ARZT UND KRANKENHAUS

5
91. Jahrgang
Dezember 2018

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Unsere Stimme ist wichtig und wir müssen sie beharrlich erheben

- Personal im Krankenhaus – ein Überblick zur Lage
- Leitende Ärztinnen und Ärzte im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik

16 Jahre VLK-Präsidentschaft – ein bilanzierender Ausblick

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Das Wort Bilanz kommt aus dem Lateinischen und meint die Doppelschalen der Waage. Messen und wiegen liegt also der Bilanz im Kern zugrunde. Daher will ich auch meine Bilanz der 16 Jahren meiner VLK Präsidentschaft mit nackten Zahlen beginnen: 3 Autos hat der VLK-Präsident in diesen 16 Jahren verschlissen und 800.000 Kilometer dürften dabei zusammengekommen sein. Fahrten zu knapp 1.000 Sitzungen im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen Vorgänger-Institutionen. Nicht gezählt bleiben die tausende von politischen Gesprächen in Bund und Land.

Doch was wurde in diesen Sitzungen und in diesen Gesprächen erreicht? Was also ist die politische VLK-Bilanz der letzten 16 Jahre? Sie alle wissen: Der Umbruch dieser Zeit war fundamental. Mit dem DRG-System hat sich das ganze hierarchische Gefüge im Krankenhaus grundlegend von der Medizin zur Ökonomie verschoben. Diesen Wandel galt es und gilt auch in Zukunft justierend zu gestalten: Wo hat in einer sich immer stärker ökonomisierenden Krankhauslandschaft die Medizin ihren Platz? Und was ist an diesem Platz die Aufgabe gerade der leitenden Ärzteschaft? Mit diesen Fragen werden wir uns kontinuierlich beschäftigen müssen. Denn aus unseren Antworten wird sich die Existenzberechtigung des VLK ableiten! Dabei sehe ich vor allem in zwei Bereichen unsere Verantwortung – jetzt und in Zukunft: Patientenversorgung und Systemgestaltung.

Patientenverantwortung haben wir beispielsweise in der Auseinandersetzung um Fehlanreize in so genannten Chefarzt-Verträgen übernommen: Medizinisch nicht indizierte Eingriffe nur weil ein ökonomisch vorgegebenes Vertragsziel erreicht werden muss, sind Körperverletzung. Und ich habe dies in der damaligen Diskussion um solche Fehlanreize auch öffentlich gesagt, so dass VLK und Bundesärztekammer gemeinsam der Politik erfolgreich eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nahelegen konnten. Nur ein Beispiel für unsere auch zukünftige Verantwortung für eine vor allem medizinisch indizierte Patientenversorgung.

Doch mit der wachsenden Bedeutung der Ökonomie geht auch ein Umbruch der Selbstverwaltung des Systems einher, der mich mindestens mit ebenso großer Sorge erfüllt. Denn auf der Rückseite der „Ökonomie"-Medaille steht das Wort „Professionalisierung". Dieses Wort, dieser Prozess, der sich prima vista so schlank und modern anhört, ist in unserem selbstverwalteten GKV-System keineswegs positiv gemeint.

Und auch das ist eine Erfahrung der letzten 16 Jahre VLK-Präsidentschaft: Mehr und mehr beobachte ich, dass die Rahmensetzung im System nicht mehr von Versorgungspraktikern vorgenommen wird – wie es der ursprüngliche Plan unserer GKV-Selbstverwaltung gewesen ist –, sondern dass die Systemgestaltung in den Händen versorgungsfremder Funktionäre liegt. Etabliert hat sich damit eine mehr oder minder geschlossene Kaste, deren primäres Trachten sich nicht mehr an pragmatischen und nur gemeinsam zu erreichenden Versorgungszielen orientiert, sondern deren Mitglieder möglichst für ihren jeweiligen Bereich „das Maximum" herauszuschlagen versuchen.

Meine Schlussfolgerung aus 16 Jahren VLK-Präsidentschaft: Dem VLK und seinen Mitgliedern sind diese Doppeltendenzen von Ökonomisierung und Professionalisierung im Grundsatz fremd. Leitplanken seines Denkens und Trachtens müssen die effiziente und effektive Patientenversorgung und eine im Kern selbstverwaltete Systemgestaltung sein und bleiben. Sonst verliert medizinisches Handeln seine Freiheit.

Auf diesem Weg wünsche ich nun meinem Freund und Nachfolger Michael Weber stets eine glückliche Hand und alles Gute!

Herzlichst grüßt Sie und unseren Verband (dem ich natürlich treu bleiben werde)

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

161 **16 Jahre VLK-Präsidentschaft – ein bilanzierender Ausblick**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

165 **Der neu gewählte VLK-Präsident im Interview**

Berufs- und Gesundheitspolitik

168 **Versorgungsnetzwerke in Zeiten zunehmender Antibiotikaresistenz: It's a small world**
Prof. Dr. Hajo Grundmann, Prof. Dr. Petra Gastmeier, PD Dr. Nico T. Mutters

173 **Strukturbereinigung nach dem Windhund-Prinzip**
Dr. Josef Düllings

177 **Patientenbefragungen im Krankenhaus: Einfach und anwendungsorientiert**
Dr. Sabine Loeffert, Dr. Petra Steffen

182 **Personal im Krankenhaus – Ein Überblick zur Lage**
Prof. Dr. Julia Oswald

189 **Rolle der Pflege im Entlassungsmanagement**
Christiane Schmitt

195 **Leitende Ärztinnen und Ärzte im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Versicherungsschutz für VLK-Mitglieder

199 **Invaliditätsvorsorge mit Extra-Schutz zu VLK-Sonderkonditionen**

Rubriken

VLK intern

163 **Personen und Hintergründe**
202 **Agenda**
181 **Impressum**

Zum guten Schluss

201 **…und tschüß…**

Unsere Stimme ist wichtig und wir müssen sie beharrlich erheben

Leitende Krankenhausärzte haben großen medizinischen Sachverstand und kennen sich als Führungskräfte auch in der Krankenhausorganisation und der Kostendebatte bestens aus, unterstreicht der neue VLK-Präsident PD Dr. Michael A. Weber. Wie er der Stimme des VLK Gehör verschaffen und wo er den Verband neu aufstellen will, erklärt der langjährige Chefarzt und ärztliche Direktor im Interview.

165

Konzertierte Umsetzung von Hygienemaßnahmen bremst Ausbreitung von MRE

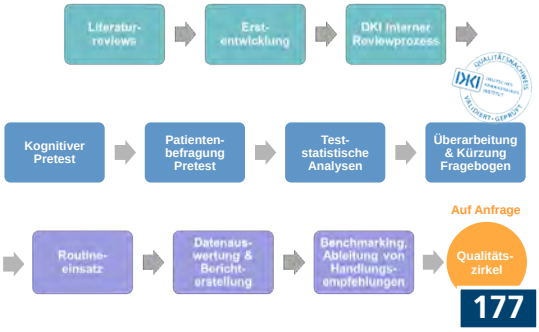
Die Analyse lokaler Netzwerktopologie kann zu gezielten Interventionen und auch für eine kosteneffizientere Implementierung einer Strategie zur Kontrolle der weiteren Verbreitung von MRE genutzt werden.

Foto: © Stanislau_V/fotolia.com

168

Ableitung umsetzbarer Maßnahmen aus Patientenbefragungen

Methodisch ausgereifte Patientenbefragungen sind ein einfacher Weg, Krankenhäuser bzw. Mediziner dabei zu unterstützen, unkomplizierte und praxisnahe Lösungen für problematische Bereiche zu finden.



177

Ergebnisse der Patientenumfrage bilden die Grundlage für lösungsorientiere Maßnahmen-Planung

Die im Rahmen eines Projektes auf der Basis erfolgter Patientenbefragungen etablierten Maßnahmen ermöglichen Arbeitsabläufe, die einer patientenzentrierten und ganzheitlichen professionellen Haltung der Pflege gerecht werden.

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

189

VLK-Präsidium ernennt 2 neue Ehrenmitglieder

In seiner Sitzung vom 13. September 2018 hat das VLK-Präsidium Prof. **Dr. Reinhard Fünfstück** und **Prof. Dr. Dietrich Paravicini** zu Ehrenmitgliedern des VLK ernannt.

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück war von 2001 bis 2015 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Sophien- und Hufelandklinikum Weimar. Das Amt des Ärztlichen Direktors bekleidete er dort ab dem Jahre 2006. **Prof. Fünfstück** hat am 14.12.2005 den Vorsitz des Landesverbandes Thüringen im VLK übernommen und übte diese Funktion bis zum 16.02.2016 aus. Für 2 Amtsperioden (vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2018) war **Prof. Fünfstück** Vizepräsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und in dieser Funktion Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand bzw. Präsidium des VLK.

Die Funktion des 1. Sprechers des Mitteldeutschen Verbundes der VLK-Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen übte **Prof. Fünfstück** von 2014 bis 2018 aus.

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück ist Träger des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Prof. Dr. Reinhard Fünfstück

Prof. Dr. Dietrich Paravicini bekleidete seit 1984 die Position des Chefarztes der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Städtischen Klinikums in Gütersloh.

Von Dezember 2006 bis zum 31.12.2014 war **Prof. Paravicini** Vorsitzender des Landesverbandes NRW im VLK. Vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2018 lenkte er die finanziellen Geschicke des Verbandes als Schatzmeister und war in dieser Funktion Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums des VLK.

Für den VLK war **Prof. Paravicini** Mitglied im Kuratorium des DKI in den Jahren 2017 und 2018.

Prof. Dr. Dietrich Paravicini

Dr. Bernd Klinge wird Sprecher des Mitteldeutschen Verbundes und Mitglied im Präsidium des VLK.

Dr. Bernd Klinge, Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Helios Klinik Sangerhausen, übernimmt ab 01.01.2019 die Funktion des 1. Sprechers des Mitteldeutschen Verbundes der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im VLK.

Dr. Klinge ist seit Januar 2015 Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen-Anhalt im VLK und in dieser Funktion auch Mitglied in der Konferenz der Landesvorsitzenden des VLK.

Das Präsidium des VLK bestellte **Dr. Klinge** in seiner Sitzung vom 26.11.2018 zum Koordinator für die VLK-Dienstleistungs-Angebote. In dieser Funktion ist **Dr. Klinge** ab 01.01.2019 gleichzeitig auch Mitglied im Präsidium des VLK.

Dr. Bernd Klinge

Normann Johannes Schuster wird ab 01.01.2019 der neue Hauptgeschäftsführer des VLK

Ab 01. Januar 2019 ist **Normann Johannes Schuster** neuer Hauptgeschäftsführer des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands. Er folgt damit auf Dipl.-Volkswirt Gerd Norden, der diese Funktion seit dem Jahre 1992 ausübte und zum 31.12.2018 aus Altersgründen aus den Diensten des VLK ausscheidet.

Normann Johannes Schuster ist seit 2011 Geschäftsführer und Syndikus-Rechtsanwalt bei einem Dienstleister für gesetzliche Krankenkassen im Bereich der Abrechnung. Nebenberuflich arbeitet er derzeit auch als Rechtsanwalt mit Schwerpunkt im Bereich des Sozial- bzw. Leistungserbringerrechts. Zuvor sammelte RA Schuster unter anderem als Mitglied der Geschäftsführung beim Apothekerverband Nordrhein und als Referent für Leistungs- und Gesundheitsmanagement bei der Victoria Krankenversicherung AG umfangreiche Erfahrungen im Verbands- und Gesundheitswesen.

Normann Johannes Schuster ist 44 Jahre alt, verheiratet und Vater von 2 Kindern.

Normann Johannes Schuster

„Unsere Stimme ist wichtig und wir müssen sie beharrlich erheben“

Der neue VLK-Präsident im Interview

Die Delegiertenversammlung des VLK hat am 14. September 2018 Privatdozent Dr. Michael A. Weber zum neuen VLK-Präsidenten für die Amtsperiode vom 01.01.2019 bis zum 31.12.2022 gewählt.

Dr. Weber folgt damit in dieser Funktion Prof. Dr. Hans-Fred Weiser nach, der dieses Amt seit 2003 innehatte und nicht mehr zur Wiederwahl kandidierte.

„Arzt und Krankenhaus“ befragte den neu gewählten Präsidenten u.a. zu den gesundheitspolitischen Schwerpunkten, die in der kommenden Amtsperiode zu erwarten sind, zu den Zielen und der Erwartungshaltung der neuen „Führungsmannschaft“ des VLK und nach den neuen Akzenten, die diese Mannschaft im Innenverhältnis mit den Mitgliedern des VLK setzen will.

? Arzt und Krankenhaus: Haben Sie Ihren Beschluss zu kandidieren schon bereut?

Überhaupt nicht! Durch meine jahrelange Mitarbeit im Präsidium des VLK weiß ich ja, worauf ich mich einlasse. Deshalb freut es mich, dass mir der Verband diese Aufgabe übertragen hat. Ich habe mehrere Ideen im Kopf, von denen ich in den nächsten Jahren so viele wie möglich umsetzen möchte.

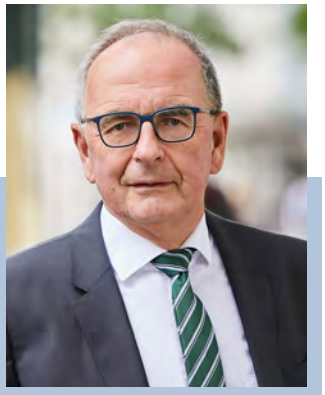
? Arzt und Krankenhaus: Als VLK-Präsident sind Sie sowohl nach außen wie auch nach innen stark gefordert. Zunächst zur Außenwirkung: Bei welchen Themen sehen Sie den VLK aktuell besonders gefordert?

Die Themen sind zahlreich, hier der Versuch einer Priorisierung:

Strukturbereinigung im Krankenhausbereich:
Auf die Krankenhäuser kommen massive Strukturveränderungen zu. Viele Player mit unterschiedlichen Interessen nehmen vor und hinter den Kulissen Einfluss, oft mit negativen Auswirkungen. Richtig ist, dass eine Zentralisierung der Versorgung sinnvoll ist, das hält auch der Sachverständigengenrat für notwendig.

Doch der massive Bettenabbau, den der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) – vor allem in kleineren Häusern fordert, ist versorgungspolitisch völlig daneben. Der Kassenverband wünscht sich eine Lösung wie in Dänemark. Das entspräche einer Zahl von nur noch 325 Krankenhäusern für ganz Deutschland. Dass die Bevölkerung in Dänemark und Deutschland dies eher als Angebotsverknappung wahrnimmt, interessiert den Kassenverband nicht.

Problematisch an dieser Diskussionsführung ist, dass die Kassen Qualitätsverbesserung, Personaleinsparung und die angeblich schlechte Qualität in kleinen und mittleren Häusern in einen Topf rühren, um so eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft herbeizureden.



Dr. Michael A. Weber

Eine solche Bettenreduktion auf Kosten der flächendeckenden Versorgung ist zum Glück mit den Ländern nicht zu machen, denn die tragen schließlich die Verantwortung für die Krankenhausplanung.

Deswegen versucht die GKV auf Bundesebene seit Jahren auf die Kliniken einen Selektionsdruck zugunsten der großen Standorte auszuüben. Der Einstieg in diese Strategie war die Einführung der DRG`s. Nachdem die Strukturbereinigung so nicht geklappt hat, sondern durch massive Fehlanreize eher das Gegenteil bewirkt wurde, versucht der GKV-Spitzenverband es jetzt mit Qualitätskontrollen.

Was da mit dem IQTIG auf uns zukommt, kann man an den jüngst vom G-BA publizierten Daten der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sehen. Zu- und Abschlägen auf die DRG‘s über verschiedenste Regelungen wie beispielsweise die zu Notfallstrukturen sind ein wei-

terer Ansatz. Die Kliniken sind inzwischen völlig überreguliert und in der Finanzierung ihrer Betriebskosten zunehmend gefährdet. Dagegen fehlen konstruktive Ansätze für eine zukunftsorientierte Bedarfsplanung, wie etwa eine sektorenübergreifende Versorgung z.B. in neuen Notfallstrukturen.

Ökonomisierung:

Die Ökonomisierung wird zurecht und von uns bereits seit vielen Jahren kritisiert (siehe Verhinderung von Zielvereinbarungen zu Mengen und wirtschaftlichen Zielen in Chefarztverträgen § 136a SGB V). In medizinischen Entscheidungen sind leitende Ärzte nicht weisungsgebunden. Dafür gilt es das Bewusstsein der Nichtärzte zu schärfen. Nie dürfen wegen ökonomischer Zwänge medizinisch notwendige Leistungen unterbleiben bzw. für unnötige die Indikation gestellt werden.

Das Paradoxe ist, dass Kassen und mehrere Politiker unablässig den wirtschaftlichen Druck erhöhen, dann aber Ärzten und den Kliniken dafür die Schuld zuschieben. Völlig abwegig ist der jüngste Ansatz der Kassen, nach Strukturprüfungen des MDK auf dem Klageweg die Honorierung von Leistungen wie die der Behandlung auf einer Stroke Unit wegen unsinniger Differenzen über die Auslegung eines Zeitfensters für den Transport im OPS-Code zurückzufordern.

Diesem Wahnsinn gilt es entgegenzutreten und Verbündete zu suchen, die uns dabei unterstützen. Hier sind in erster Linie die Bundespolitiker im Gesundheitsausschuss, das Bundesministerium, die Länder, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer, der Marburger Bund und der Verband der Krankenhausdirektoren zu nennen. Medizinischer Sachverstand muss wieder Oberhand vor Diffamierung, Misstrauenskultur und Überregulierung gewinnen.

Fachkräftemangel:

Der Fachkräftemangel ist derzeit eines der Topthemen – allerdings ist der Ärztemangel momentan in den Hintergrund getreten, obwohl er nach wie vor hoch aktuell ist. Die Lösung dieses Themas wird die Zukunft des Gesundheitswesens bestimmen und weder Klinikschließungen noch die Digitalisierung können dieses Problem grundsätzlich beheben. Unsere Forderung: Der Masterplan für mehr Medizinstudenten muss endlich umgesetzt werden!

Auch bei der Einführung einer DRG für Pflegkräfte muss sich der VLK konstruktiv aber kritisch einmischen. Denn diese Maßnahme erhöht den Druck auf die übrigen Klinikbeschäftigten. Zu deren Lasten darf die sicherlich notwendige Verbesserung im Pflegebereich nicht gehen. Die Anzahl der Ärzte ist in den letzten Jahren zwar gestiegen, bei zunehmender Teilzeit und Einhaltung von Arbeitszeitgesetzen ist die Nettoarbeitszeit aber konstant geblieben. Darüber hinaus frisst die Bürokratisierung immer mehr Zeit für den Patienten.

Derweil locken medizinferne Institutionen wie beispielsweise der MDK erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die wir dringend für die Patientenversorgung benötigen, mit dem Versprechen auf geregelte Dienstzeiten. Unser Ziel ist es, dafür zu kämpfen, die Arbeit im Krankenhaus so attraktiv zu machen, dass sie dort gerne Führungsaufgaben übernehmen.

Darüber hinaus gibt es noch einige weitere Debatten, in dir wir uns einbringen wollen, etwa die Digitalisierung, die Rolle des G-BA, die Instrumente des IQTIG, die Min-

destmengenfrage, die MDK-Prüfungen, die Notaufnahmeregelungen oder sektorenübergreifende Versorgung, um nur einige zu nennen.

? Arzt und Krankenhaus: Wie wollen Sie den Anliegen des VLK, der ein kleiner aber wohl geachteter Player im Gesundheitswesen ist, nachhaltig Gehör verschaffen?

Im VLK steckt viel medizinischer Sachverstand, den sich unsere Mitglieder durch langjährige leitende Tätigkeit in Kliniken erworben haben. Auch was die Krankenhausorganisation und die Kostendiskussion betrifft, haben leitende Krankenhausärzte das Knowhow, um auf Augenhöhe mitzureden.

Unser Vorteil: Wir kennen die Abläufe im Krankenhaus und sind gleichzeitig unabhängiger und freier in unseren Bewertungen als die meisten anderen politischen Player im Gesundheitswesen. Selbst Schlüsselpositionen sind zuletzt mit Personen ohne jegliche klinische Erfahrung besetzt worden. Deshalb darf man sich nicht wundern, wenn verabschiedete Maßnahmen oft keine Wirkung zeigen.

