen ausreichend Zeit für die Organisation dauerhaft notwendiger Pflegeleistungen zu geben. Davon würden Pflegebedürftige, Angehörige und Krankenhäuser gleichermaßen profitieren.

Im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung sollten Krankenhäuser Kurzzeitpflegeplätze bis zu 4 Wochen anbieten können.

Sektorengrenzen überwinden

Patientinnen und Patienten denken nicht in Versorgungssektoren, sondern möchten qualitativ gut behandelt werden. Im Grenzbereich zwischen ambulanter Versorgung und Krankenhaus findet eine patientengerechte Verzahnung bisher kaum statt, obwohl dies seit Jahren gefordert wird. Deutlich wird dies bei der Behandlung von Long COVID: Aufgrund der rechtlichen



Vorgaben dürfen nur sehr wenige Kliniken ihre COVID-Patientinnen und Patienten nach der Entlassung weiterbehandeln.

Die Krankenhäuser bekennen sich zum Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Um der Versorgungsrealität und den Anforderungen der Patientinnen und Patienten „rund um die Uhr“ gerecht zu werden, sollten die Länder im Rahmen der Bedarfsfeststellung auch eine begrenzte Erbringung ambulanter Leistungen auf Antrag einer Klinik aussprechen können, bspw. für die Vor- und Nachbehandlung eines stationären Aufenthaltes. Die Übertragung der Regelungen für Hochschulambulanzen auf weitere geeignete Krankenhäuser ist bei Bedarfsnotwendigkeit den Ländern zu ermöglichen.

Krankenhäusern sollte im Rahmen der Bedarfsfeststellung durch das Land auch eine begrenzte Erbringung ambulanter Leistungen ermöglicht werden.

Perspektive „Regionale Gesundheitszentren“

Drohende Schließungen von Krankenhausstandorten aus wirtschaftlichem Druck ohne regionales Versorgungskonzept führen zu großen Sorgen und Nöten der Menschen in einer Region, weil diese Kliniken in der sozialen Daseinsvorsorge fest verankert sind. Gerade Kliniken im ländlichen Raum übernehmen eine wichtige Rolle im Versorgungsgeschehen – statistische Belege für eine Überversorgung in diesen Räumen sind Kritiker der Krankenhausstrukturen stets schuldig geblieben.

Anstelle einer kalten Klinikschließung können gerade kleinere Krankenhausstandorte im ländlichen Raum auch schrittweise zu „Regionalen Gesundheitszentren“ mit einer wichtigen Versorgungs-Aufgabe vor Ort weiterentwickelt werden. Eine enge Mitwirkung niedergelassener (Fach-)Ärztinnen und -ärzte und pflegerischer Versorgung in solchen Strukturen ist nicht nur sinnvoll, sondern notwendig. Die Digitalisierung ermöglicht eine telemedizinische Vernetzung zu Kliniken mit weitergehenden Behandlungskompetenzen.

In der Praxis scheitern bisher entsprechende Strukturen an fehlenden Finanzierungsgrundlagen in der Regelversorgung. Modellhafte Förderungen verkennen bisher den Bedarf an langfristiger Planungssicherheit. Die nötigen Investitionen sollten gezielt aus weiterentwickelten Strukturfonds-Mitteln gefördert werden, und für eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage der Behandlungen im Regelbetrieb sind gesetzliche Grundlagen neu zu schaffen.

Kliniken sollten künftig auch eine Rolle als „Regionales Gesundheitszentrum“ vor Ort übernehmen können.

Gerade im ländlichen Raum können Kliniken als zentrale medizinisch-pflegerische Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten auch bei reduzierter stationärer Behandlung der wichtige Ankerpunkt guter Versorgung bleiben. Dies schließt auch die Ausbildung von Gesundheitsberufen mit ein.

Krankenhauszentrierte Versorgungsnetzwerke können das Leitbild wohnortnaher Gesundheitsversorgung werden.



Versorgungsplanung als Aufgabe der Länder

Verlässliche Rahmenbedingungen schaffen

Strukturvorgaben und Mindestmengen sind bei besonders komplexen Versorgung und gut planbaren Behandlungen sinnvoll. Allerdings dürfen Mindestmengen nicht im Widerspruch zu Patienteninteressen und Pflegepersonaluntergrenzen stehen. Bei der Versorgung, die wohnortnah erbracht werden sollte und bei der regelmäßig auch Notfälle zu behandeln sind, sind zu hohe und starre Mindestmengen für die Versorgungssicherheit kritisch zu überprüfen.

Der föderale Aufbau der Gesundheitsversorgung und die Zuständigkeiten der Länder wurden im Krankenhausbereich durch zahlreiche politische Bundesregelungen zwischenzeitlich konterkariert. Mit Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Sicherstellungszuschläge, Zentrumsbildung, Mindestmengen, Notfallbehandlung u. a. m. wurden elementare Grundsätze der Planung zentralistisch vorgegeben. In der Corona-Pandemie wurden die Notfallstufen des G-BA gar als Kriterium für die Ausgleichszahlungen der Kliniken zweckentfremdet – wobei diese ursprünglich allein das Ziel hatten, die Mehraufwände für die Kliniken, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, sachgerecht zu vergüten.