Das Gesundheitssystem ist so kompliziert geworden, dass die Regulierung an nur einer Stellschraube bereits ungeahnte Wirkungen entfaltet. Wunschdenken führt fast immer zu Fehlanreizen, einfache Lösungen gibt es nicht. Deshalb ist unsere Stimme wichtig und die müssen wir beharrlich erheben. Wir werden unsere Kompetenz selbstbewusst und in nachhaltigen Konzepten in den politischen Diskurs einbringen.

? Arzt und Krankenhaus: Nun zur Innenansicht: Der VLK hat am 14.09.2018 eine neue Führungsmannschaft gewählt. Mit welchen Zielen, mit welchen Erwartungshaltungen geht diese neue Führungsmannschaft in ihre 4-jährige Amtsperiode?

Das strategische Ziel ist, gemeinsam mit unseren Landesverbänden die Mitglieder für unsere Arbeit zu gewinnen. Ich möchte unseren Mitgliedern deutlich machen, warum im Spiel der Kräfte des Gesundheits(un)wesens der VLK wichtiger ist denn je. Gerade in der Qualitätsdiskussion müssen unsere Positionen Gewicht bekommen. Wir wollen nicht polemisieren, sondern durch konstruktive Arbeit Sichtbarkeit und Einfluss erlangen. Und durch diese Arbeit wollen wir natürlich auch wieder neue Mitglieder gewinnen aus dem Kreis der Chefärzte, leitenden Ärzte und Oberärzten.

Dazu zählen im Besonderen auch die Ärztinnen: Die Medizin wird weiblich, deshalb sind Frauen in leitenden Positionen wichtige Ansprechpartner für uns. Wir wollen sie dabei unterstützen, in leitende Positionen zu gelangen. Daher freut es mich sehr, dass wir jetzt mit Frau Prof. Wagler eine weitere Kollegin in unser Präsidium gewählt haben.

Ganz generell wollen wir die Sorgen und Nöte unserer Mitglieder erfragen und bei der Lösung Hilfe anbieten. Die Mitglieder oder potentiellen Interessenten möchten berechtigterweise von uns wissen: Was habe ich vom VLK, der einen stattlichen Beitrag haben will? Da muss neben der satzungsmäßigen Rechtsberatung und unserer wichtigen politischen Arbeit in Berlin auch mehr individualisierte Beratung und Hilfe rüberkommen und das wenn möglich lange bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist.

? Arzt und Krankenhaus: Was konkret wollen Sie und Ihre neue Mannschaft anders machen als Ihre Vorgänger?

Das Präsidium des VLK hat seit Jahren gute Arbeit geleistet. Wir wollen viele dieser Projekte und Ansätze weiterverfolgen, aber auch neue Akzente setzen. Insbesondere die Art der Kommunikation mit den Mitgliedern soll erkennbar verjüngt werden. Das gilt für den Internetauftritt, die VLK News, die noch mehr auf unsere Themen zugeschnitten werden sollen, die Präsenz in den sozialen Medien und vieles mehr. Lassen Sie sich überraschen.

? Arzt und Krankenhaus: Glauben Sie, dass Verbandsstrukturen heute noch die ideale Form sind, um Interessen erfolgreich vertreten zu können?

Der Trend scheint gegen die Mitgliedschaft in einem Verband zu sprechen. Das erleben viele, außer denen mit einer Zwangsmitgliedschaft wie z. B. die Kammern. Aber gerade in letzter Zeit bemerke ich wieder ein zunehmendes Interesse am Verband. Es ist vielleicht so wie bei der Kirche, in die man nur geht, wenn die Not groß ist. Die Nöte unserer Mitglieder und der leitenden Ärzte sind groß und werden weiter steigen. Wenn wir dort nachhaltig unterstützen können, wird unser Verband, der schon über hundert Jahre alt ist, weiter Bestand haben und an Bedeutung gewinnen.

? Arzt und Krankenhaus: Wie könnte es Ihnen gelingen, künftig verstärkt Mitglieder an den VLK dauerhaft zu binden?

Das ist die Schlüsselfrage und aus meiner Sicht das Hauptziel, der Major End Point, an dem wir unsere Tätigkeit in ein paar Jahren messen lassen wollen.

Arzt und Krankenhaus: Vielen Dank für das Gespräch. „Arzt und Krankenhaus“ wünscht Ihnen und Ihrer neuen Mannschaft viel Erfolg.

Prof. Dr. Hajo Grundmann, Prof. Dr. Petra Gastmeier, PD Dr. Nico T. Mutters

Versorgungsnetzwerke in Zeiten zunehmender Antibiotika-resistenz: It's a small world

Hintergrund

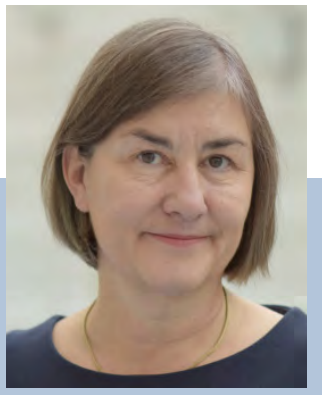
Infektionen mit multiresistenten bakteriellen Erregern (MRE) sprechen nur noch sehr unzuverlässig auf eine Therapie mit Antibiotika an. Solche Infektionen sind dementsprechend schwerer therapierbar und mit messbar höheren Morbiditäts- und Mortalitätszahlen verbunden [1]. Medizinisch notwendige Interventionen (wie z.B. Operationen, Katheterisierungen) können hierdurch mit einem schwer kalkulierbaren Gesundheitsrisiko einhergehen, vor allem wenn Infektionen mit Epidemiestämmen von krankenhausadaptieren MRE sogenannten Hochrisikoklonen auftreten Hochrisikoklone zeichnen sich durch mindestens einer der drei folgenden Eigenschaften aus: hohes Übertagungspotential (Tenazität), erhöhtes Erkrankungspotential (Virulenz), erschwerte Behandelbarkeit (Resistenz). Die zunehmende Verbreitung dieser Klone wird daher mit wachsender Besorgnis wahrgenommen. Spätestens seit dem Erscheinen einer Prioritäten Liste der WHO, welche die wichtigsten MRE als globale Bedrohung einstuft, ist dieser globale Diskurs auch in Deutschland angekommen und gewinnt an gesundheitspolitischer Bedeutung [2].

Hochrisikoklone, die sich durch multiple- teilweise sogar extreme Antibiotikaresistenz- auszeichnen, entstehen typischerweise nicht während einer Antibiotikabehandlung de-novo. Ihr Auftreten ist daher notwendigerweise zumeist das Ergebnis von Übertragungen. Unbestritten haben Hochrisikoklone einen enormen Selektionsvorteil, wenn Antibiotika in großem Stil eingesetzt werden. Sie verbreiten sich dementsprechend am effektivsten dort, wo gute Übertragungsmöglichkeiten existieren. Der Antibiotikaverbrauch, sowie die räumliche Nähe zwischen teils multimorbiden Patienten, welches häufig in Krankenhäusern der Fall ist, begünstigen also deren Verbreitung.

Aktuelle Gegenmaßnahmen nicht ausreichend

Diese Transmissionsdynamik hat uns in den letzten Jahrzehnten schmerzlich gelehrt, dass wir in unserer Aufmerksamkeit nicht nachlassen dürfen und aktuell den Kampf bei manchen MREs (z.B. Vancomycin-resistente Enterokokken, VRE) scheinbar eher verlieren denn gewinnen. Daher plädieren wir dafür, unsere konventionellen und weitgehend akzeptierten Massnahmen zur Kontrolle von MRE noch einmal kritisch zu prüfen, um diese gegebenenfalls durch gezielte, systemrelevante Interventionen zu erweitern. Wir behaupten, dass "Antibiotic Stewardship" d.h. empirisch belegte Behandlungsempfehlungen und das Erfassen und Vergleichen von Antibiotikaverbrauchsraten nicht ausreichen,

Prof. Dr. Hajo Grundmann



Prof. Dr. Petra Gastmeier

PD Dr. Nico T. Mutters

um dem Verbreitungsproblem suffizient zu begegnen. Auch das Benchmarking von Screeningraten, das im Rahmen der Qualitätssicherung den Krankenhäusern in verschiedenen Bundesländern auferlegt wird, erscheint uns als Ordnungsinstrument ungeeignet. Dabei entsprechen diese Maßnahmen durchaus dem gegenwärtigen wirtschaftspolitischen Leitbild der stationären Gesundheitsversorgung, die sich zunehmend markwirtschaftlich ausrichtet und damit auf Effizienzsteigerung und Kostensenkung abzielt. Es besteht jedoch die Gefahr, dass ein strikter Qualitätswettbewerb, der als Marktanreiz bei der Werbung um Patienten zweifellos seinen Stellenwert hat, wichtige Optimierungspotentiale vernachlässigt, die sich aus einer Kooperation von Leistungserbringern ergeben können.

Kooperation statt Konkurrenz

Es stellt sich die Frage ob Public Health-relevante Ziele, wie ein Zurückdrängen von MRE mittels Benchmarking erreicht werden kann. Freilich ist es löblich durch standardisierte Abfragen individuelle Krankenhäuser zu einer gewissen therapeutischen Disziplin drängen zu wollen oder Rechenschaft über die Einhaltung von Hygienestandards einzufordern. Jedoch eröffnen sich mit der Erfassung solcher Qualitätsindikatoren immer wieder Interpretationsspielräume, die unter den gegebenen marktwirtschaftlichen Bedingungen zur Optimierung herausfordern. Darüber hinaus sind solche Maßnahmen nicht hinreichend systemübergreifend, zeichnet sich doch eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung durch eine enge Vernetzung verschiedener Leistungsträger aus. Es ist daher wenig zielführend den Schwerpunkt auf individuelle Versorgungseinrichtungen zu legen. Vielmehr gilt es systemisch innerhalb von regionalen Netzwerken für ein einheitliches und konzertiertes Hygienemanagement zu plädieren.

Die von den Kostenträgern und dem Gesetzgeber eingeführten und empfohlenen Programme zur Kontrolle von MRE (z.B. das Hygiene-Förderprogramm, der 10-Punkte Plan des Bundesgesundheitsministers) sind in diesem Sinne bedauerlicherweise weitgehend ungerichtet und ignorieren die Dynamik, die der Verbreitung von MRE zu Grunde liegt. Angesichts des deutlich erhöhten Kolonisationsdruckes in deutschen Krankenhäusern, vor allem durch die Zunahme von Infektionen mit schwer- oder nicht mehr behandelbaren Hochrisikoklonen, muss die Belastungsfähigkeit von ganzen Versorgungsketten auf den Prüfstand gestellt werden. Dafür bedarf es einer Neubewertung und Gewichtung der Einflussgrößen, die für die MRE Verbreitung maßgeblich sind. Nur so lassen sich Ausbreitungsszenarien systemisch simulieren und Schwachstellen sektorenübergreifend, d.h. auch an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungsträger, ermitteln. Eine solche systemische Sichtweise ist schließlich die

Foto: © Stanislau_V/fotolia.com

Voraussetzung, Interventionen innerhalb von Versorgungsnetzen so zu platzieren, dass messbare Verbesserungen für die gesamte Versorgungslandschaft sichergestellt werden. Interventionen müssen daher an neuralgischen Punkten ansetzen, um den größten Effekt zur Reduktion von MRE in der gesamten Struktur von regionalen Versorgungsnetzwerken (Universitätskliniken, mittelgroße und kleine Kliniken, umliegende Hausärzte, Rehakliniken und Altenpflegeheime etc.) zu haben. Doch wie ist dies zu erreichen?

Versorgungsnetzwerke

Was für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten gilt, gilt auch für MRE in Krankenhäusern: eine Epidemie geht initial von einzelnen Keimträgern, einer sogenannten Kerngruppe, aus [3]. In dem Fall der MRE Ausbreitung besteht diese Kerngruppe aus vorwiegend chronisch- oder multipel erkrankten Menschen, für die häufige Antibiotikaanwendungen und regelmäßige Krankenhausaufenthalte kennzeichnend sind. Dabei kommt es, als Folge der Spezialisierung und Arbeitsteilung eines effizienzorientierten Gesundheitssystems, immer häufiger zu Verlegungen zwischen verschiedenen Versorgungseinrichtungen/Fachabteilungen und in der Folge zu einer zunehmenden Exposition, Selektion und Anreicherung von antibiotikaresistenten Erregern im körpereigenen Mikrobiom dieser Patienten. Auf diese Weise folgt die MRE Problematik den Verlegungsströmen, wobei Patienten mit vielen stationären Vorbehandlungen das größte Risiko tragen bei wiederholter Aufnahme bereits besiedelt zu sein und resistente Erreger in Krankenhäuser einzutragen.

Die Auswertung von Verlegungsdaten in den Niederlanden und Großbritannien konnte bereits zeigen, dass die Patientenströme, unabhängig vom Zuweisungsverhalten einzelner Einrichtungen, aber auch unbeeinflusst von den staatlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme, einem ähnlichen Muster folgen [4-6].

Dabei ähneln Verlegungsnetzwerke von Krankenhauspatienten in vielerlei Hinsicht sozialen Netzwerken. Zwar sind sie nicht so schleunig, aber ähnlich vernetzt wie diese. So lassen sich typische Phänomene von sozialen Netzwerken wie Cliquenbildung, Hierarchien und Skalenfreiheit auch für Patientenströme nachweisen. Was sich im sozialen Netz als eine Clique (d.h. eine Gruppe von eng vernetzten Teilnehmer) darstellt ist aus der Versorgungsperspektive die regionale Kooperation von Leistungsträgern. Es zeigt sich nämlich, dass Krankenhäuser innerhalb einer geographisch begrenzten Region untereinander unverhältnismäßig mehr Patienten austauschen, als mit Leistungsträgern außerhalb der eigenen Versorgungsregion. Dies ist einerseits, Ausdruck nachbarschaftlicher Kooperation, aber auch der nachvollziehbare Wunsch von Patienten, weite Anreisen zu vermeiden [6, 7]. Darüberhinaus liegen im Zentrum von regionalen Verlegungsnetzen fast immer tertiäre Einrichtungen, also Universitätskliniken oder entsprechende Zentren der Maximalversorgung, die durch ihre hohe Spezialisierung unverhältnismäßig mehr Patienten aufnehmen, die bereits in anderen regionalen Kommunal- und Kreiskrankenhäusern vordiagnostiziert oder vorbehandelt wurden. Als Folge dieser Hierarchie, werden Zentren der Maximalversorgung häufiger mit Patienten konfrontiert, die bereits bei Aufnahme mit MRE besiedelt oder infiziert sind [5]. Beispielsweise zeigen auch die Daten des deutschen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS, Tabelle 1) die großen Unterschiede im Nachweis von multiresistenten Erregern bei Aufnahme auf Intensivstationen in Universitätskliniken gegenüber Nicht-Universitätskliniken. Auch sind diese Zentren die am besten vernetzten innerhalb des gesamten nationalen Verlegungsnetzwerkes. Diese Vernetzungsdichte besitzt eine typische skalenfreie Symmetrie [8]. Hierfür kennzeichnend ist ein frappierendes Ungleichgewicht der kleinen Zahl von Maximalversorgern, die allerdings den höchsten Vernetzungsgrad mit allen anderen Einrichtungen haben [5]. Skalenfreiheit entspricht dem sogenannten Paretoprinzip, was so viel bedeutet, dass die 20% der meistvernetzen 80% aller Netzwerkverbindungen auf sich vereinen, die verbleibenden 80% lediglich 20% aller Vernetzungen unterhalten.

Mathematische Modellierung von Epidemien

Mit der Hilfe von Netzwerktheoremen lässt sich mathematisch vorhersagen, wie eng Krankenhäuser durch Patientenverlegungen miteinander verknüpft sind, womit sich eine Maßzahl für die Durchdringungsfähigkeit von Versorgungssystemen für MRE (und alle anderen übertragbaren Erkrankungen) ergibt. Diese Durchdringungsfähigkeit unterliegt landestypischen Mustern aber auch regionalen und temporären Schwankungen. In England ist das Verlegungsnetzwerk beispielsweise viel enger verwoben als in den Niederlanden, wodurch die Belastbarkeit des Netzwerkes gegenüber einer Ausbreitung eines MRE, im Vergleich zu den Niederlanden deutlich geringer ist [4, 5]. Wir simulierten die Verbreitung von Krankenhauskeimen in den Niederlanden und England an-

hand aller Patientenbewegungen innerhalb eines Kalenderjahres und konnten zeigen, dass eine landesweite Epidemie allein durch das konservative Verlegungsverhalten in den Niederlanden 14-mal unwahrscheinlicher ist als im englischen System. Dabei hatten wir krankenhaushygienische Maßnahmen nicht einmal in das Model einbeziehen müssen.

Ebenfalls typisch für die Dynamik von Netzwerken sind Umschlagpunkte (Tipping Points), bei denen plötzlich und unvorhersehbar Belastungsgrenzen überschritten werden und sich Erreger in der Folge schlagartig ausbreiten. Für Verlegungsnetzwerke können solche Umschlagpunkte unbemerkt erreicht werden, wenn es beispielweise zu einem Anstieg von überregionalen Verlegungen kommt oder sich neue Patientenströme durch Veränderungen in den Versorgungsstrukturen eröffnen. Solche Überschreitungen der Belastbarkeit können dann eine katastrophale (d.h. systemische) Ausbreitung von MRE innerhalb kurzer Zeit nach sich ziehen. Beispiele für das Überschreiten von Tipping Points werden in Griechenland, Italien, Rumänien und Israel vermutet. In Italien ließ sich beispielsweise eine 10-fache Zunahme von Carbapenemase-produzierenden Klebsiellen, die auch gegen Reserveantibiotika resistent waren, in einem Zeitraum von nur drei Jahren (2009 - 2013), in allen Krankenhäusern, die am europäischen Surveillance System teilnehmen, nachweisen. Dabei kam es auch zu einem entsprechendem hohen Impact auf das klinische Outcome im Sinne von hohen Letalitätsraten [9].

Systemdynamische Interventionen zur Kontrolle von MRE

Aus den obengenannten Überlegungen und auf der Grundlage einer zunehmend überzeugenden Datenlage aus anderen Ländern Europas, ist daher auch für die deutsche Versorgungslandschaft ein Umdenken erforderlich. Für die Eindämmung und bessere Kontrolle von MRE ist es unzureichend Krankenhäuser an ihrem individuellen Qualitätsmerkmalen als Leistungsanbieter zu messen. Vielmehr ist es notwendig ihren relativen Beitrag in der infektionsepidemiologischen Gesamtdynamik zu bestimmen. Daher muss es der Präventionsforschung gelingen den Blick vom lokalen Anbieter auch auf regionale Versorgungsnetzwerke auszudehnen. Um dies zu erreichen, wären zwei Bedingungen zu erfüllen. Zum ersten müssen sich Wahrnehmungen ändern, und zum zweiten müssen existierende Datenquellen nutzbar gemacht werden. Alle Teilnehmer von regionalen Leistungsgemeinschaften, d.h. Zuweiser, Akutkrankenhäuser und nachsorgende Einrichtungen, müssen sich ihrer engen und gemeinsamen epidemiologischen Schicksalsgemeinschaft bewusst werden. Dazu fehlt jedoch in Deutschland der Zugang zu Daten, die es ermöglichen, regionale Versorgungsnetzwerke in ihrer funktionellen Dynamik und geographischen Ausdehnung abzubilden. Notwendig dafür wäre die Illustration von Patientenströmen, die sich aus den Aufnahme- und Entlassungsdaten von Patienten über Jahreszeiträume mühelos darstellen lassen. Diese jedoch stehen lediglich den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zur Verfügung und sind gegenwärtig keiner wissenschaftlichen anonymisierten Analyse zugänglich.

	Nicht-Universitäsklinik		Universitäts-Klinik		
	Anzahl Intensivstationen	Median Prävalenz bei Aufnahme (pro 100 Patienten)	Anzahl Intensivstationen	Median Prävalenz bei Aufnahme (pro 100 Patienten)	p-Wert
MRSA	145	1,20	27	1,52	0,234
VRE	30	0,34	12	1,50	0,017
3MRGN	43	1,56	23	5,45	0,002
4MRGN	43	0,11	23	0,70	0,001

Tabelle 1: Nachweis von multiresistenten Erregern bei Patienten, die auf Intensivstationen aufgenommen wurden, im Rahmen der Intensivstationskomponente des Krankenhausinfektions-Surveillance-Systems (KISS) von 2013-17 (Es wurden nur Intensivstationen berücksichtigt, die bei allen Patienten ein Aufnahmescreening auf multiresistente Erreger durchführen)

MRSA= Methicillin-resistente S. aureus, VRE= Vancomycin resistente Enterokokken, 3MRGN= gramnegative Stäbchen, die gegen drei von vier Antibiotikaklassen resistent sind; 4MRGN= gramnegative Stäbchen, die gegen vier von vier Antibiotikaklassen resistent sind; Signifikanztestung mitttels Wilcoxon-Test

Konsequenz

Für systemrelevante Interventionen wären solche Informationen jedoch entscheidend, ließen sich doch die Indikationen zum Aufnahme- oder Entlassungsscreening den Nettopatientenströmen anpassen, so dass nicht alle Gesundheitseinrichtungen dasselbe Maß an präventiven Maßnahmen vorhalten müssten bzw. Maßnahmen zielgerichtet und viel effektiver eingesetzt werden könnten. Genau hier liegt allerdings auch das Problem aktuell existierender sogenannter MRE Netzwerke. Unter Moderation des öffentlichen Gesundheitsdienstes entstanden in den letzten Jahren in Deutschland über 100 regionale Netzwerke. Diese Netzwerke jedoch basieren keineswegs auf den Verlegungsströmen der Patienten, also der vorhersehbaren Verbreitungswege von MRE in Versorgungsgemeinschaften, sondern folgen zumeist den administrativen Grenzen von Regierungsbezirken bzw. Gesundheitsämtern. Auch tragen die meisten MRE Netzwerke nicht der Tatsache von Bundesländer-überschreitenden Versorgungsstrukturen Rechnung, obwohl gerade in Grenzregionen die Patientenströme keine Ländergrenzen respektieren. Die Analyse der lokalen Netzwerktopologie, basierend auf den wirklichen Patientenströmen kann hingegen zu gezielten Interventionen und hierdurch auch für eine kosteneffizientere Implementierung einer Strategie zur Kontrolle der weiteren Verbreitung von MRE genutzt werden. Die systemische Analyse kann ebenso zur Simulation von Ausbrüchen und Voraussagen über die Belastbarkeit von regionalen Netzwerken herangezogen werden. Hierdurch können Schwachstellen erkannt werden und gezielte Gegenmaßnahmen empfohlen werden. Nur die gemeinschaftliche, konzertierte Umsetzung von Hygienemaßnahmen durch Kommunikation und Transparenz beim Auftreten von MRE-Problemen wird es möglich machen die Ausbreitung von MRE dauerhaft zu bremsen. Wir dürfen nicht mehr nur das eigene Krankenhaus sehen, sondern müssen die tatsächliche Situation des uns umgebenden Netzwerkes verstehen und beeinflussen lernen.

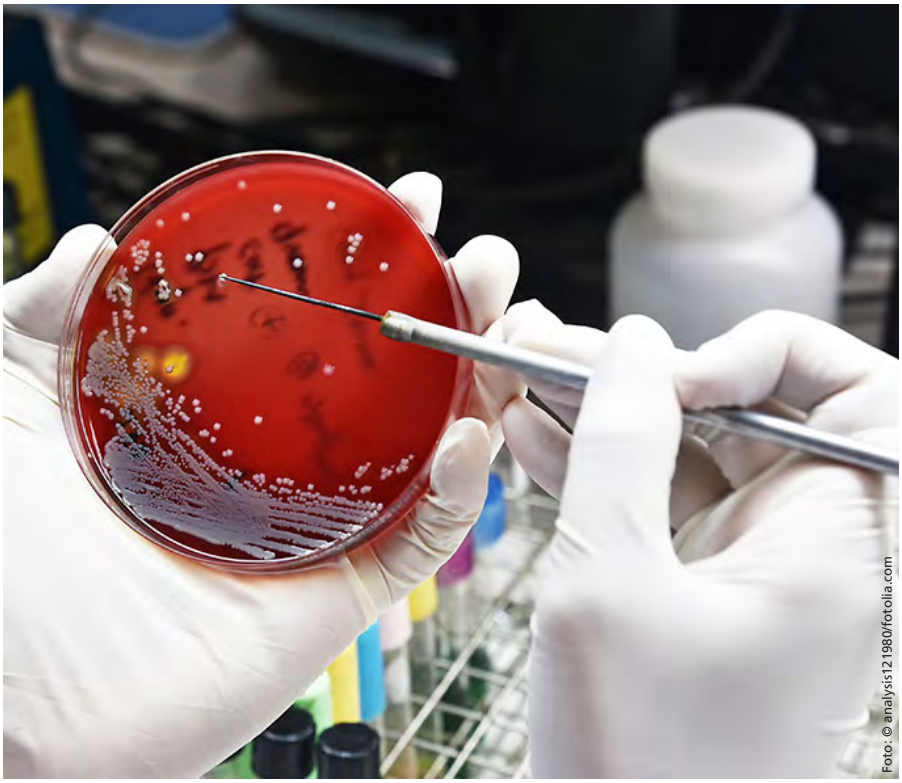


Foto: © analysis121980/fotolia.com

Referenzen

1. Lye DC, Earnest A, Ling ML, Lee TE, Yong HC, Fisher DA, et al. The impact of multidrug resistance in healthcare-associated and nosocomial Gram-negative bacteraemia on mortality and length of stay: cohort study. Clin Microbiol Infect. 2012;18(5):502-8.
2. Tacconelli E, Carrara E, Savoldi A, Harbarth S, Mendelson M, Monnet DL, et al. Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. Lancet Infect Dis. 2018;18(3):318-27.
3. Lerner A, Adler A, Abu-Hanna J, Cohen Percia S, Kazma Matalon M, Carmeli Y. Spread of KPC-producing carbapenem-resistant Enterobacteriaceae: the importance of super-spreaders and rectal KPC concentration. Clin Microbiol Infect. 2015;21(5):470 e1-7.
4. Donker T, Wallinga J, Grundmann H. Patient referral patterns and the spread of hospital-acquired infections through national health care networks. PLoS Comput Biol. 2010;6(3):e1000715.
5. Donker T, Wallinga J, Slack R, Grundmann H. Hospital networks and the dispersal of hospital-acquired pathogens by patient transfer. PLoS One. 2012;7(4):e35002.
6. Gibbons CL, van Bunnik BAD, Blatchford O, Robertson C, Porphyre T, Imrie L, et al. Not just a matter of size: a hospital-level risk factor analysis of MRSA bacteraemia in Scotland. BMC Infect Dis. 2016;16:222.
7. Donker T, Wallinga J, Grundmann H. Dispersal of antibiotic-resistant high-risk clones by hospital networks: changing the patient direction can make all the difference. J Hosp Infect. 2014;86(1):34-41.
8. Donker T, Reuter S, Scriberras J, Reynolds R, Brown NM, Torok ME, et al. Population genetic structuring of methicillin-resistant Staphylococcus aureus clone EMRSA-15 within UK reflects patient referral patterns. Microb Genom. 2017;3(7):e000113.
9. Caselli D, Cesaro S, Fagioli F, Carraro F, Ziino O, Zanazzo G, et al. Incidence of colonization and bloodstream infection with carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in children receiving antineoplastic chemotherapy in Italy. Infect Dis (Lond). 2016;48(2):152-5.

Kontaktdaten der Autoren:

Prof. Dr. Hajo Grundmann,
Institut für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg,
Breisacher Straße 115B, 79106 Freiburg
E-Mail: hajo.grundmann@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. Petra Gastmeier,
Institut für Hygiene und Umweltmedizin,
Charité Universitätsmedizin Berlin,
Hindenburgdamm 27, D-12203 Berlin
E-Mail: petra.gastmeier@charite.de

PD Dr. Nico T. Mutters,
Institut für Infektionsprävention
und Krankenhaushygiene,
Universitätsklinikum Freiburg,
Breisacher Straße 115B, 79106 Freiburg
E-Mail: nico.mutters@uniklinik-freiburg.de

Dr. Josef Düllings

Strukturbereinigung nach dem Windhund-Prinzip

Auf den Hund gekommen

Schaut man sich Windhundrennen an, so sieht man magere, unansehnliche Tiere, die mit hohem Tempo einem Bündel Flatterband hinterherjagen in der falschen Hoffnung, sie könnten den Hasen packen. Am Ende haben sie sich nur bis zur Erschöpfung verausgabt. In welcher Reihenfolge sie ins Ziel gehen, spielt für sie keine Rolle. Obwohl Windhunde fünfzehn Jahre alt werden können, werden sie von ihren Besitzern meist nach fünf Jahren getötet, weil sie infolge der Hetzjagden nicht mehr zu gebrauchen sind. In Deutschland sind professionelle Windhundrennen verboten.

So wie dem Veranstalter von Windhundrennen scheint es auch der Politik um Selektion zu gehen. So steht das Flatterband für gesetzte Qualität, die die meisten Krankenhäuser nicht erreichen können. Diese Selektion führt dazu, dass beim Patienten Qualität nicht wirklich ankommt, sondern tendenziell überhaupt nichts mehr, wenn Krankenhäuser Leistungsangebote vorübergehend oder gänzlich aus dem System nehmen, wie man es aktuell in der wohnortnahen Geburtshilfe erlebt.

Selektion nach dem Windhund-Prinzip

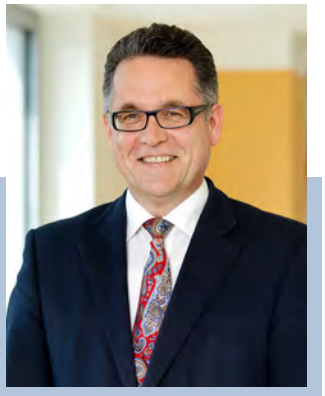
Aktuell zeichnen sich Entwicklungen ab, die solche Assoziationen wachrufen und nachdenklich stimmen:

1. Die durch den GBA 2013 beschlossene Anhebung der Strukturqualität für Perinatalzentren, insbesondere die Vorhaltung einer 1-zu-1-Betreuung von Frühchen durch neonatologische Intensivpflegende. Trotz einer Übergangsregelung bis Ende 2019 kam es schon aktuell zu Abmeldungen und problematischen Verlegungen von Frühchen. Nach Angaben der DKG können über 80 % der Perinatalzentren die Vorgaben nicht erfüllen und melden sich stattdessen von der Versorgung ab. Hauptgrund ist die mangelnde Verfügbarkeit von Pflegekräften. Ob das bessere Versorgungsqualität ist, muss bezweifelt werden.

2. Die Anhebung der Strukturqualität für die Erbringung aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlungen durch das DIMDI vom Oktober 2017. Hier käme schon der Verdacht auf, dass es sich um ein Windhundrennen handelt. Denn ein Krankenhaus, das 2018 die gleiche Leistung ohne Erlösverlust wie 2017 erbringen wollte, hätte innerhalb von nur zwei Monaten folgende Strukturen einrichten müssen:

1. Rufdienst durch Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Dazu hätte man vier bis fünf Fachärzte mit dieser Zusatzqualifikation aus dem Hut zaubern müssen,

2. Hybrid-OP – wahrscheinlich bei Mediamarkt zu kaufen – und



Dr. Josef Düllings

3. 24/7-Bereitschaft für MRT-Untersuchungen.

Die meisten Krankenhäuser waren in zwei Monaten nicht dazu in der Lage. Viele Häuser haben das Problem sogar erst im Frühjahr 2018 bemerkt. Die Unternehmensberatung Kaysers Consilium geht bundesweit von etwa 190 Mio. Euro Erlösverlust aus, der mit einem Federstrich infolge einer Änderung der Codebeschreibung durch das DIMDI mal eben so ausgelöst wurde.

3. Nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) müssen bestimmte Fachabteilungen ab 2019 eine definierte Mindestzahl an Pflegenden im Verhältnis zur Patientenzahl einsetzen und dies schichtadaptiert. Wer passager oder dauerhaft zu wenige Pflegekräfte für zu viele Patienten hat, muss Betten vorübergehend schließen oder ganz abbauen. Das empfiehlt auch der Bundesgesundheitsminister mit Blick auf die vermeintlichen Über-

kapazitäten und in der nicht evidenzbasierten Hoffnung, dass genau an den Stellen zu wenige Pflegekräfte sind, wo sich auch die Überkapazitäten befinden. Allerdings zeigen gerade viele Patienten einen erhöhten Bedarf. Die Logik der Bundesgesundheitspolitik und der Blick auf die Praxis erschließt einem vom Standpunkt der Praxis nicht sofort in Gänze. Jedenfalls gelten die Vorgaben für die Intensivmedizin, Kardiologie, Geriatrie und Unfallchirurgie.

Auch hier kann man sich schon jetzt auf Unterversorgung durch Abmeldung einstellen. Darin haben zahlreiche Krankenhäuser auch schon Übung, nämlich in den kommenden Monaten, wenn es darum geht, vor allem ältere Patienten mit Grippe und anderen jahreszeitüblichen Infekten zu versorgen. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts fielen die Grippewellen 2017/2018 und auch bereits 2016/2017 besonderes heftig aus. Mit der letzten Grippewelle sollen über 1.600 Patienten an den Folgen der Infektion gestorben sein. Die meisten Betroffenen waren 60 Jahre und älter (87 Prozent). Wenn Kliniken unter Wahrung der Strukturvorgaben dann abmelden müssen, ist dies die schlechteste Qualität, die beim Patienten ankommt, nämlich gar nichts. Das kann weder vom Gesetzgeber noch von den Krankenkassen für ihre Versicherten so gewollt sein. Man kann nur hoffen, dass die diesjährige Grippewelle nicht so stark kommt. Sonst wird es einen medialen Aufschrei geben. Das Problem liegt dann, zwar unter Beschädigung des Rufs der Kliniken, aber doch wieder auf dem Schreibtisch der Politik.

Die Liste dieser Beispiele ließe sich noch fortsetzen. Insgesamt glaubt man, über Vorgaben auf der Makroebene die Versorgungsqualität auf der Mikroebene steuern zu können. Dies kann nur als praxisferne Utopie bezeichnet werden. Wenn das aber so ist, dann muss das Ziel ein anderes sein.

Foto: © R.Bitzer Photography/fotolia.com

Ein gut durchdachtes System ad absurdum

Die eben beschriebene Qualitätsstrategie entpuppt sich damit als Methode zur Strukturbereinigung und macht in dieser Perspektive auch wieder Sinn. Ob das politisch jedoch durchzuhalten ist, diese Frage sollte man besser vorher klären, ehe man den Weg weitergeht. Denn auch die in den letzten Jahren hochgekochte Pflegeproblematik ist ja unter anderem ausgelöst worden durch gesetzgeberische Beschlüsse und fortgesetzte irrationale Rechtslagen durch Unterlassen.

Das elaborierte und vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Exzellenz entwickelte deutsche DRG-System ist vor allem durch folgende fünf Faktoren diskreditiert worden, ohne dass dies in der gesundheitspolitischen Debatte der letzten Jahre einmal ausreichend reflektiert worden wäre:

1. Das GKV-Finanzierungsgesetz, das ab 2011 eine gegen die Kliniken gerichtete doppelte Degression einführte, um – unter dem längst überholten Eindruck der Finanzkrise – die Finanzlage der Krankenkassen zu stabilisieren, wobei das Wirtschaftswachstum bereits in der Phase der Gesetzgebung 2010 wieder bei über 3 Prozent lag und für eine solche völlig überzogene gesetzgeberische Stabilisierung der Kassenfinanzen überhaupt kein Anlass bestand.

2. Die jahrelange Preis-Tarif-Schere, die unverändert anhält. Insbesondere die strukturellen Tarifsteigerungen werden gesetzgeberisch überhaupt nicht abgebildet. Stattdessen wird Volksverdummung betrieben, indem man von Kassenseite die „Meistbegünstigungsklausel“ in den Vordergrund stellt. Wenn man aber fast die Hälfte der Tarifwirkung ausklammert, dann sieht auch ein kleiner Anteil von der anderen Hälfte schon nach viel aus, obwohl dies in den Krankenhäusern zu einer ständigen massiven Unterdeckung der Personalkosten von ein bis zwei Prozent pro Jahr führt, die ihnen eine von Jahr zu Jahr kumulierende stille Umsatzrendite abverlangt.

3. Das jahrzehntelange Unterlassen der gesetzlich vorgeschriebenen ausreichenden Investitionsförderung. Auch hier wird Volksverdummung betrieben. Förderung riecht nach Subvention. Und wer braucht in dieser prosperierenden Wirtschaft Subven-

tion? Der macht doch wohl nicht alles richtig. Tatsächlich geht es um eine gesetzliche Pflicht, die sich Bund und Länder selbst auferlegt und mit jeder Krankenhausgesetzgebung des Bundes, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, wiederholt konkludent bestätigt haben. Man fragt sich nur, welchen Wert hat ein so gegebenes Wort. Und Gesetze beschließt man eigentlich nicht mal eben so, wobei ich hier an Bismarck denken muss: „Gesetze sind wie Würste. Man sollte besser nicht dabei sein, wenn sie gemacht werden." Für das Krankenhaus bedeutet die Unterfinanzierung der Investitionen eine jährliche Dekkungslücke von drei bis vier Prozent des Budgets. Neben der Preis-Tarif-Schere wird den Kliniken hier eine von Jahr zu Jahr kumulierende stille Umsatzrendite abverlangt, die deutlich über die Unterfinanzierung der Personalkosten hinausgeht, und als weitere Zusatzbelastung eben noch oben draufkommt.

4. Durch die Geldgier der Krankenkassen, unterstützt durch „Fachärzte für Aktenmedizin" beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), für ihre Versicherten zwar die Leistungen der Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen, aber lieber nichts oder möglichst wenig dafür zu bezahlen. Die Vergütungsrückholung trotz erbrachter Leistungen beläuft sich nach Erkenntnissen der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) mittlerweile auf über zwei Milliarden Euro jährlich, die in der Öffentlichkeit verkauft werden als Falschabrechnung bis hin zum unterstellten Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser.

5. Die zunehmende Vergiftung der Krankenhäuser durch den gesetzgeberisch induzierten Bürokratismus, ein Gift, das in den Krankenhäusern zunehmende Lähmungserscheinungen zeigt. In der täglichen Praxis manifestiert sich der Eindruck, dass die um sich greifende Checklistenmedizin mit immer höher getriebenen Ansprüchen an Strukturqualität und Komplexitätsverarbeitung nicht das Ziel hat, die Qualität zu verbessern. Denn Ärzte und Pflegende werden vom Krankenbett abgezogen, um dieses System zu bedienen. Qualität am Patienten entsteht aber nicht dadurch, dass Ärzte und Pflegende sich primär mit der Akte beschäftigen, sondern dadurch, dass sie sich primär mit dem Patienten beschäftigen.

Insgesamt hat also nicht das DRG-System zu einer verschärften Ökonomisierung der Krankenhäuser geführt, wie oft fälschlich behauptet wird, sondern die vorgenannten fünf Faktoren. Insbesondere das GKV-Finanzierungsgesetz hat zu steigenden Überschüssen und Rücklagen bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds von aktuell annähernd 30 Milliarden Euro geführt, aber auch zu Kollateralschäden in der Pflege, die jetzt mit viel Aufwand wieder korrigiert werden müssen.

Zunehmende Verwerfungen

Die Krankenhäuser sind zunehmend mit solchen Verwerfungen in der Versorgungsqualität am Patienten konfrontiert: Aufnahmestopp, Weiterverlegungen, Verunsicherung des Patienten – nur um konform zu sein mit verordneten starren Pflegepersonalquoten. Solange es bei einzelnen Maßnahmen blieb, schadete es dem Gesamtsystem kaum. Mittlerweile werden aber an immer mehr Stellen immer mehr Vorgaben zur Strukturqualität eingeführt und vorbereitet. Neben den eben genannten kommen noch hinzu:

- Die BSG-Rechtsprechung zur geriatrischen Komplexbehandlung
- Die BSG-Rechtsprechung zur neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und
- Die diskutierte Erweiterung und Anhebung der Vorgaben für Mindestmengen

Da die Vorgaben mit immer kürzerer Vorlaufzeit in Kraft gesetzt werden, befinden sich die Krankenhäuser tatsächlich in einem Windhundrennen, das die meisten nicht gewinnen können. Ab 2020 sollen die Pflegepersonaluntergrenzen laut BMG sogar weiterentwickelt werden zu einem „Gesamthausansatz" mit verschärften Konsequenzen für die Krankenhäuser.