Insbesondere bei Strukturvorgaben muss den Ländern zukünftig wieder verbindlicher die Möglichkeit eingeräumt werden, G-BA-Beschlüsse regional anpassen zu können, wenn ansonsten etablierte und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen gefährdet würden.

Aufgrund der Zuständigkeit für die Finanzierung der Betriebskosten (Bund) und für die Planung und Finanzierung der Investitionen (Land) ist ein Zusammenwirken der beiden Ebenen unentbehrlich. Zukünftig bedarf es besser aufeinander abgestimmter Grundlagen für die Krankenhausversorgung.

Die Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung kann mit Strukturvorgaben im praktischen Widerspruch stehen. Diese Herausforderung kann nicht durch starre Bundesvorgaben, sondern nur durch bedarfsgerechte Planung auf der Grundlage regionaler Versorgungsbesonderheiten gelöst werden. Dafür brauchen die Länder eine klare Handlungskompetenz.

Eine zukunftssichere Krankenhausplanung muss die Qualität, Finanzierbarkeit und die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigen.

Die Pandemie hat deutlich gezeigt, wie entscheidend eine belastbare regional verankerte Krankenhaus-Struktur ist. Die Länder benötigen eine Gestaltungskompetenz zur Anpassung von Vorgaben des G-BA auf bedarfsgerechte regionale Versorgungsstrukturen.



Kindermedizin sowie Geburtshilfe flächendeckend sicherstellen

Der Bayerische Landtag befürwortete kürzlich, dass Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin außerhalb des Fallpauschalensystems abgebildet werden sollten. Ein entsprechender Antrag mehrerer Länder steht auf der Agenda des Bundesrates. Bei der Geburtshilfe sowie der Kinder- und Jugendmedizin geht es nicht nur um eine bestmögliche Versorgungsqualität, sondern auch um eine grundsätzliche gesellschaftliche Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Der derzeitige Sicherstellungszuschlag wird der Realität im Bereich Kinder- und Jugendmedizin noch nicht ausreichend gerecht.

Um eine flächendeckende stationäre pädiatrische Versorgung zu gewährleisten, soll außerhalb des Fallpauschalensystems ein Vergütungssystem entwickelt werden, das eine auskömmliche Finanzierung und die erhöhten Qualitäts- und Personalbedarfe in der Geburtshilfe einschließt.

Zukunftsprojekte verstetigen

Zukunftsfeste Digitalisierung

Der Krankenzukunftsfonds ist ein wichtiger Schritt, um die Digitalisierung in den Krankenhäusern und die digitale Vernetzung der Gesundheitsversorgung voranzubringen. Der Fonds darf jedoch kein Strohfeuer sein. Der Aufbau einer modernen und fortlaufend zu entwickelnden IT-Infrastruktur in den Krankenhäusern darf nicht von Förderbedingungen, die zwischen Bund und Land auch noch unterschiedlich sein können, abhängig sein, sondern muss sich an den Bedarfen der Patientenversorgung und den technologischen Anforderungen ausrichten. Es bedarf dringend einer Anschlussfinanzierung, insbesondere für die Betriebskosten infolge der digitalen Investitionen und aufgebauten Reifegrade.

Anstelle von Sanktionsdrohungen zur digitalen Umsetzung fordert die BKG ein Bonusmodell: Krankenhäuser, die bestimmte digitale Dienste vorweisen, sollten einen Rechnungszuschlag erhalten („Betriebskosten-Bonus“). Dies ist auch wichtig, um die dynamisch zunehmenden Anforderungen an die Telemedizininfrastruktur und Datensicherheit kontinuierlich erfüllen zu können.

Digitale Vernetzung kann die Versorgung verbessern. Die digitalen Projekte des Zukunftsfonds müssen mit einem „Betriebskosten-Bonus“ verstetigt werden.

Krankenhäuser als Klimaschützer

Der Klimawandel bedeutet eine Jahrhundertherausforderung – um die massiven Auswirkungen einzudämmen, sind sämtliche gesellschaftlichen Bereiche gefordert. Krankenhäuser können einen wichtigen Beitrag leisten bei der Einsparung von Energie-Ressourcen, zudem werden bessere Bedingungen für die Patientinnen und Patienten und Beschäftigten geschaffen (Verbindung Ökologie/Ökonomie).

Wie bereits die GMK 2020 empfahl, sollte ein Sonderprogramm des Bundes für energetische Sanierung und Beschaffung moderner, energieeffizienter Anlagen und Geräte aufgelegt werden.

Nach dem Krankenzukunftsfonds muss ein Fonds zur CO²-Neutralität in Krankenhäusern aufgelegt werden.

Impressum

Herausgeber:

Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.

Redaktion:

Vorsitzende Landrätin Tamara Bischof, Geschäftsführer Roland Engehausen
Roland Engehausen, Geschäftsführer (r.engehausen@bkg-online.de) (erreichbar für Rückfragen)
Christina Leinhos, Stabsstelle Politik und Digitalisierung

Anschrift:

Eduard Fuchshuber, Stabsstelle für Kommunikation, Presse und Öffentlichkeitsarbeit
Radlsteg 1, 80331 München, T: 089 290830-0, F: 089 290830-99, mail@bkg-online.de

www.bkg-online.de, www.facebook.com/krankenhausesgesellschaft, www.linkedin.com/company/12523384