GBAtrisierung der Länder

Gegenüber den Ländern ist eine zunehmende GBAtrisierung zu beobachten. Der GBA greift bei umstrittener Legitimation immer mehr in grundgesetzliche Rechte der Länder ein. Von der Bundesebene heißt es dann „Wettbewerbsregulierung". Dabei fragt man sich, welcher Wettbewerb gemeint ist. Die Kliniken können weder die Preise für ihre Leistungen selbst festlegen, noch können sie ihr Leistungsspektrum frei definieren. Trotz eindeutiger gesetzlicher Vorgaben werden ihre Investitionskosten nicht oder nur minimal gefördert. Und auch ein alternativer Zuschlag für Investi-

tionskosten auf die Preise ist nicht zulässig. Also wo ist dieser Wettbewerb, der von oben reguliert werden muss?

Ich sehe hier einen ordnungspolitischen Konflikt zwischen Plan und Pseudowettbewerb. Dieser Konflikt wird als Verfahren zur Strukturbereinigung von den politischen Entscheidern in Bund und Ländern akzeptiert. Die Passivität der Länder verhält sich umgekehrt proportional zum Qualitätsaktionismus des GBA. Herausgekommen ist aus meiner Sicht bisher nicht viel Gutes.

Erkenntnisse und was zu tun ist

1. Schon die Einführung der DRGs hat nach immerhin fünfzehn Jahren nicht das erhoffte Ziel erreicht. Die Strukturbereinigung ist ausgeblieben. Das System hat in letzter Konsequenz eher Kollateralschäden produziert, die von der Politik mühsam und aktuell am Beispiel Pflege mit enormem Aufwand korrigiert werden müssen.

2. Auch die pseudoqualitätsgesteuerte Wettbewerbsregulierung durch den GBA wird nicht das erhoffte Ziel einer Strukturbereinigung bringen, sondern ebenfalls zu Kollateralschäden führen, die hoffentlich früher korrigiert werden. Bayern verfolgt hier zurzeit einen interessanten Ansatz, der es Krankenhäusern in ländlichen Regionen erlauben soll, ihr Angebot umzustrukturieren, so dass die Standorte zukunftsfähig werden. Bayern will dabei rund drei Milliarden Euro bis 2022 investieren. Dies könnte ein Modell sein, mit dem die Krankenhausbranche in ländlichen Regionen den nötigen Strukturwandel ohne Kollateralschäden vollzieht.

3. Strukturbereinigung funktioniert nur, wenn es nicht ein hintergründiges Ziel ist, sondern ein vordergründiges. Wenn wir ehrlich sind, geht es um eine Strukturkonzentration, die heute mittlerweile fast jeder akzeptiert – im Sinne der Qualität wie auch der ökonomischen Effizienz.

4. Alle internationalen Erfahrungen lehren: Strukturkonzentration ist nicht zum Nulltarif zu haben. Politik und Krankenkassen scheinen derzeit aber zu glauben, es könnte zum Nulltarif funktionieren. Strukturkonzentration muss finanziert, geplant und moderiert werden. Und damit sind wir wieder bei den Aufgaben der Länder, die sie im Patienteninteresse gerade jetzt beherzter anpacken sollten als bisher.

5. Die Politik muss aber auch für sich selbst erst einmal klar haben, was sie will. Politische Entscheider auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene handeln in unterschiedliche Richtungen. Nicht einmal innerhalb einer Partei gibt ein politisches Konzept zur Zukunft der Krankenhausbranche. Hier sei nur auf das Beispiel der Mühlenkreiskreiskliniken in Ostwestfalen-Lippe verwiesen. Wenn ein Krankenhausträger sich zu einer dem System angepassten Umstrukturierung entschließt, wofür die Bundesebene mit dem DRG-System und den Qualitätsvorgaben den Rahmen setzt, sollten Bürgermeister vor Ort nicht sagen können: „Nein, es muss alles so bleiben, wie es ist“. Die Politik sollte den, der zur Umstrukturierung bereit ist, nicht im Regen stehen lassen, sondern unterstützen. Hier wäre es gut, wenn die Politik als für die Daseinsvorsorge der Bürger Letztverantwortliche endlich mal zu einer einheitliche Linie fände. Wie es bisher läuft, ist unprofessionell und nicht patientenorientiert.

6. Ein lohnendes Ziel wäre aus meiner Sicht daher, vorrangig an einer strukturellen Neuordnung der Krankenhausversorgung zu arbeiten. Erster Schritt wäre, gemeinsam einen Masterplan „Zukunft Deutsches Krankenhaus“ zu erarbeiten.

7. Sollten sich Bund und Länder dadurch angesprochen fühlen, sollten die Akteure, die zur Problemlösung beitragen können, zusammengebracht werden. Noch ist dies ohne Zeitdruck möglich, wenn Krankenhäuser politisch eine höhere Priorität bekämen. Man kann jetzt schon die Uhr danach stellen: Die Babyboomer werden mit doppelter Jahrgangsbesetzung bis 2030 in die behandlungsrelevanten Altersjahrgänge aufsteigen. Sollte sich zeitgleich die wirtschaftliche Lage verschlechtern, bestünde diese Option nicht mehr und wir hätten politisch eine kaum noch zu bewältigende Problemlage.

Also, warum weiter die Umwege gehen, wenn wir die Abkürzungen schon kennen?

Kontaktadresse des Autors:
Dr. Josef Düllings
Präsident des Verbandes der
Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.
und Hauptgeschäftsführer
St. Vincenz-Krankenhaus GmbH
und St. Josef-Krankenhaus gGmbH, Paderborn
E-Mail: j.duellings@vincenz.de

Dr. Sabine Löffert, Dr. Petra Steffen

Patientenbefragungen im Krankenhaus[1]

Patientenbefragungen gehören heute schon oft zum Krankenhausalltag. Fast alle Krankenhäuser erfragen die Zufriedenheit ihrer Patienten, wie auch die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2014 zeigen (DKI 2014). Aber diese sowie andere Studien zeigen auch, dass das Potenzial, das Patientenbefragungen bieten, meist nicht ausgeschöpft wird. So werden aus den Ergebnissen bei Bedarf meist keine konkreten Lösungen oder Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt und deren Erfolge nur selten flächendeckend kontrolliert (DKI 2014). Das hat unterschiedliche Gründe, wie z. B. knappe Ressourcen im Krankenhaus, eine unregelmäßige Durchführung der Befragungen oder ein nicht optimales Umsetzungskonzept, z. B. im Sinne eines PDCA-Zyklus. Die Ursachen können auch in den Befragungen selbst liegen. Beispielsweise werden nicht immer alle notwendigen Aspekte erhoben, messen diese nicht immer die auftretenden Veränderungen oder zeigen die dargestellten Ergebnisse nicht immer direkt auf, wo Handlungsbedarf besteht bzw. welche Maßnahmen ergriffen werden sollten. Zurückzuführen ist dies oft auf eine unzureichende Umsetzung der Befragung oder Fehler bei der Fragebogenentwicklung. Viele Fragebögen sind auch nicht wissenschaftlich validiert. Zusammengefasst birgt dies die Gefahr, dass Schlüsse gezogen werden, die streng genommen nicht aus den Befragungsergebnissen abgeleitet werden dürften.

Der DKI-Qualitätsstandard: Wissenschaftlich validierte Fragebögen

All dies hat das DKI veranlasst eine eigene, wissenschaftlich validierte Patientenbefragung zu entwickeln (siehe Abbildung 1). Zunächst wurde eine ausführliche Literaturanalyse durchgeführt, um den aktuellen, wissenschaftlich gültigen Stand bei der Umsetzung und den Inhalten von Patientenbefragungen zu ermitteln. Hierbei wurde, um den Fragebogen optimal gestalten zu können, auch recherchiert, wie die verschiedenen Aspekte des Krankenhausaufenthaltes zusammen hängen und welche gegenseitigen Einflüsse vorliegen. Beispielsweise wurde fokussiert, was sich auf die Zufriedenheit oder Weiterempfehlungsbereitschaft auswirkt. Auf Basis der Erkenntnisse wurde ein erster, sehr ausführlicher Fragebogen formuliert, der alle relevanten Bausteine entlang des Krankenhausalltags umfasste. Dieser Fragebogen wurde im Anschluss an einen internen Reviewprozess zunächst in einem kognitiven Pretest mit Patienten geprüft. „Think-aloud-Interviews“ wurden genutzt, um den Fragebogen auf seine Verständlichkeit und Vollständigkeit zu testen. Es wurden Patienten verschiedener

Dr. Sabine Löffert

Dr. Petra Steffen

Krankenhausabteilungen, so z. B. von onkologischen Abteilungen oder der Kinderklinik gebeten, den Fragebogen im Beisein eines Interviewers auszufüllen und dabei „laut zu denken“. Verständnisprobleme, fehlende Fragen oder Antwortkategorien wurden somit aufgezeigt. Im Anschluss an die Interviews wurde der Fragebogen entsprechend angepasst. Dieser Fragebogen wurde in größeren Stichproben von Patienten unterschiedlicher Fachabteilungen eingesetzt. Hier wurden z. B. auch Mammakar-

[1] Vortrag gehalten am 15.11.2018 im Rahmen des 41. Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf

zinom-Patientinnen oder Eltern befragt. Die Antworten wurden, als eine ausreichende Anzahl von Patienten den Bogen ausgefüllt hatte, teststatistisch ausgewertet. Mit Überarbeitung und Kürzung des Fragebogens liegt nun die Version vor, die von allen interessierten Krankenhäusern eingesetzt werden kann.

Das Bausteinsystem der DKI-Patientenbefragung

Die DKI-Patientenbefragung besteht aus verschiedenen Bausteinen – das Spektrum reicht von der Krankenhausorganisation über die Interaktionsqualität zwischen Arzt oder Pflegekraft und Patient bis zur Patientensicherheit (siehe Abbildung 2). Die Bausteine beinhalten wiederum unterschiedliche Module, die die wesentlichen Aspekte des Krankenhausaufenthaltes wiederspiegeln. So verbergen sich hinter dem Baustein „Interaktion und Kommunikation“ z. B. die Module „Verständnis Heilungsprozess und Behandlungsmanagement“ und „Empathisches Kommunikationsverhalten“. Die einzelnen Module wiederum bestehen aus verschiedenen Fragen. Deren Zugehörigkeit zu einem Modul wurde unter Festlegung bestimmter Gütekriterien teststatistisch geprüft. Beispielsweise wurden Faktoren- und Reliabilitätsanalysen durchgeführt.

Der Schwerpunkt der DKI-Patientenbefragung liegt auf der Personal-Patient-Interaktion und der Information und Kommunikation, da sich in vielen Studien sowie auch den Erfahrungen der Praktiker in den oft hektischen und ressourcenknappen Krankenhäusern gezeigt hat, dass vor allem hier oft Optimierungsbedarf besteht. Auch sind dies Bereiche, die sich, so das Ergebnis vieler Studien, direkt auf die Zufriedenheit, das Image und die Weiterempfehlungsbereitschaft auswirken.

Im Rahmen der Fragebogenvalidierung wurde festgelegt, welche Module zum Basisfragebogen gehören bzw. welche als Zusatzmodule nutzbar sind. Die Festlegung von Basismodulen ermöglicht ein Benchmarking mit anderen Häusern, die Bereitstellung weiterer validierter Zusatz-Module unterstützt Krankenhäuser eigene Schwerpunkte zu setzen bzw. eigene Fragestellungen unabhängig vom externen Benchmarking zu verfolgen. Somit wird zum einen ein Vergleich und zum anderen Individualität mit validiertem Standard ermöglicht. Unabhängig von der Zugehörigkeit zum Basis- oder Zusatzmodul wurde für alle Module ein leicht zu interpretierendes „Ampelschema“ entwickelt, so dass eine Einschätzung der eigenen Ergebnisse auch gut ohne ein externes Benchmarking möglich ist. Mithilfe eines regelmäßig erstellten Berichts werden Trends sichtbar und Zusammenhänge zwischen verschiedenen Bereichen deutlich.

Die DKI-Patientenbefragung trägt auch dem Umstand Rechnung, dass nicht alle Patienten in gleicher Weise befragt werden sollten. Aus diesem Grund wurden z. B. für Eltern, Kinder, Jugendliche oder onkologische Patienten spezielle Inhalte und Schwerpunkte, d. h. unterschiedliche Fragen, Fragebögen und/ oder Module entwickelt.

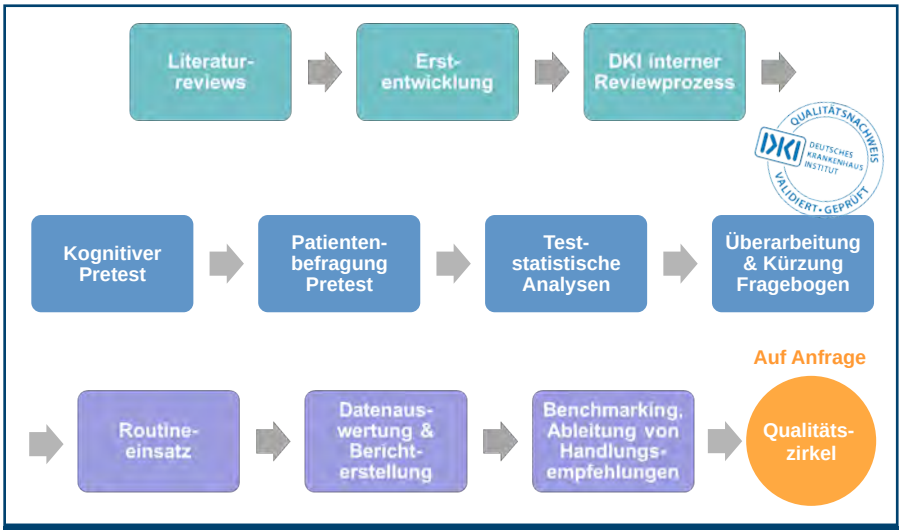


Abbildung 1: Entwicklung und Einsatz des DKI - Patientenfragebogens

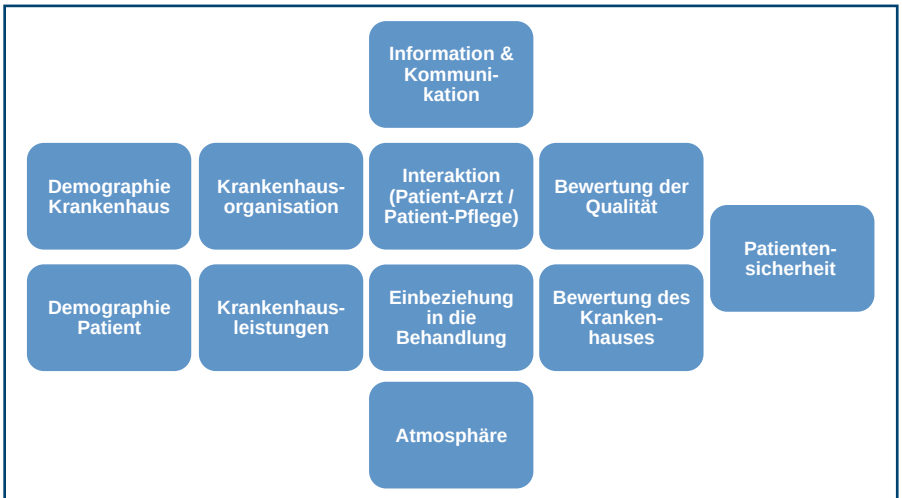


Abbildung 2: Bausteine des DKI-Fragebogens

Die Versionen für Jugendliche und Kinder arbeiten z. B. mit Piktogrammen und Bildern, bei den Fragen wurde insbesondere auf eine altersgerechte Formulierung geachtet.

Online-Patientenbefragung – der moderne Weg der Befragung

Die DKI-Patientenbefragung orientiert sich an den modernen Technologien, sie erfolgt online. Online-Befragungen bieten eine Reihe von Vorteilen. Die Ergebnisse sind schnell verfügbar, sicher und flexibel. Zudem können mit geringem Aufwand alle Patienten, auch kontinuierlich, befragt werden. Bei Veränderungen im Krankenhausalltag, sei es personell oder organisatorisch und/oder aufgrund der Umsetzung der Ergebnisse von Patientenbefragungen, können die Wirkungen ohne großen Zeitverlust überprüft werden. Für Patienten ist die Teilnahme unkompliziert, sie müssen nur auf den per E-Mail zugeschickten Link klicken und die Fragen beantworten, die sie betreffen.

Der Skepsis, dass nicht alle Patienten erreicht werden, begegnen neuste Studien, die zeigen, dass die Internet-Nutzer immer älter werden. D. h. auch ältere Patienten können problemlos befragt werden. Das belegen auch die Erfahrungen des DKI bei der Validierung des Fragebogens für Organkrebspatienten.

Neben der Online-Patientenbefragung zuhause, besteht auch die Möglichkeit, direkt im Krankenhaus die Patienten zu befragen. Über Terminals können in der Ambulanz oder Cafeteria erste Eindrücke gesammelt werden (Quickcheck). Im Krankenbett ermöglichen Tablets das Bewerten verschiedener Aspekte (Basisdiagnostik). Eine Einschätzung mit Abstand, die auch das häufig kritisierte Entlassmanagement beinhaltet, ist jedoch erst poststationär und zuhause möglich (Tiefendiagnostik).

Arzt-Patient-Interaktion im Fokus

Die Interaktion und Kommunikation zwischen Arzt und Patient gehört zu den Schwerpunkten der DKI-Befragung. Die Ergebnisse zeigen, dass beispielsweise das Vertrauen von Eltern zu den Ärzten ihrer Kinder im Krankenhaus durchweg sehr hoch ist (grüner Bereich = Werte über 80), was auch viele andere Befragungen bestätigen. Bekannt ist auch, dass die Patienten trotz eines hohen Vertrauens zum Arzt oder einer hohen Gesamtzufriedenheit, oft mit der erhaltenen Information weniger zufrieden sind. Gerade der Bereich der Interaktion und Kommunikation kann bekanntermaßen für Missverständnisse und Probleme im hektischen klinischen Alltag sorgen. So zeigt sich bei der DKI-Befragung, die hier fokussiert und zusätzliche Fragen stellt, z. B. dass nicht immer alle Ärzte in der Gesprächsführung sämtliche Aspekte eines empathischen Kommunikationsverhaltens berücksichtigen. Für die Elternbefragung einer Kinderklinik (siehe Abbildung 3) lag beispielsweise der Gesamtwert des Moduls bei 72 (gelber Bereich), so dass erste Hinweise für besondere Aufmerksamkeit bei diesem Thema sichtbar wurden. Bei differenzierterer Betrachtung wurde jedoch deutlich, dass die Ärzte einer Station mit einem Wert von 82 (grüner Bereich) ein gutes Kommunikationsverhalten den Eltern gegenüber zeigten, während bei den Kollegen auf einer anderen Station (68 = roter Bereich) erste einfache Hilfestellungen im Rahmen der Patientenkommunikation gegeben werden könnten. Die weitere Aufschlüsselung des Moduls stellte dann heraus, welche Unterstützung die betroffenen Ärzte für ihr Kommunikationsverhalten erhalten könnten: Beispielsweise haben sich die Ärzte auf allen Stationen stets bei den Eltern danach erkundigt (grüner Bereich), ob sie noch Fragen hätten. Doch mehr als ein Drittel der Eltern gaben an, dass die Ärzte nicht ihre Bedenken und / oder Ängste im Zusammenhang mit der Erkrankung und Behandlung ihrer Kinder adressiert haben. Auch erkundigten sich nur zwei von drei Ärzten, welche Ängste die Kinder in Bezug auf die besprochenen Behandlungen hatten. Hier könnten schon einfache Hinweise auf wenige

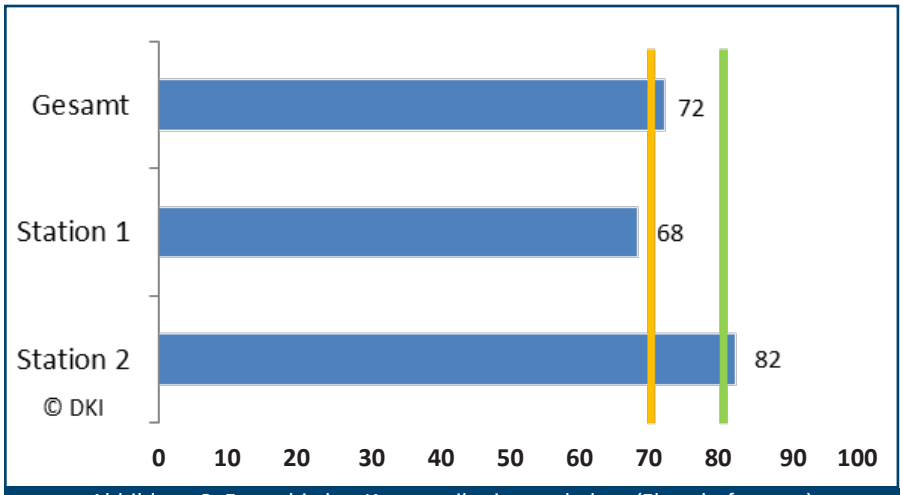


Abbildung 3: Empathisches Kommunikationsverhalten (Elternbefragung)

zusätzlich zu stellende Fragen, eine vom Patienten spürbare Veränderung des empathischen Kommunikationsverhaltens der Ärzte bewirken. Denn gerade die wichtigen Faktoren der Interaktion und Kommunikation haben einen entscheidenden Einfluss auf das Empfinden der Patienten „sich im Krankenhaus gut aufgehoben zu fühlen“ und nicht zum Schluss auf die Zufriedenheit mit der Behandlung und die Weiterempfehlungsbereitschaft.

Das empathische Kommunikationsverhalten und der Informationsfluss zwischen Arzt und Patient bzw. Eltern stehen hier in einem nicht zu vernachlässigenden Zusammenhang: So gaben zum Beispiel ungefähr zwei Drittel der Eltern an, dass sie erst am Tag der Entlassung oder einen Tag vorher erfahren haben, dass ihr Kind entlassen wird. Dies zeigt zum einen eine noch nicht optimale Umsetzung des Rahmenvertrags zum Entlassmanagements auf. Zum anderen kann es für die betroffenen Eltern unter Umständen Schwierigkeiten nach sich ziehen, wenn Mütter eventuell die Abholung der Kinder, Medikamente für zuhause oder „arbeitsfrei“ organisieren müssen. Die späte Information hängt auch mit der Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens zusammen: Eltern, die spät von der Entlassung erfahren haben, bewerten das empathische Kommunikationsverhalten deutlich schlechter als Eltern, die frühzeitiger informiert werden. Allgemein gefragt, ob die Information ausreichend war, die ihnen während des Krankenhausaufenthaltes ihrer Kinder gegeben wurde, bestätigten über die Hälfte der Eltern, genauso viel Information erhalten zu haben, wie sie wollten und 10 % der Befragten sogar darüber hinaus. Jedoch gab auch gut ein Drittel der Eltern an, zu wenig Information erhalten zu haben. Auch hier bescheinigten die Eltern, denen noch wichtige Informationen gefehlt haben, ihren Ärzten ein signifikant niedrigeres (empathisches) Kommunikationsverhalten als die übrigen Eltern.

Gleiche Wirkmechanismen bei unterschiedlichen Patienten

Dasselbe Muster zeigt sich ebenso bei der Befragung von z. B. Brustkrebspatientinnen: Denn direkte Zufriedenheitsbefragungen, wie sie bei den meisten Patientenbefragungen üblich sind, führen in der Regel immer zu guten Ergebnissen für die Krankenhäuser. So überrascht es nicht, dass 96 % der vom DKI befragten Brustkrebspatientinnen bestätigen, mit ihrer Information über die Aufnahme, die Behandlung, den Aufenthalt insgesamt und die Entlassung aus dem Krankenhaus zufrieden zu sein. Auch hier geht die DKI-Befragung einen Schritt weiter und bestätigt, dass drei von fünf Frauen (60 %) während ihres Krankenhausaufenthaltes insgesamt genau so viel Information erhalten haben, wie sie wollten (siehe Abbildung 4) und jede fünfte Patientin (20 %) weniger Information erhielt als gewünscht.

Bei diesen Ergebnissen wird erneut deutlich, wie wichtig es ist, im Zusammenhang mit Patienten die „richtigen“ Fragen zu stellen und ggf. auch noch einmal nachzufragen. Nur dadurch wurde hier eine Informationslücke sichtbar. Aufgeklärt wird der Sachverhalt, wenn die Frauen im nächsten Schritt direkt nach der fehlenden Information gefragt werden: So bestätigte fast jede dritte Brustkrebspatientin, dass ihr während des letzten Krankenhausaufenthaltes noch für sie „wichtige Informationen“ gefehlt haben. Darunter waren beispielsweise Informationen zum Nutzen sowie Risiken und Nebenwirkungen der angewandten Chemotherapien.

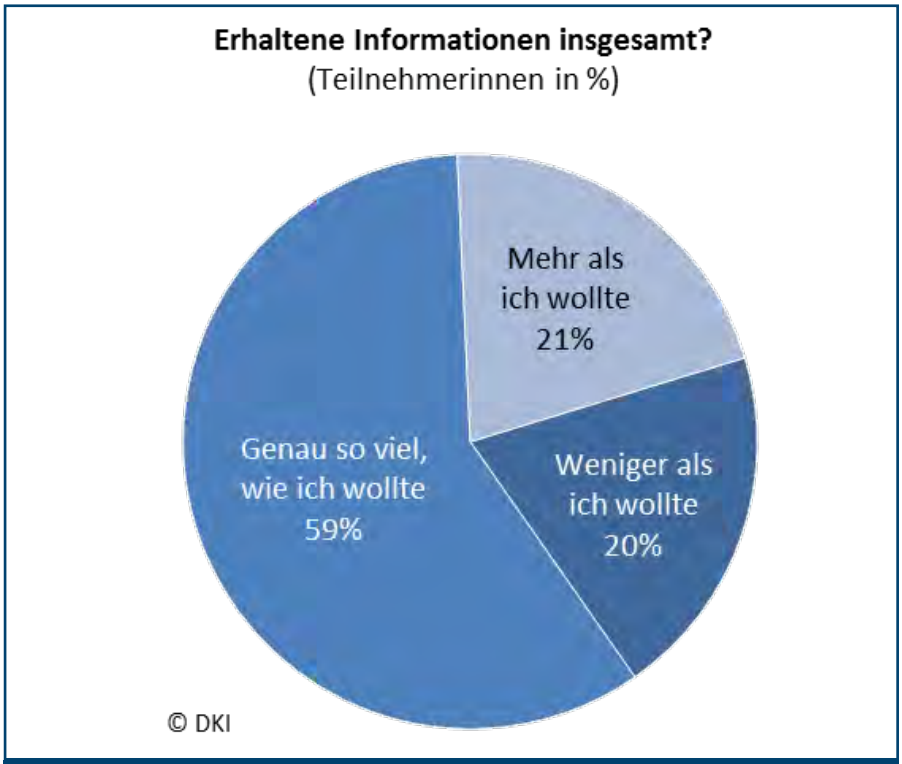


Abbildung 4: Erhaltene Informationen insgesamt (Brustkrebspatientinnen)

Häufig wurde auch die Zeit nach der OP bzw. Behandlung von den Ärzten kaum angesprochen. Vielfach wurde eine unzureichende Aufklärung über die Diagnose, Behandlung und mögliche Nebenwirkungen beklagt. Eine Ursache könnte auch hier im (empathischen) Kommunikationsverhalten der Ärzte liegen: So erkundigten sich nahezu alle Ärzte (92 %), ob die Patientinnen noch Fragen hätten und die überwiegende Mehrheit (88 %) fragte nach, ob die Frauen alles verstanden haben. Doch obwohl dies sehr gute Werte sind und auch ein Bemühen der Ärzte ausdrückt, die Patientinnen umfassend zu informieren, scheinen auch in diesem Fall – von Seiten der Ärzte – nicht immer die „richtigen" Fragen gestellt worden zu sein. Denn nur zwei von drei Ärzten erkundigten sich, welche Bedenken und / oder Ängste die Frauen in Bezug auf die besprochenen Behandlungen hatten und nur gut die Hälfte der Mediziner fragte die Patientinnen nach ihren persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit ihrer Brustkrebserkrankung. Gerade bei diesen Patientinnen sind dies Aspekte, die eine zentrale Rolle spielen. Insgesamt bestätigen Brustkrebspatientinnen, denen noch „wichtige Informationen" gefehlt haben, ihren Ärzten ein signifikant niedrigeres (empathisches) Kommunikationsverhalten, als die Frauen, die keine offenen Fragen mehr hatten.

Optionen schnell sicht- und umsetzbar

Die Ergebnisse der DKI-Online-Patientenbefragung zeigen aufgrund des validierten Fragebogens „sicher" sowie einfach und prägnant auf, wo die Patientenversorgung im Krankenhaus und nicht zuletzt die Zufriedenheit der Patienten verbessert werden können. Auf unkomplizierte Weise werden leicht umzusetzende Optionen aufgezeigt, wie das Behandlungsangebot noch besser an den Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen ausgerichtet werden kann. So könnten z. B. Ärzte aus Kliniken mit niedrigen Werten in diesem Bereich für die Kommunikation mit ihren Patienten stärker sensibilisiert und ggf. geschult werden. Wie die Befragung zeigt, fehlt den Ärzten im Klinikalltag manchmal die Information darüber, welche Bedürfnisse die Patienten gegenwärtig haben oder das hohe Patientenaufkommen und die Arbeitsverdichtung lassen nur wenig Zeit für ausgedehnte Gespräche. Zudem ist für Ärzte manches vielleicht selbstverständlich, so dass sie manche Informationen aufgrund der knappen Zeit nicht geben. Die Patienten werden unnötigerweise verunsichert, was durch eine kurze zusätzliche Information im Arzt-Patienten-Gespräch vermieden werden könnte.

Hier können aus der Patientenbefragung transparente, direkt umsetzbare Maßnahmen abgeleitet werden. Methodisch ausgereifte Patientenbefragungen sind somit ein einfacher Weg, Krankenhäuser bzw. Mediziner dabei zu unterstützen, unkomplizierte und praxisnahe Lösungen für problematische Bereiche zu finden. Auf diese Weise kann auch der oft kritisierte Bereich der Information und Kommunikation besser an den Patientenbedürfnissen ausgerichtet werden.

Literatur:
Krankenhaus Barometer 2014, Deutsches Krankenhausinsitut e.V., Düsseldorf, www.dki.de

Autoren:
Dr. Sabine Löffert und Dr. Petra Steffen
Senior Research Manager
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419-14
E-Mail: info@vlk-online.de

Verantwortlich für Arzt und Recht:
Rechtsanwalt Bernd Klostermann
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
Telefon: (0234) 961650, Fax: (0234) 9616599

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

„Arzt und Krankenhaus" erscheint im Zweimonatsrhythmus als E-Paper.

Prof. Dr. Julia Oswald

Pflegepersonal im Krankenhaus – ein Überblick zur Lage[1]

Personalsicherung ist eine gesundheitspolitische und krankenhausmanagementbezogene Aufgabe. Die Verbindung zwischen Politik und Management kann über geeignete externe, politische Rahmenbedingungen und interne, managementbezogene Struktur- und Steuerungsmaßnahmen hergestellt werden. Dabei stellt sich zur Zeit die Frage, inwieweit über Gesetze und Verordnungen Vorgaben zum Personalbedarf gemacht werden sollen. Aktuelle Diskussionen zum Spannungsfeld zwischen politischer Gestaltung und Freiräumen des Managements bis hin zur Frage, inwieweit der Personalbedarf in einem Preissystem adäquat abgebildet werden kann, bilden den Gegenstand dieses Beitrags.

Versorgungsadäquate Personalsicherung

Als personalintensive Dienstleistungsunternehmen mit bis zu 70 % Personalkostenanteil an den Betriebskosten wird die Leistungserstellung von Krankenhäusern im Wesentlichen von den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen. Aus diesem Grund kommt der Personalsicherung eine zentrale Bedeutung zu. Unter Personalsicherung ist die Bereitstellung des zur Ausführung und Führung der Krankenhausarbeit notwendigen Personals in der ausreichenden Menge (Quantität), mit der erforderlichen Qualifikation (Qualität), am richtigen Ort und zur richtigen Zeit (Verfügbarkeit) unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit (Finanzierbarkeit) zu verstehen. Mithilfe verschiedenster personalwirtschaftlicher Maßnahmen und Methoden zur Personalbedarfs- und -einsatzplanung versuchen die Krankenhäuser sich dieser Zielsetzung zu nähern – dies jetzt bereits seit fünf Jahrzehnten. Die ersten Anhaltszahlen wurden 1969 veröffentlicht. Dabei stehen sie vor dem Problem, sich mit Fragen des Personalmangels, steigenden Personalkosten, veränderten Arbeitsbedingungen und Regelungen zur Arbeitszeit auseinandersetzen zu müssen. Weiterhin determinieren spezielle krankenhausrechtliche Regelungen auf Bundes- bzw. Landesebene die Krankenhausunternehmen. Diese umfassen die Gesetzgebung zur Krankenhausplanung und -finanzierung inkl. des Entgeltsystems und der damit verbundenen Finanzierung des Pflegebedarfs im Rahmen eines preisbasierten Fallpauschalensystems. Zu beachten sind darüber hinaus die in Verordnungen spezifizierten Anforderungen an betriebliche Strukturen und an die Leistungserbringung sowie ein spezielles Berufsrecht und Vorgaben über Leistungsstandards und die Qualität der Versorgung.

Damit stellt sich die Frage der versorgungsadäquaten Personalsicherung sowohl als gesundheitspolitische, insbesondere finanzierungsrechtliche Herausforderung als auch in der Umsetzung als Managementaufgabe des Krankenhauses dar.

Aktuelle Entwicklung

Die Verbindungslinie ist damit zu sehen in den politischen Rahmenbedingungen und ihren Zielrichtungen bzgl. Quantität, Qualität, Verfügbarkeit sowie Finanzierung und dem Personalmanagement der Krankenhäuser, eben nach diesen Kriterien Strukturen zu schaffen und eine adäquate Personalsteuerung vorzunehmen. Die in der Praxis durchgeführten Personalbedarfsermittlungen und -entscheidungen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass die Stellen in der Pflege nicht in gleichem Maße aufgebaut wurden, wie es bei anderen Berufsgruppen im Krankenhaus der Fall war. Das betrifft insbesondere den Arztdienst. Bei einem Fallzahlanstieg von rd. 35 Prozent und einem Verweildauerrückgang um rd. 50 Prozent

Prof. Dr. Julia Oswald

[1] Vortrag gehalten am 13.11.2018 im Rahmen des 41. Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf

sind im Arztdienst die Vollkräfte seit 1991 um rd. 70 Prozent auf rd. 160.000 Vollkräfte gestiegen (Statistisches Bundesamt) – u.a. auch aufgrund von statistischen Effekten wie der Zunahme der ärztlichen Teilzeitkräfte, der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) sowie darüber hinaus durch Arbeitszeitverkürzungen in Folge des neuen Arbeitszeitrechts (Blum und Löffert 2010). Die Statistik zum Pflegepersonal im Krankenhaus verzeichnete für das Jahr 2017 rd. 328.000 Vollkräfte (sh. Tabelle 1). Das entspricht nahezu dem Niveau von 1991, das bei rd. 326.000 Vollkräften lag. Dabei war die Zahl bis 1995 zunächst auf mehr als 350.000 VK angestiegen, dann jedoch wieder auf rd. 298.000 VK im Jahr 2007 gesunken, bevor dann wieder ein Anstieg dokumentiert werden konnte. Betrug der Anteil des ärztlichen Krankenhauspersonals an allen Vollkräften im Jahr 1991 10,9 %, lag er im Jahr 2017 bei 18 %. Der Anteil des Pflegepersonals veränderte sich hingegen kaum (1991 = 37,2 %, 2017 = 36,7 %).

Eine Erklärung für die **geänderte Personalstruktur** dürfte im Zusammenhang mit der kürzeren Verweildauer und dem Anstieg der Fallzahlen stehen. Unter der Annahme, dass 60 % der pflegerelevanten Leistungsmenge von der Fallzahl (fallfix) und 40 % von der Verweildauer (fallvariabel) abhängen (sh. hierzu die RWI-Studie von Augurzky et al. 2016), ergibt sich für die Leistungsentwicklung der vergangenen Jahrzehnte ein unterproportionaler Anstieg des Pflegepersonalbedarfs im Vergleich zum Fallzahlanstieg. Außerdem sind weitere Einflussfaktoren zu beachten, die den Pflegebedarf – in die eine oder andere Richtung – beeinflussen können und durch die Personalstatistik nicht erfasst werden. Zu nennen ist hier bspw. der Anstieg der Leiharbeit in der Pflege – der allerdings auch in der Medizin beobachtet werden kann – sowie insbesondere **neue Anforderungen an die Pflege und Funktionserweiterungen** aufgrund der erheblichen Veränderungen des Umfelds und der Rahmenbedingungen, die auf die stationäre Pflege einwirken. Das betrifft den gewandelten Pflegebedarf der Krankenhauspatienten, den medizinischen Fortschritt, die zunehmende Forderung nach Integration von Pflege und medizinischer Versorgung, die Veränderung durch die Digitalisierung und die zunehmende Patientenautonomie. Standen in der Vergangenheit Aufgaben im Vordergrund, die der Fürsorge sowie der Assistenz der ärztlichen Tätigkeit dienten, wird die Pflege heute als ein eigenständiger Gesundheitsberuf in gleichberechtigter interdisziplinärer Kooperation verstanden (Schiemann und Moers 2017). Die in der Krankenhauspraxis (bisher) zunehmend stattfindende Entlastung von Aufgaben durch den Übergang von patientenfernen Tätigkeiten wie bspw. Transportdienste, Essens- und Verwaltungsaufgaben auf andere Berufsgruppen und/oder die Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflege durch die Übernahme von zusätzlichen Tätigkeiten wie spezialisierte, pflegerische Aufgaben, ärztliche Tätigkeiten sowie die Wahrnehmung von Führungsaufgaben verdeutlichen diesen Paradigmenwechsel. Das gewandelte Aufgabenspektrum der Pflege mit neuen fachlichen und menschlichen Anforderungen an die Pflegenden macht eine akademische Qualifizierung von Lehr- und Führungspersonal auf der Grundlage entsprechender pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse notwendig. Dass die notwendige Professionalisierung und Akademisierung der Pflege in Deutschland im internationalen Vergleich relativ spät eingesetzt hat, spiegelt auch die heutige Lage in der Pflegepraxis wider: ein unklares Berufsbild, mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten, ungünstige Arbeitszeiten, eine zu wenig differenzierte Vergütung und eine unangemessene Wertschätzung (Bräutigam et. al 2014) sind wesentliche Ursachen, die den demographisch bedingten steigenden Bedarf an Pflegekräften und die aus dem gleichen Grund abnehmende Nachfrage nach Ausbildungsplätzen weiter verschärfen werden. Laut der Bundesanstalt für Arbeit waren in den Krankenhäusern im Jahr 2018 14.700 Stellen in der Pflege unbesetzt, in der Altenpflege sind 23.300 offene Stellen gemeldet worden. Zahlen

	Stat. Fälle in Mio. Euro	Verweildauer in Tagen	Arztdienst in Vollkräfte	Pflegedienst in Vollkräfte
1991	14,5	14,0	95.208	326.082
1995	15,9	11,5	101.590	350.571
2003	17,3	8,9	114.105	320.158
2007	17,2	8,3	126.000	298.235
2017	19,5	7,3	161.208	328.327
Veränderung 1991 bis 2017 in %	34,5	-47,9	+69,3	+0,7

Tabelle 1: Quantitative Personalentwicklung in Abhängigkeit von Fallzahl und Verweildauer
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2018: Grunddaten der Krankenhäuser 2017; 20 Jahres Krankenhausstatistik)

zur künftigen Entwicklung der **Pflegestellenlücke** schwanken stark. Je nachdem, ob die Pflege insgesamt oder in Bezug auf einzelne Qualifizierungen betrachtet wird sowie in Abhängigkeit der zugrunde gelegten Methodik, werden in Studien Schätzungen von 150.000 bis zu 400.000 benötigten Vollzeitäquivalenten bis zum Jahr 2030 angeführt (sh. bspw. die Darstellung im Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus 2017).

Politische Wege

Positionen zur Personalsicherung im Bereich der Pflege

Zur Entschärfung des vorherrschenden Pflegenotstands (Patientenbezug) und des Notstands der Pflegenden (Personalbezug) werden gegenwertig verschiedene politische Initiativen durch das Bundesgesundheitsministerium ergriffen. Sie zielen darauf ab, das Pflegepersonal in den Einrichtungen zum Zwecke der Gewährleistung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu sichern und die Attraktivität des Berufs durch eine Aufwertung der Pflege zu stärken. Zu nennen ist hier das **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**, die **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)**, die **Konzertierte Aktion Pflege** der Bundesregierung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege sowie die Aufforderung der Bundesländer u.a. durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung zur Errichtung von **Pflegekammern**, insbesondere zur Aufwertung der Pflegefachberufe sowie als Voraussetzung für eine professionelle pflegerische Versorgung über die verbindliche Definition des pflegerischen Leistungsspektrums. Bereits in den Jahren zuvor wurden durch den Gesetzgeber zwei Pflegestellen-Förderprogramme zur Verbesserung der Personalausstattung in den Krankenhäusern eingerichtet (I: 2009 bis 2011, II: 2016 bis 2018). Darüber hinaus wurde mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe im Jahr 2017 die Pflegeausbildung als Antwort auf die veränderten Qualifizierungserfordernisse reformiert.

Zurzeit führt vor allem die bundesweite Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen per Verordnung in pflegesensitiven Krankenhausbereichen gem. § 137 i SGB V und die Reform der Pflegekostenfinanzierung im Rahmen des PpSG zu erheblichen Diskussionen auf politischer Ebene.

Personaluntergrenzen

Die PpUGV regelt für den Bereich der Geriatrie, der Herzchirurgie, der Intensivmedizin und der Kardiologie – beruhend auf einem empirisch abgeleiteten Perzentialansatz (sh. grundlegend das Gutachten von Schreyögg und Milstein 2016) und unter Einbeziehung des vom InEK-Instituts erarbeiteten Pflegelastkatalogs – das Mindestverhältnis der Patienten zu den Pflegekräften über eine Verhältniszahl (z.B. „2 zu 1“). Die Datengrundlage bildete eine Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG im Auftrag der DKG und des Spitzenverbands. Das Gutachten legt die Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zu den versorgten Patienten und deren Pflegelast in 177 pflegesensitiven Bereichen aus 139 Krankenhäusern offen (KPMG 2018). Differenziert wird bei den PpUG zwischen Tagschicht und Nachtschicht und unter Vorgabe eines Verhältnisses von examinierten Pflegekräften zu Pflegehilfskräften. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Einhaltung der Untergrenzen anhand monatlicher Durchschnittswerte nachzuweisen. Ausnahmetatbestände von den Untergrenzen betreffen kurzfristige, unverschuldete und unvorhersehbare Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen und starke Erhöhungen der Patientenzahlen durch unverschuldete und unvorhersehbare Ereignisse, wie bspw. Epidemien oder Großschadensereignisse. Für den Fall der Unterschreitung von Pflegepersonaluntergrenzen

drohen Vergütungsabschläge. Grundlage hierfür soll die noch zu konsentierende Vergütungsabschlagsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzverband und der DKG sein (Köpf und Metzinger 2018). Perspektivisch sollen lt. aktuellem Entwurf zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die PUG für pflegesensitive Bereiche mit Mindest-Personalvorgaben für ein gesamtes Krankenhaus über einen Pflegepersonalquotienten (Ganzhauspflegeindikator) kombiniert werden. Eine Ausweitung der Personaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche – wie ursprünglich im Koalitionsvertrag vereinbart – soll demnach nicht umgesetzt werden.

Kritiker der PpUG richten sich zum einen gegen das **Konzept** der Untergrenzen. Danach greifen die festgelegten Inhalte entweder zu kurz in Bezug auf die einbezogenen Krankenhausbereiche und/oder Berufsgruppen (z.B. ver.di, BÄK) oder der Ansatz wird generell abgelehnt. Kritiker der Mindestpersonalvorgaben hinterfragen den Zusammenhang zwischen Personalquantität und Pflegequalität (Wieviel zusätzliches Personal verbessert die Qualität in welchem Umfang?) (Augurzky et al. 2016). Sie verweisen darauf, dass zentrale Vorgaben für die Krankenhäuser vor Ort zu undifferenziert sind und die gegenwärtig bestehenden Versorgungsengpässe vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels weiter verschärft werden (z.B. DKG, BDPK, VKD). Abgelehnt wird auch eine deutliche Ausweitung der Bürokratie, die mit den Meldepflichten der Personaluntergrenzen einhergehen (z.B. VKD). Weiter wird befürchtet, dass vom geregelten Maßstab der Anreiz eines Stellenabbaus in Krankenhäusern mit besseren Personalzahlen ausgehen könnte (z.B. DBfK). Darüber hinaus wird erwartet, dass Aufgaben anderer Berufsgruppen wie dem therapeutischen oder hauswirtschaftlichen Personal auf das Pflegepersonal umgeschichtet werden (Rückabwicklung) und/oder dass Patienten von eigentlich zu erfassenden Stationen zu früh entlassen oder auf nicht-erfasste Stationen verlegt werden. Diese und weitere Kritikpunkte werden verbunden mit Auswirkungen auf die Attraktivität des Pflegeberufs und die Qualität der Patientenversorgung. Vorgeschlagen werden bspw. Personalkorridore als Alternative zu den Untergrenzen (BDPK), der Einsatz eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungsverfahrens – angelehnt an eine weiterentwickelte Pflegepersonal-Regelung („PPR 2.0“) (APS, AWMF, DGP, DPR, ver.di) oder auf der Grundlage von standardisierten Pflegediagnosen- und -maßnahmen (ProfessionPflege) – sowie generell der Einsatz von Indikatoren, die die Pflegequalität und Patientenzufriedenheit messen und zur Förderung des Qualitätswettbewerbs transparent machen (z.B. Augurzky et al. 2016; Leber 2018; BDPK).

Zum anderen wird die **Methode** zur Ermittlung der Personalvorgaben problematisiert (bspw. DKG, DPR), die – u.a. aufgrund der engen Zeitvorgabe zur Umsetzung des Konzepts – retrospektiv empirische Daten aus einer geringen Stichprobe von Krankenhäusern als Orientierung für den Perzentilansatz nutzt. Der Perzentilansatz als Methodik zur Festlegung der Quoten wird seitens der DKG grundsätzlich anerkannt, nicht aber die Festlegung einer Grenzziehung bei 25%. Als sachgerecht wird eine repräsentative Datenbasis angesehen und die Festlegung einer verbindlichen Untergrenze auf der Basis des Dezilwertes (10 %-Grenze) empfohlen.

Befürworter der Untergrenzen verweisen auf ihre **Funktion als Mindeststandards** und nicht als Personalanhaltszahlen, die eine Normalausstattung regeln. Sie sehen in den Personalvorgaben einen ersten Schritt in Richtung Stärkung der Patientensicherheit in qualitätskritischen Pflegebereichen und appellieren an das Krankenhausmanagement, seiner Verantwortung zur Personalsicherung im Bereich der Pflege stärker als bisher nachzukommen (z.B. GKV).

Pflegekostenfinanzierung

Auch in Bezug auf die Reform der Pflegekostenfinanzierung, bei der nach dem PpSG eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und die zukünftige Vergütung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vorgesehen ist, liegen

Foto: © Luis Louro/fotolia.com

die Positionen der Beteiligten zum Teil weit auseinander. So sieht der GKV-Spitzenverband bei einem Rückfall zum Selbstkostendekkungsprinzip perspektivisch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gefährdet. Herausfordernd wird auch der doppelte administrative Aufwand, dem sich Krankenkassen und Krankenhäuser stellen müssen. Die DKG verweist hingegen auf die Unzulänglichkeiten im DRG-System und erwartet vom geplanten Pflegebudget in Kombination mit der vorgesehenen vollständigen Refinanzierung von Tariferhöhungen der Pflegekräfte (die sie auch für alle Berufsgruppen fordert) eine sachgerechtere Vergütung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser. Für Managementverbände wie den BDPK stellt die Ausgliederung einen Rückschritt der Krankenhausfinanzierung dar, da mit der Zweckbindung der Finanzmittel eine Einschränkung der freien betriebswirtschaftlichen Ressourcensteuerung verbunden ist. Vertreter der Pflege und patientennahe Organisationen fordern zwingend den verpflichtenden Einsatz eines am Patientenbedarf ausgerichteten Personalbemessungstools als Datenbasis für die geplanten krankenhausindividuellen Verhandlungen zu Pflegebudgets. Mit Verweis auf eine nicht sachgerechte und sinnvolle Differenzierung zwischen Pflegekräften und dem übrigen nichtärztlichen und ärztlichen Personalbereich sowie der unzureichenden Stellenbesetzung im ärztlichen Dienst in vielen Krankenhäusern plädieren Ärztevertreter dafür, (BÄK, Marburger Bund u.a.), auch die Personalkosten des Arztdienstes außerhalb der DRG-Vergütungssystematik zu finanzieren.

Erklärtes Ziel der grundlegenden Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung ist die bessere Absicherung des tatsächlichen Pflegepersonalbedarfs eines jeden Krankenhauses über das Finanzierungssystem. Bei der Konzeption des neuen Pflegevergütungssystems ist sicherzustellen, dass die notwendige Balance zwischen Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gewährleistet wird. Hierzu sind die verschiedenen **Gestaltungsmöglichkeiten**, die sich **für das Pflegevergütungssystem** ergeben können, unter Beachtung der Wirkungen der einzelnen Entgeltelemente auf die Zielerfüllung auszuwählen. Das betrifft

- die Festlegung der Abrechnungseinheit als Bezugsgröße der Vergütung (Einzelleistung, Pauschale, Zusatzentgelt u.a.),
- die Entgeltbasis, die festlegt, auf welcher Grundlage die Höhe des Entgelts erstattet wird (Höchst-, Fest-, Einheits- oder Richtpreise, Kosten),
- das Budget, das darüber entscheidet, inwieweit Leistungen ober- und unterhalb der vereinbarten Menge honoriert werden (starr, flexibel, Höhe der Ausgleichssätze) und
- den Geltungsbereich, aus dem sich die Aufgabenverteilung/Entscheidungsstruktur bezüglich der Gestaltung des Vergütungssystems zwischen dem Gesetz- und Verordnungsgeber und den Selbstverwaltungspartnern ergibt (krankenhausindividuell, regional, landesweit, bundesweit).

Die Kombination dieser Ebenen des Entgeltsystems entscheidet letztlich die gesamte Ziel- und Anreizwirkung des Systems (Schmidt-Rettig und Oswald 2017). Neben strukturellen Systemfragen müssen bei der Herauslösung von Kosten aus der DRG-Systematik kostenrechnerische Fragen geklärt werden. Den Ausgangspunkt für eine Kostenabgrenzung stellt die Bestimmung der Leistungen dar, die aufgrund der Besonderheiten der Krankenhausproduktion nicht eindeutig definierbar sind: Das Leistungsgeschehen im Krankenhaus ist durch heterogene patientenindividuelle Behandlungsprozesse gekennzeichnet, die nur in Teilen standardisiert werden können. Damit bestehen Spielräume bei der unmittelbaren Patientenversorgung und folglich auch Bandbreiten beim Personalbedarf. Das betrifft sowohl die diagnostischen und therapeutischen Leistungen als auch die Leistungen der Pflege. Fließen die medizinischen Leistungen indikationsbezogen vor allem auf der Grundlage von konsentierten Leitlinien direkt über ICD und OPS-Codes in das DRG-System ein, werden die Pflegeleistungen im gegenwärtigen DRG-System vor allem über die Kalkulation der Pflegedienstkosten mit Hilfe der Minutenwerte für Pflegestufen und Patientengruppen gemäß PPR erfasst. Indirekt wird der pflegerische Aufwand darüber hinaus zum Teil über potenziell vergütungsrelevante ICD- und OPS-Codes über die Verweildauer berücksichtigt. Zur Erfassung des Pflegeaufwands wurde zusätzlich der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) entwickelt, wodurch eine besonders aufwendige Pflege bei individuellen Patienten außerhalb des DRG-Mittelwerts abgebildet werden kann (Babapirali et al. 2017, S. 262ff.). Eine differenziertere und fallindividuellere Abbildung der Pflegeleistungen wird außerdem über Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand bei hohen Pflegegraden im DRG-System erwartet (Fiori et al. 2018, S. 32ff.). Mit dem Pflegelast-Katalog, den das InEK-Institut auf Basis der DRG-Kalkulationsdaten abgeleitet hat, kann daher auch nur der durchschnittliche Pflegeaufwand in der DRG in Abhängigkeit von der Versorgung auf Normal-, Intensiv-, und (bettenführenden) Aufnahmesta-

tionen und damit unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Krankenhäuser hinsichtlich der Patientenbehandlung abgebildet werden und nicht ein patientenindividueller Pflegebedarf. Nicht enthalten im vollkostenbasierten Ansatz sind bspw. Fortbildungskosten des Pflegepersonals und Kosten für die Pflegedienstleitung. Letztere sind Bestandteil der Kosten der medizinischen Infrastruktur.

Handlungsbedarf des Managements

Analytische Personalbedarfsermittlung

Für Krankenhäuser ist es erforderlich, den individuellen Personalbedarf unter Beachtung der Kriterien zur Personalsicherung zu kennen. Die Durchführung der Personalbedarfsplanung, an die im Tagesgeschäft die Personaleinsatzplanung anknüpft, setzt den Einsatz einer analytischen Personalbedarfsermittlung auf der Grundlage der erforderlichen Pflegeleistungen, d.h. mit Bezug zum Fall, zur Indikation und zur Pflegeabhängigkeit voraus. Einen sinnvollen Ansatz zur disziplinübergreifend Strukturierung des Leistungsgeschehens bei Patientengruppen mit ähnlichen Therapieschemata stellen Behandlungspfade dar (u.a. Schmidt-Rettig 2017; Schlüchtermann et al. 2005). Sie erhöhen die Transparenz über die Leistungsabläufe und die dafür notwendigen Einsatzfaktoren auf der Grundlage eines festgelegten Behandlungsergebnisses. Neben medizinischen Informationen lassen sich ausgehend von den hinterlegten Prozessen und Ablaufstrukturen und unter Einsatz bspw. der PPR Informationen zur pflegerelevanten Leistungsmenge (fallfix und fallvariabel) ableiten. Die Transparenz über das Leistungsgeschehen in der Medizin, Pflege und in den Funktionsbereichen ermöglichen eine qualifikationsgerechte Ermittlung des Personalbedarfs, wenn es gelingt, die aufwands- und/oder umsatzstärksten Behandlungspfade zu entwickeln. Daran anknüpfend kann eine Bewertung dieser Behandlungspfade einen ersten Einblick in Höhe und Struktur der Behandlungskosten bieten. Die Lenkungsrelevanz sollte jedoch auf der Ebene der Leistungsmengen und -reihenfolge sowie der Qualität und des Ablaufs und damit nur indirekt bei den Fallkosten liegen. Vor dem Hintergrund des DRG-Festpreissystems und den aktuell geplanten Änderungen zur Personalkostenfinanzierung ist ein Abgleich des leistungsorientiert ermittelten Personalbedarfs mit den vorgegebenen Finanzierungsmöglichkeiten vorzunehmen. Anpassungsentscheidungen im Personalbereich seitens der Krankenhausleitung erfordern den Einbezug der medizinischen und pflegerischen Verantwortlichen der mittleren Führungsebene, da hier die Verantwortung für die Patientenversorgung liegt. Dies betrifft gleichermaßen die Fragestellung, wie die rechtlichen Vor-

	Anforderungen	Externe Rahmenbedingungen (Auswahl)	Interne Rahmenbedingungen (Auswahl)
Kriterien der Personalsicherung	Quantität	• Anreizsysteme für Krankenhäuser zur Steigerung der Ausbildungs- und Fachweiterbildungskapazitäten • Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel, u.a. Entlohnungsbedingungen in der Pflege, Anwerbung und Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland, Steigerung der Verweildauer im Beruf, Erhöhung der Arbeitszeit der Teilzeitkräfte • Reduktion der Nachfrage nach stationären Leistungen durch Strukturveränderungen im Gesundheitswesen, u.a. sektorübergreifende Versorgung, Ambulantisierung von Leistungen	• Schaffung geeigneter Arbeitsbedingungen zur Personalgewinnung und -bindung, u.a. „Neu"-Ausrichtung der Anreizsysteme unter Berücksichtigung der Personalgruppen (Generationen, Geschlechter, Berufsgruppen) • Entlastung des Pflegepersonals von pflegefremden und pflegefernen Tätigkeiten • Effektive Patientensteuerung – stationär und ambulant
	Qualität	• Stärkung der Bildungsqualität bspw. durch ganzheitliches Konzept für Pflegeausbildung – von der Pflegeassistenz zur Pflegefachkraft bis hin zu akademischen Pflegeabschlüssen • Stärkung der Versorgungsforschung zur Abbildung der Pflegequalität	• Ausbildung und Akademisierung, auch bzgl. Managementfähigkeit der Berufsgruppen Medizin und Pflege • Aufbrechen vorhandener Kommunikations- und Hierarchiestrukturen durch geeignete Regeln (Organisationsstrukturen, Management- und Führungskonzepte) und die Gewährung von individuellen Freiheitsgraden
	Verfügbarkeit	• Schaffen der strukturellen und technischen Voraussetzungen für die Vernetzung der Einrichtungen, Sektoren und Berufsgruppen im Gesundheitswesen	• Etablierung flexibler, zuverlässiger Arbeitszeitmodelle • Nutzung der Potentiale der Digitalisierung für die Personaleinsatzplanung
	Finanzierbarkeit	• Sicherstellung einer angemessenen Vergütung (Investitions- und Betriebskosten), bspw. Ausweitung des Tarifausgleichs auf alle Berufsgruppen im Krankenhaus; Zuschläge für Investitionen in die digitale Informationsversorgung • Sachgerechte Finanzierung ambulanter Leistungen	• Strategisches und operatives Leistungs- und Kostenmanagement, u.a. schlanke, personalentlastende Strukturen und Prozesse über eine sinnvolle Rationierung und Substitution von Leistungen • Aufstockung internes Pflegebudget

Tabelle 2: Diskussionsstand externe und interne Rahmenbedingungen zum Zwecke der Personalsicherung im Krankenhaus

gaben von Mindestbesetzungen im Krankenhaus umgesetzt werden können.

Personalmanagement und Controlling

In einem weiteren Schritt muss das Krankenhausmanagement dafür sorgen, dass die Informationen zum Personalbedarf und -einsatz sowie weitere personalwirtschaftlich relevante Informationen in ein Konzept zum operativen und strategischen Personalmanagement eingebunden werden. Sowohl die krankenhausbezogenen, strategischen Personal- und Unternehmensentscheidungen als auch die fachabteilungs- bzw. bereichsbezogene Personalführung verlangen nach einem Controlling, das Daten zu direkt beeinflussbaren, nichtmonetären Größen wie Qualität und Zeit im Kontext mit den klassischen Erfolgsgrößen Kosten und Erlöse zur Verfügung stellt und darauf aufbauend Interpretationen und Handlungsempfehlungen für das Krankenhausmanagement erarbeitet.

Fazit

Über diese konzeptionellen und empirischen Ansätze kann eine Grundlage für Empfehlungen gegenüber der Krankenhauspolitik zur Frage der quantitativ und qualitativ adäquaten Personalausstattung in Abhängigkeit vom (definierten) Pflegebedarf und seine Abbildung im DRG-Vergütungssystem entstehen und damit die o.g. Verbindungslinie geschaffen werden. Dabei steht zunächst die Frage der geeigneten Methode zur Personalbedarfsermittlung im Vordergrund. Hier gibt es Überlegungen zur Aktualisierung und Modifizierung der PPR (sh. oben), um an bereits Bestehendes anzuknüpfen. Weiterhin geht es um die Abbildung des Personalbedarfs im DRG-Vergütungssystem. Auch hier gibt es unterschiedliche Meinungen zur Ausgestaltung. Einen Überblick bildet die folgende Darstellung, die die notwendigen externen und internen Rahmenbedingungen im Sinne einer versorgungsadäquaten Personalsicherung abbildet und dem derzeitigem Diskussionsstand entspricht (sh. Tabelle 2). Über die Verzahnung der politischen und krankenhausbezogenen Ansätze zur Personalbedarfsermittlung und -finanzierung könnte so der Weg vom Politik-Folgen-Management von Krankenhäusern zum Politik-Entscheidungs-Management (Schmidt-Rettig 2017) eingeleitet werden.

Kontakdaten der Autorin:
Prof. Dr. Julia Oswald
Hochschule Osnabrück
j.oswald@hs-osnabrueck.de

Literatur:

Augurzky, B./ Bünnings, C./ Dördelmann, S./ Greiner, W./ Hein, L./ Scholz, St./Wübker, A. (2016). Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. Heft 104. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.).

Bräutigam, C./Evans, M./ Hilbert, J./ Öz, F. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Arbeitspapier Nr. 306, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Babapirali, J./Fiori, W./Bunzemeier, H./Rentmeister, M./Roeder, N. (2017): Pflege im DRG-System, 2017. An Gewicht gewonnen. In: f&w 3/2017, S. 262 - 267.

Blum, K./ Löffert, S.2010): Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Bölt, U./Graf, T. (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik.

Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus, Albrecht, M. et. al (2017): Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung.

Fiori, W./Bunzemeier, H./Babapirali, J./Roeder, N. (2018): Die Pflege im G-DRG-System 2018. Was kommt unterm Strich heraus? In: das Krankenhaus 1/2018, S. 32 - 38.

Köpf, P./ Metzinger, B. (2018): Pflegepersonaluntergrenzen. In: das Krankenhaus 11/2018, S. 1000 - 1005.

KPMG (2018): Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegelast" in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern.

Leber, W.-D. (2018): Personaluntergrenzen – Pflege im Fokus. In: f&w 3/2018, S. 222 - 225.

Moers, M./Schiemann, D. (2017): Grundlegende Aspekte der Pflegeleistung. In: Oswald, J./Schmidt-Rettig, B./Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. 2., überarb. Aufl., Kohlhammer: Stuttgart, S. 382 400.

Oswald, J. (2018): Beziehungsdynamik zwischen Manager und Controller - Überlegungen zur Ausrichtung des Controllings im Krankenhaus. In: KU Gesundheitsmanagement 5/2018, S. 40 - 43.

Oswald, J. (2018): Personalwirtschaft in Theorie und Praxis. In: Oswald, J. (Hrsg.): Personalwirtschaft im Krankenhaus. Theorie und Gestaltungsfelder unter Einbeziehung des Arbeitsrechts. Kohlhammer, S. 15 - 126.

PpSG: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, Deutscher Bundestag, Drucksache 19/4453.

PpUGV: Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) vom 5. Oktober 2018, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018.

Schlüchtermann, J./Sibbel, R./Prill, M.-A. (2005): Clinical Pathways als Prozesssteuerungsinstrument im Krankenhaus. In: Oberender, P. (Hrsg.): Clinical Pathways: Facetten eines neuen Versorgungsmodells. Kohlhammer, S. 43 - 58.

Schmidt-Rettig, B. /Oswald, J. (2017): Entgeltabrechnung und Budgetvereinbarung. In: Oswald, J./Schmidt-Rettig, B./Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. 2., überarb. Aufl., Kohlhammer: Stuttgart, S. 509 - 538.

Schreyögg, J. & Milstein, R. (2016). Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Hamburg: Hamburg Center for Health Economics.

Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

Christiane Schmitt

Entlassmanagement in der Pflege am Beispiel der medizinischen Abteilung III des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier[1]

Ausgangspunkt Patientenumfrage

Der Ausgangspunkt zu dem Projekt „Entlassmanagement" war eine Patientenumfrage des Picker Instituts, die in 197 Krankenhäusern durchgeführt wurde. Befragt wurden 111835 Patienten zu verschiedensten Themen, unter anderem zu ihrer Einschätzung des Umgangs und der Fachkompetenz des Pflegepersonals. Das an dieser Umfrage beteiligte Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist ein Haus der Schwerpunktversorgung und gehört zur BBT-Gruppe. Das Projekt wurde in der medizinischen Abteilung III durchgeführt, deren Schwerpunkte neben Kardiologie und Rhythmologie auch die Pneumologie, inklusive Schlaflabor, und Thoraxchirurgie sind. Die Abteilung umfasst 94 Planbetten, 64 Kardiologie/Rhythmologie-Betten, 25 Pneumologie/Thoraxchirurgie-Betten, sowie 5 Schlaflaborplätze. Der Abteilung sind 48 Vollkräfte zugeordnet, die sich aufteilen in Voll- und Teilzeitkräfte bei einem Skillmix-Anteil von zwanzig Prozent.

Christiane Schmitt

Foto: © Gina Sanders/fotolia.com

Hauptergebnisse der Patientenumfrage

Die Hauptergebnisse der Patientenumfrage mit dem Schwerpunkt Zufriedenheit des Patienten in Bezug auf Kompetenz und Umgang des Pflegepersonals waren:

- Für die Zufriedenheit der Patienten ist das Verhältnis zu den betreuenden Pflegekräften und Ärzten maßgeblich!
- Kommunikation, Empathie, Respekt und Information sind für sie um ein Vielfaches wichtiger als das Essen oder die Zimmeratmosphäre.
- Die größten Probleme sehen die Patienten bei der Vorbereitung auf die Entlassung

[1] Vortrag gehalten am 13.11.2018 im Rahmen des 41. Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf

und in der Einbeziehung der Familie.

Neben dieser Einschätzung durch die Patienten bestand unter den Mitarbeitern das Bedürfnis, problematische Praktiken, wie zum Beispiel Ad-hoc Entlassungen und die daraus sich kristallisierenden Probleme (Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung, fehlende ausreichende Anleitung/ Schulung, sowie fehlende Hilfsmittel), lösungsorientiert zu thematisieren und zu bearbeiten. Aufgrund dieser Bedürfnislage und dem daraus resultierenden Wunsch nach Veränderung der Situation fand sich schnell ein multiprofessionelles Team aus 11 Mitarbeitern zusammen, um gemeinsam an der Projektidee zu arbeiten. Dabei war eine Projektdauer von Juli 2016 bis Mai 2017 angelegt, die den Evaluationszeitraum mit beinhaltet.

Maßnahmen-Planung

Nach einer Stakeholderanalyse und einer Chancen-Risiko-Bewertung beteiligten sich im Rahmen der ersten Sitzung alle involvierten Mitarbeiter an Brainstorming- und Blitzlichtaktivitäten, um Ideen zur möglichen Verbesserung der Situation zu sammeln. Basierend auf dieser Ideensammlung formulierte das Team folgenden Maßnahmenplan, der thematisch nach Interessen und Qualifikationen unter den beteiligten Mitarbeitern aufgeteilt wurde:

- Die Entwicklung und Implementierung eines strukturierten Aufnahmekonzepts/-Gespräches adaptiert an Pflegeanamnese nach Orem
- Die Entwicklung und Implementierung eines Leitfadens für das pflegerischen Entlassungsgespräch
- Die Implementierung einer strukturierten, täglichen Übergabe im multiprofessionellen Team
- Eine evidenzbasierte Beratung entsprechend der Erkrankung
- Die Entwicklung eines Schulungskonzeptes bezüglich Struktur, Beratung und empathischer Kommunikation.

Umsetzungs-Ergebnisse

Während wir vor dem Projekt kaum nennenswerte Rückmeldungen erfahren haben, konnten wir nach erfolgter Implementierung mit anschließender Evaluierung einen signifikanten Anstieg an stationsinternen Patientenrückmeldungen verzeichnen, von denen 57 gänzlich positiv ausfielen und 7 Verbesserungsvorschläge enthielten. Es gab keine negativen Rückmeldungen. Darüber hinaus wurden nach erfolgreicher Durchführung des Projekts mit bereits 45% der Patienten Entlassungsgespräche geführt. Neben diesen objektiv zu verzeichnenden Ergebnissen fand ein wesentliches Umdenken beim Pflegepersonal statt, das sich in einem Mehr an reflektierten und professionalisierten Arbeitsabläufen niederschlägt. Die durch das Projekt etablierten Maßnahmen und der damit einhergehende Perspektivwechsel ermöglichen Arbeitsabläufe, die einer patientenzentrierten und ganzheitlichen professionellen Haltung der Pflege gerecht werden.

Autor:
Christiane Schmitt
Pflegerische Gesamtleitung Med. Abtlg.III
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

(Patientenaufkleber)
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
_____

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Pflegerisches Entlassungsgespräch „Kardiologie“

Datum:		❑ **Gespräch mit Pat. nicht möglich** ❑ **Angehörige telefonisch informiert**	
Anwesende:		**PFK:**	

Organisatorisches	**erledigt**	**nicht nötig**	**Hdz. PFK**
Pflegeüberleitung	❑	❑	
Info Pflegeheim	❑	❑	
Transport organisiert	❑	❑	
Medikamente für den nächsten Tag mitgegeben	❑	❑	
Bescheinigung für die Krankenhaustagegeldvers.	❑	❑	

Häusliche Versorgung: *Sozialstation *Wunderversorgung *O2-Versorgung *SBB		
Ja	**Nein**	
❑	❑	Ist die häusliche Versorgung geregelt?
❑	❑	Fühlt der Pat. und seine Bezugsperson sich sicher in Bezug auf die häusliche Versorgung?
Ja	**Nein**	**Zusammenfassend:**
❑	❑	Entlassungsmanagement ist abgeschlossen
❑	❑	Besteht Beratungsbedarf? → wenn ja, wozu?_____ _____ **durchgeführt?** ❑ja ❑nein

Gefahrensymptome im Hinblick auf die Erkrankung/Operation	
❑ **KHK/Herzinsuffizienz**	Trinkmenge, Gewicht
❑ **Infarkt**	Wundheilung Leiste, Schmerzen Brustkorb
❑ **SM-Implantation**	Wundheilung, Armbewegungen, Infektionszeichen
❑ **TAVI/Mitralclips**	Wundheilung Leiste, Infektionszeichen
❑ **Schmerzen**	Medikamente, Hochlagerung, Aufsuchen ZfN

Ja	**Nein**	**Zusammenfassend:**
❑	❑	Weiß der Pat. auf welche Gefahrensymptome er achten sollte?
❑	❑	Weiß der Patient was er bei auftretenden Schmerzen tun kann?
❑	❑	Ist / fühlt der Patient sich ausreichend informiert?
❑	❑	Ist ein Beratungsgespräch erfolgt?

Medikamente			
Ja	**Nein**	**Kein Bedarf**	
❑	❑	❑	Weiß der Pat. wie er die Medikamente zuhause zu nehmen hat?
❑	❑	❑	Fühlt der Pat. sich sicher im Umgang mit den Medikamenten?
❑	❑	❑	Wurden neu verordnete Medikamente erklärt?
❑	❑	❑	Hinweis Umgang mit Opioiden und Schmerzmitteln!
❑	❑	❑	Anleitung subkutane Injektion erfolgt? Flyer?!
❑	❑	❑	Anleitung in der Handhabung von Dosieraerosolen erfolgt? Flyer?!

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Beratung		
• **Körperpflege, ausreichende Mundhygiene, angemessene Kleidung, BH-Bügel** • **Essen, Trinken, Alkohol, Induktionsherd** • **Bewegung, Sport, Sauna, sexuelle Aktivität** • **Berufsleben, Heben** • **Autofahren, Reisen, Fliegen** • **Infektionsprophylaxe, Mitnahme Behandlungspass (SM/Stent)**		
Ja	**Nein**	
❑	❑	Weiß der Pat. wie er sich im Rahmen seiner Erkrankung/OP zu verhalten hat?
❑	❑	Sind dem Pat. die Atemübungen bekannt?
❑	❑	Ist die Physiotherapie erfolgt?

Ja	Nein	Administratives
❑	❑	Wurde dem Pat. der Entlassungstermin am Vortag mitgeteilt?
❑	❑	Hinweis auf das Dokument „Sagen Sie uns Ihre Meinung“?

Printmedien für die Beratung		
KHK	❑äzq „Koronare Herzkrankheit- was ist das?“ ❑äzq „Koronare Herzkrankheit- Verhalten im Notfall!“	
VHF	❑BKT “Leben mit Gerinnungshemmern“	
Infarkt	❑Deutsche Herzstiftung „Herzinfarkt- und danach?“	
ACVB/AKE/MKE	❑BKT „Herz- und Thoraxchirurgie-Patienteninformation“ ❑BKT „Atemübungen vor und nach einer Herzoperation“	
Herzinsuffizienz	❑äzq „Herzschwäche- Was für Sie wichtig ist“ ❑BKT „Mein Herztagebuch“	
TAVI/Mitralclips	❑Deutsche Herzstiftung „Herzklappenerkrankungen-Symptome-Diagnose-Therapie ❑BKT „Atemübungen vor und nach einer Herzoperation“	
Allgemeines	❑BKT “Leben mit Gerinnungshemmern“ ❑BKT “Informationen und regeln zur Selbstblutdruckmessung“ ❑Haus der Gesundheit „Flyer Herzsportgruppe“	
Ja	**Nein**	
❑	❑	Informationen wie oben notiert ausgegeben
❑	❑	Auf Fachliteratur oder PIZ hingewiesen
❑	❑	Informationsgespräch durchgeführt

Offene Fragen:_____

_____

_____

_____

Folgende Wünsche hätte ich noch gehabt:_____

_____

_____

❑Kontaktadresse/Visitenkarte ausgehändigt

_____ _____

(Hdz.Pflegefachkraft) **(Unterschrift Patient)**

(Patientenaufkleber)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift; _____

_____

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Pflegerisches Entlassungsgespräch „Pneumologie“

Datum:		❑ **Kein Gespräch mit Pat. möglich** ❑ **Angehörige telefonisch informiert**	
Anwesende:		**PFK:**	

Organisatorisches	**erledigt**	**nicht nötig**	**Hdz. PFK / Uhrzeit**
Pflegeüberleitung	❑	❑	
Info Pflegeheim	❑	❑	
Transport organisiert	❑	❑	
Medikamente für den nächsten Tag mitgegeben	❑	❑	
Bescheinigung für die Krankenhaustagegeldvers.	❑	❑	

Häusliche Versorgung: *Sozialstation *Wunderversorgung *O2-Versorgung *SBB		
Ja	**Nein**	
❑	❑	Ist die häusliche Versorgung geregelt?
❑	❑	Fühlt der Pat. und seine Bezugsperson sich sicher in Bezug auf die häusliche Versorgung?
Ja	**Nein**	**Zusammenfassend:**
❑	❑	Entlassungsmanagement ist abgeschlossen
❑	❑	Besteht Beratungsbedarf? → wenn ja, wozu?_____ _____ **durchgeführt?** ❑ja ❑nein

Gefahrensymptome im Hinblick auf die Erkrankung/Operation	
❑ **COPD** ❑ **Asthma** ❑ **Fibrose**	**O2-Sättigung, Infektzeichen, Fieber, Husten, Auswurf**
❑ **Bronchial-CA**	**Wundheilung, Infektzeichen**
❑ **Pneumonie**	**Infektzeichen, Fieber, Husten, Auswurf**
❑ **Lungenembolie**	**Schmerzen Brustkorb, Kompressionsstrümpfe**
❑ **Schmerzen**	**Medikamente, Hochlagerung, Aufsuchen ZfN**

Ja	**Nein**	**Zusammenfassend:**
❑	❑	Pat. zum Bronchial-CA- Staging→ Beratung möglich?
❑	❑	Weiß der Pat. auf welche Gefahrensymptome er achten sollte?
❑	❑	Weiß der Patient was er bei auftretenden Schmerzen tun kann?
❑	❑	Ist / fühlt der Patient sich ausreichend informiert?
❑	❑	Ist ein Beratungsgespräch erfolgt?

			Medikamente
Ja	**Nein**	**k.Bedarf**	
❑	❑	❑	Weiß der Pat. wie er die Medikamente zuhause zu nehmen hat?
❑	❑	❑	Fühlt der Pat. sich sicher im Umgang mit den Medikamenten?
❑	❑	❑	Wurden neu verordnete Medikamente erklärt?
❑	❑	❑	Hinweis Umgang mit Opioiden und Schmerzmitteln
❑	❑	❑	Anleitung subkutane Injektion erfolgt? Flyer?!
❑	❑	❑	Anleitung in der Handhabung von Dosieraerosolen erfolgt? Flyer?!

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Beratung		
• **Körperpflege, ausreichende Mundhygiene, angemessene Kleidung, BH-Bügel** • **Essen, Trinken, Alkohol, Induktionsherd** • **Bewegung, Sport, Sauna, sexuelle Aktivität** • **Berufsleben, Heben** • **Autofahren, Reisen, Fliegen** • **Infektionsprophylaxe, Mitnahme Behandlungspass (SM/Stent)**		
Ja	**Nein**	
❑	❑	Weiß der Pat. wie er sich im Rahmen seiner Erkrankung/OP zu verhalten hat?
❑	❑	Sind dem Pat. die Atemübungen bekannt?
❑	❑	Ist die Physiotherapie erfolgt?

Ja	Nein	Administratives
❑	❑	Wurde dem Pat. der Entlassungstermin am Vortag mitgeteilt?
❑	❑	Hinweis auf das Dokument „Sagen Sie uns Ihre Meinung“?

Printmedien Beratung	
COPD	❑äzq „COPD-Was passiert bei COPD?“ ❑äzq „COPD-Verschlechterung bei COPD-was kann ich tun?“ ❑äzq „Asthma und COPD-Richtig inhalieren bei Asthma und COPD“
Asthma	❑äzq “Asthma-Was passiert bei Asthma?“ ❑äzq “Asthma und COPD-Richtig inhalieren bei Asthma und COPD“
Bronchial CA	❑BKT „Abteilung für Herz- und Thoraxchirurgie-Pat.info“ ❑BKT „Atemübungen vor und nach einer Herzoperation“ ❑Deutsche Krebsgesellschaft „Blaue Ratgeber“
Lungenembolie	❑Flyer zum Thema Tiefe Beinvenenthrombose (noch Recherche!) ❑BKT „Leben mit Gerinnungshemmern“
Allgemeines	❑äzq „Opioide bei chronischen Schmerzen-wann helfen Opioide?“ ❑Haus der Gesundheit „Flyer Sportgruppe“
Pneumonie	❑

Ja	Nein	
❑	❑	Informationen wie oben notiert ausgegeben
❑	❑	Auf Fachliteratur oder PIZ hingewiesen
❑	❑	Informationsgespräch durchgeführt

Offene Fragen:_____

_____

_____

_____

Folgende Wünsche hätte ich noch gehabt:_____

_____

_____

❑Kontaktadresse/Visitenkarte ausgehändigt

_____ _____

(Hdz.Pflegefachkraft) **(Unterschrift Patient)**

Prof. Dr. med. H.F. Weiser

Leitende Ärztinnen und Ärzte im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik

Ökonomie sieht aus medizinischer Sicht anders aus als die reine Betriebswirtschaftslehre

Nach mehrtausendjähriger Geschichte und permanenter Optimierung medizinischen Wissens werden sich die heutigen Teilbereiche der Medizin auch künftig unterschiedlich, d.h. auf höherem Spezialisierungsniveau weiterentwickeln. In diesem Differenzierungsprozess werden sich zwangsläufig leistungsfähige Strukturen durch Vernetzung interessenskongruenter Partner entwickeln. Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund stetig wechselnder, häufig unkalkulierbarer gesundheitspolitischer Einflüsse aber auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten gesehen werden.

Auch ist unser Gesundheitswesen – trotz der geradezu inflationären Gesundheitsgesetzgebung der vergangenen Jahre – nach wie vor durch ein doppelt besetztes Ordnungssystem gekennzeichnet. Dabei werden von der Marktwirtschaft wettbewerbliche Begriffe und Thesen entliehen, von der Daseinsvorsorge die ungebremste Neigung zur Reglementierung übernommen. Niemand wird in diesem Prozess die Notwendigkeit des sparsamen und rationellen Einsatzes, der für die Erhaltung und Wiedergewinnung der Gesundheit aufzubringen Finanzmittel bezweifeln. Niemand wird Bürgern, Politikern, wirklichen und vermeintlichen Experten das Recht absprechen, den rationalen Mitteleinsatz auf den Weg zu bringen und zu kontrollieren. Gefährlich scheint mir jedoch, wenn kein Unterschied mehr im Erfolgsstreben zwischen einem Krankenhaus, einem MVZ oder einer Praxis und einem produzierenden Unternehmen gesehen und damit die humanitäre Grundlage verneint wird, ohne die die Institutionen unseres Gesundheitswesens zu Reparaturwerkstätten verkommen auf die Politik und Kostenträger ohne moralische Skrupel verzichten können. Politik und Selbstverwaltung müssen offenbar immer wieder von Ärzten daran erinnert werden, dass Krankheit keine existenzielle Minusvariante ist, deren Behebung nach Reparaturanweisung jederzeit und nach Schadensmeldung bei einem Versicherer zu von diesem festgesetzten Preisen, und möglichst noch mit Garantie behoben werden kann.

Das bedeutet auch, dass Ökonomie aus medizinischer Sicht deutlich anders aussieht, als das, was in der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre an ökonomischen Grundregeln gelehrt wird. Ethisch verantwortungsbewusste Medizin kennt nicht den Verkauf von Kniegelenken, Wirbelsäulenversteifung oder gar Organen zur Gewinnmaximierung. Mediziner dürfen daher auch nicht, quasi als "Key Account Manager", in solche Verkaufsstrategien einbezogen werden. Jedenfalls nicht bei einer Medizin, die sich ethisch weiterhin auf dem Pfad der Tugend bewegen soll und der sich Patienten guten Gewissens anvertrauen können [11].

Prof. Dr. med. H.F. Weiser

Wettbewerb in der Medizin braucht andere Parameter als die klassische Ökonomie

Verschiedene Ereignisse der vergangenen Jahre, Stichwort > Bonusverträge, Indikationsausweitung, Transplantationsskandal und Einiges mehr, haben uns, trotz vielfacher Mahnungen durch die Ärzteschaft deutlich gemacht, dass der Begriff des Wettbewerbs im Gesundheitswesen genauer beleuchtet und klarer umrissen werden muss. Medizin ist nicht etwa eine unantastbare Kunst, die sich wettbewerblichen Parametern grundsätzlich entzieht, aber Wettbewerb in der Medizin, d.h. in einem Sozialsystem braucht andere Parameter als sie uns von der klassischen güter-orientierten Ökonomie vorgegeben werden.

Hier sieht der Autor einen

wesentlichen politischen Geburtsfehler des heutigen Gesundheitssystems.

Heute haben gesetzgeberische Defizite und Missachtung der allermeisten Vorschläge z. B. des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen, der BÄK oder von medizinischen Fachverbänden zu ungeregeltem Wettbewerb um Leistungen und nicht um Qualität geführt, will sagen wer im Gesundheitswesen auf ungeregelten Wettbewerb setzt, der darf sich nicht beschweren, wenn es neben wünschenswertem Qualitätswettbewerb auch zu Fehlentwicklungen wie dem ungebremsten Leistungswettbewerb kommt [3].

Folge ist eine inakzeptable Ökonomisierung, besser Kommerzialisierung des Systems!

Dabei ist nach H. Kühn die „Ökonomisierung" der Medizin keineswegs identisch mit „Wirtschaftlichkeit", sondern meint die tendenzielle Überformung fachlich medizinischer und ethischer Entscheidungen durch wirtschaftliche Ziele. Mit anderen Worten, die Ökonomisierung/Kommerzialisierung lässt tendenziell das Versorgungsziel „Gesundheit" hinter einzelwirtschaftlichen und/oder sektoralen Wirtschaftszielen, wie Rentabilität und Budgets zurücktreten [6].

Ökonomisierung der Medizin ist ein konfliktreicher Prozess

Dabei ist die Ökonomisierung der medizinischen Arbeit ein widerspruchsvoller und konfliktreicher Prozess.

Seine Dynamik der vergangenen Jahre beruht dabei auf zwei Kräften: Erstens auf Lernprozessen im praktischen Umgang mit dem neuen Anreiz- und Sanktionssystemen der Institutionen, die einen tiefgreifenden Wandel der Dienstleistungskultur bewirkt haben. Zweitens auf der rechtlichen, wirtschaftlichen, ideologischen und moralische Unterstützung dieses Wandels durch den gesellschaftlichen Kontext, immer wieder vereinfacht, respektiert und verstärkt durch den neoliberalen „Common Sense". Problematisch dabei ist allerdings, dass sich dessen multimediale Vermittler – sozusagen ohne Rückkopplung seitens der objektiven Realität – mühelos im Bereich des Ideologischen verbleiben können, während den medizinischen oder pflegerischen Dienstleistern dieses Objektive und Eigenmächtige in Person der Patienten und in Gestalt des betrieblichen Rechnungswesens gegenübertritt [8].

Mehr denn je sind die Selbstverwaltungspartner, die ärztlichen Verbände und die Politik aufgefordert, über neue, sinnvolle Wettbewerbsparameter nachzudenken. Noch mehr Qualitätsinstitute bringen, wie allseits sichtbar, diesen Prozess nicht entscheidend voran. Im Gegenteil, sie entziehen dem System dringend gebrauchte Finanzmittel. Aus Sicht der leitenden Krankenhausärzte lautet die Kernfrage: Wie und wo lassen sich Daseinsfürsorge und Wettbewerb unter einen Hut bringen?

Denn die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegekräften auf der einen und den Patienten auf der anderen Seite unterscheidet sich prinzipiell von derjenigen zwischen Käufer und Verkäufer einer marktgängigen materiellen Ware. Die Dienstleistung der Praxis beziehungsweise des Krankenhauses lässt sich von den „Konsumenten" nicht nach Hause tragen und bei Mängeln umtauschen.

Die Patienten stehen nicht jenseits der Produktion, sondern sie sind Bestandteil des Produktions- bzw. Dienstleistungsprozesse selbst.

Im Unterschied zur Produktion materieller Industriegüter sind der technisch-ökonomischen Rationalisierung der medizinischen Tätigkeit, durch die Eigenarten kranker und hilfsbedürftiger Menschen, besondere Bedingungen und Grenzen gesetzt. Diese Grenzen sind in der Regel verinnerlicht zu einer moralischen Haltung der s.g. Leistungserbringer!

Ökonomisierungsdruck führt zu moralischen Konflikten

Ökonomisierungsdruck und Arbeitsintensivierung führen dabei häufig zu moralischen Konflikten, die von Betroffenen als Beeinträchtigung ihrer Arbeitsqualität und Arbeitszufriedenheit angesehen werden [4,5].

Es bedarf keiner prophetischen Gaben, um vorher zu sagen, dass die Gesellschaft der Zwang zur Wirtschaftlichkeit über die nächsten Dekaden dominierend begleiten wird. Dabei muss im Zentrum künftiger Überlegungen nach wie vor der Patient mit seinen individuellen Problemen stehen,– allerdings Nachfrage orientiert – und nicht mehr die historische, methodengeprägte Fächergliederung der Medizin als starres Angebot. Sich stetig wandelndes medizinisches Wissen, strukturelle Weiterentwicklung des Systems und ökonomische Rahmenbedingungen dürfen jedoch auch künftig die Grundprinzipien ärztlichen Handelns, den Patienten jederzeit mit allen notwendigen Leistungen auf der Basis des jeweiligen Standes von medizinischer Wissenschaft und medizinischer Technik zu versorgen, nicht infrage stellen [10]. Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Lebensalter, es wird umso mehr Behandlungsbedürftige geben, je besser die Medizin in der Lage sein wird den Tod hinauszuschieben.

Infolge wachsender Ressourcenknappheit ist allerdings in den nächsten Jahren mit ethischen Entscheidungskonflikten zu rechnen.

Diskussion um Priorisierung und Rationierung wird neu belobt

Medizinischer Fortschritt und demographische Entwicklung werden zwangsläufig zu einer Leistung- und Ausgaben-Dynamik führen, die mit einer Mobilisierung möglicherweise noch verborgener Wirtschaftlichkeitsreserven nicht mehr aufgefangen werden kann. Diese Dynamik wird sich unabhängig von Wirtschaftsgeschehen entwickeln und wird zwangsläufig unter den Gesichtspunkten der medizinischen Sinnhaftigkeit und der ökonomischen Möglichkeiten künftiger Generationen eine längst überfällige gesellschaftliche Diskussion um Priorisierung, und Rationierung auslösen, an deren Ende ein neues, zumindest aber modifiziertes Gesundheits- und sozialpolitisches Verständnis stehen wird [2].

Nach W. von Eiff wird es künftig mehr denn je um die Frage gehen:

- Wer erhält aus dem Gesundheitssystem
- welche Leistungen aufgrund
- welcher Regeln und bei Anwendung
- welcher Beurteilungskriterien und
- wer finanziert diese Leistungen auf welche Art

Damit gehört die gerechte Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen zu den zentralen ethischen Herausforderungen unserer Gesellschaft [5].

Ausgehend von der Schutzbedürftigkeit der Kranken betont die westliche hippokratische Medizinethik, vier wichtige Grunderwartungen der Individuen gegenüber dem Arzt bzw. gegenüber den medizinischen Versorgungseinrichtungen.

Demnach haben Ärzte nach der Interpretation von V.G. Rodwin

- uneingeschränkt loyal gegenüber den Patienten zu sein
- allein im Interesse des Patienten zu handeln
- Das Wohlergehen des Patienten über die eigenen finanziellen Interessen zu stellen und
- das Arztgeheimnis zu wahren

Patientinnen und Patienten sind krank, leidend, sind mehr oder weniger eingeschränkt und angstvoll.

Ethische Stabilität wird benötigt

Deshalb gelten Sie in zivilisierten Gesellschaften als besonders schutzbedürftig [7]. Von Ärzten und Pflegekräften wird deshalb eine ethische Stabilität erwartet, die sie auch in Konstellationen, für die sie formal nicht verantwortlich sind, gegenüber den Patienten verantwortlich handeln lässt. Das gilt auch für Fälle, in denen die Anreiz- und Sanktionssysteme im Behandlungsprozess pervertiert sind, d.h. insbesondere leitende KH-Ärztinnen und -Ärzte für Verstöße gegen das Patientenwohl belohnt und für gebotenes Verhalten benachteiligt werden. Letzteres ist unter den heute gegebenen Rahmenbedingungen im Krankenhaus nicht selten der Fall und wird von „W. von Eiff“ in seinem Buch „Ethik und Ökonomie in der Medizin“ trefflich beschrieben [5].

Entsprechend wächst die moralische Verantwortung der beteiligten Mediziner aus der treuhänderischen Beziehung zu ihren Patienten.

Spätestens seit Einführung der pauschalierenden Entgelte stehen leitende Ärztinnen und Ärzte im Konflikt zwischen ihrer ethischen Motivation, den Erwartungen der Patienten und den Imperativen der Ökonomisierung. Wir haben es hier mit einem schwer auflösbaren Interessenskonflikten zu tun, bei dem auf der einen Seite die von leitenden Ärztinnen und Ärzten erwartete treuhänderische Moral steht und auf der anderen Seite Einkommens- und Karriereinteressen bzw. die Loyalität zur Institution zulasten der Patienten entschieden werden könnte [3,4,5,6].

Dabei liegt heute mehr denn je die Gefahr in der Institutionalisierung des Gewinnimpulses durch das Unternehmen und damit in der Abtrennung der persönlichen Verantwortung des Arztes für seine bzw. ihre Handlungen. Beispiel: Abtretung des Liquidationsrechtes an den KH-Träger.

Marktliberale Ideologie durchdringt Denken und Handeln im Gesundheitswesen

Die marktliberale Ideologie der letzten Jahre und der sie vermittelnde Jargon sind in der Zwischenzeit tief in das Denken und Handeln im Gesundheitswesen eingedrungen.

Beispiel: Patient = Kunde; Ärztin/Arzt = Leistungserbringer; Zielvereinbarungen in Arbeitsverträgen; oder wie o.g. Abtretung des Liquidationsrechtes.

Insbesondere um berufsrechtlich und ethisch kritische Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten zu identifizieren, haben die BÄK und der VLK bereits Ende 2012 eine Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen“ eingerichtet. Damit wollten Bundesärztekammer und VLK sich als „Wächter“ der Einhaltung dieser Empfehlung und – mehr noch – der Einhaltung des Wortlautes und der Intention des § 136 a / 135c SGB V positionieren.

Zielvereinbarungs-Kontrolle als „Wächter“

Für die berufsrechtliche Bewertung von Zielvereinbarungstexten wurden seinerzeit drei Kriterien definiert:

1. Verträglichkeit mit dem Wortlaut des § 136 a / 135c SGB V, d.h. Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen.
2. Verträglichkeit mit der Intention des § 136 a /135c SGB V, d.h. Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei Leistungsmengen abzielen und
3. Akzeptanz ökonomischer Inhalte von Zielvereinbarungen nach der von U. Wiesing formulierten Faustregel:

„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung und das dadurch bedingte ärztliche Handeln beeinflusst“ [12].

In der Zusammenschau der gesundheitspolitischen Entwicklungen der vergangenen 2-3 Dekaden wurden trotz vielfacher, meist unzureichender und häufig kontraproduktiver Versuche der jeweiligen Gesundheitsminister die Subjektivität und das Außergewöhnliche des einzelnen Patienten mit seiner Krankheit zu bedrohlichen und irrationalen Störgrößen, die durch betriebswirtschaftliches, rationales Management ausgeschaltet werden mussten. Im selben Maß, interagieren die Kranken nicht mehr mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, sondern mit Charaktermasken eines Organisationssystems.

Das ökonomische Ziel verwandelt sich vom Instrument zur Effizienzsteigerung, zum primären Zweck dem sich das medizinisch pflegerische Handeln unterwirft [1,5,8]. Nicht zuletzt, um diesem Prozess soweit wie möglich entgegen zu wirken, wurde die Koordinierungsstelle für Zielvereinbarungen eingerichtet oder wurde immer wieder auf die Notwendigkeit und die ethischen Implikationen einer eigenständigen Gebührenordnung des „freien Arzt-Berufes“ hingewiesen.

Das heutige ethische und gesellschaftspolitische Problem besteht aus Sicht des VLK nach Jahren von Fehlentwicklungen darin, die medizinische Versorgung als wichtigen Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens neu zu entdecken. Die ethische Grundfrage „wie wollen wir in Zukunft leben“? muss unter Berücksichtigung aktueller und künftiger Rahmenbedingungen konkret in zukunftsfähige Strukturen übersetzt werden. Die heute vorhandenen Strukturen sind zu analysieren, welche impliziten Antworten auf diese Grundfrage sie bereits enthalten [5].

Die Deutsche Ärzteschaft hat dazu bereits 2009 in ihrem Ulmer Papier gefordert, dass die für unser Gesundheitswesen erforderliche ordnungspolitische Neuausrichtung zwar auf Wettbewerbskriterien basieren soll, die sich allerdings am Primat des Patientenwohls und an Qualitätskriterien ausrichten und Versorgungssicherheit gewährleisten muss. Die Ärzteschaft hat in diesem Papier auch ihre Bereitschaft signalisiert, sich mit ihrer Expertise in die notwendige gesellschaftspolitische Diskussion zur moralischen Normsetzung, d.h. zur Entwicklung von ethisch akzeptablen und wettbewerbsfesten Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsverfahren einzubringen, wenn sie hierbei nicht nur fachlich beratend, sondern mitgestaltend beteiligt würde [9].

Ein sachrichtiger aber frommer Wunsch der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nie in Erfüllung gehen wird, wie die Entwicklung in Politik, Selbstverwaltung und multiplen Qualitätsinstituten eindrucksvoll zeigt! Im Alltag begegnen Ihnen in Ihrer Unfallambulanz rund um die Uhr

Autor:
Prof. Dr. med. H.F. Weiser
Präsident des Verbandes
Leitender Krankenhausärzte e.V.

Literatur:

1) G.S. Belkin (1994) The new sience of medicine J. of Health Politics, Policy and Law; 19:801-808
2) F. Beske (2010), Handlungsoptionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln Schriftenreihe – Institut für Gesundheitssystemforschung-Kiel; Bd. 117
3) U. Deichert et al. (2016), Traumjob oder Albtraum? Chefarzt w/m, Springer Verlag GmbH Berlin, Heidelberg
4) J. Düllings et al. (2016), Fokus Führung, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
5) W. von Eiff (2014), Ethik und Ökonomie in der Medizin, Medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
6) H. Kühn (2003), Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. Schriftenreihe Organisation und Medizin, Hogrefe Verlag; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; S. 77 - 98
7) V.G. Rodwin (2006), Growing Older in World Cities, Vanderbild University Press
8) A. Suchanek (2016), In Ethik und Ökonomie in der Medizin, Medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg; Beitrag 3.2
9) Ulmer Papier; 111. Deutschen Ärztetages (2008), Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft
10) VLK-Positionspapier (2011), Handeln nicht wegducken – Weichen stellen für die Gesundheitsversorgung von morgen, Arzt & Krankenhaus; Bd. 5
11) H.F. Weiser (2016), Wertschöpfer oder Sündenbock? Der leitende Krankenhausarzt im Kontext der Gesetzgebung, Springer Verlag GmbH Berlin, Heidelberg; S.32 - 42
12) U.Wiesing (2004 - 2013), Mitglied der „Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer (BÄK)

Invaliditätsvorsorge mit Extra-Schutz zu exklusiven VLK-Sonderkonditionen

Im Alltag begegnen Ihnen in Ihrer Unfallambulanz rund um die Uhr verunglückte und verletzte Patienten mit zum Teil gravierenden Verletzungen. Haben Sie sich schon einmal gefragt, wie sich Ihre berufliche und private Zukunft darstellt, sollten Sie einmal selbst mit einer schweren Verletzung eingeliefert und therapiert werden müssen?

Mit der VLK-Gruppenunfallversicherung erhalten Mitglieder einen exklusiven und hochwertigen Versi-cherungsschutz. Natürlich wünscht sich trotzdem niemand, diese Top-Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Aber: Unfälle passieren, sodass über das VLK-Unfallkonzept in den letzten fünf Jahren Leistungen in Höhe von mehreren tausend Euro an die verunfallten VLK-Mitglieder ausgezahlt worden sind.

Komfort-Schutz	Existenz-Schutz	Familienmitglieder	Leistungsart
1,05 Mio. €	700.000 €	700.000 €	Vollinvalidität
300.000 €	200.000 €	200.000 €	Grundinvalidität
200.000 €	150.000 €	50.000 €	Unfalltod
2.000 €	1.500 €	1.000 €	Unfallrente
375 €	**275 €**	**175 €**	Nettojahresbeitrag

Auf vielfachen Wunsch haben wir den optional enthaltenen Leistungsbaustein „schwere Krankheiten“ aufgewertet. Zwischen dem 40. und dem 55. Lebensjahr scheint das Risiko aufgrund eines Unfallereignis oder einer schweren Erkrankung aus dem Beruf auszuscheiden besonders hoch zu sein. Die gesetzliche Erwerbsminderungsrente wird durchschnittlich mit 51,7 Jahren bewilligt (Quelle: Statistik Deutsche Rentenversicherung 1/2018).

Schwere Krankheiten 30.000 EUR	Schwere Krankheiten 15.000 EUR	Leistungsart
100 €	**50 €**	Nettojahresbeitrag

Während der Zeit, in der sich die versicherte Person aufgrund einer schweren Erkrankung in einer Heilbehandlung oder Rehabilitation befindet, fehlt es oftmals an einer bedarfskonformen Einkommensabsicherung. Eine Einmalzahlung in Höhe von 30.000 EUR hilft diesen Zeitraum einer Arbeitsunfähigkeit finanziell zu überbrücken.

Interessant ist sicherlich, dass keine Gesundheitsfragen gestellt werden. So kann beispielsweise auch ein Mitglied mit einer Vorerkrankung hier Versicherungsschutz bis zum Endalter von 55 Jahre für diesen Leistungsbaustein erhalten. Das Konzept ist marktführend.

Erfreulicherweise konnten wir im Kontext der Verhandlungen mit dem Versicherer auch einige Beiträge im Seniorentarif optimieren. So ist unser „VLK-Aktiv-Schutz" um über 15 Prozent günstiger geworden und sofort statt für 462 EUR netto nunmehr für 390 EUR netto verfügbar.

Aktiv-Schutz	Komfort-Schutz	Leistungsart
300.000 €	75.000 €	Vollinvalidität
100.000 €	75.000 €	Grundinvalidität
10.000 €	5.000 €	Unfalltod
1.000 €	750 €	Unfallrente
390 €	**240 €**	Nettojahresbeitrag

VLK – eine starke Gemeinschaft und Mitgliedschaft, die sich lohnt! Die Verkaufsunterlagen stehen unter **www.rhvk.info/vlk** zum Download bereit. (Alle Beiträge Netto zzgl. aktuell 19 % Vers.-Steuer.)

Zum guten Schluss

Der als Schriftleiter der Verbandszeitschrift „Arzt und Krankenhaus“ seit 2001 und ab 2005 als Chefredakteur fungierende Hauptgeschäftsführer des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands scheidet zum 31.12.2018 aus den Diensten des VLK aus.

Er wünscht allen Leserinnen und Lesern der Verbandszeitschrift auch künftig einen möglichst großen Informationsgewinn bei der Lektüre dieses Periodikums.

…und tschüss…

Das stand auf der Agenda

Oktober - Dezember 2018

Foto: © kamasigns/fotolia.com

12.10.2018, Düsseldorf
- Sitzung MEDICA-Beirat
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

16.10.2018, Berlin
- Fachausschuss für Medizin der DKG
  VLK-Teilnehmer: u.a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

22.10.2018
- Telefonkonferenz Auswahlkommission Nachfolge HGF
  VLK-Teilnehmer: : Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Cornelia Cedzich, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

08.11.2018, Düsseldorf
- Pressekonferenz Vorschau MEDICA und 41. Deutscher Krankenhaustage
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

12. - 15.11.2018, Düsseldorf
- 41. Deutscher Krankenhaustag
  VLK-Teilnehmer: u. a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

14.11.2018, Düsseldorf
- Dialog-Forum Chefärzte Nordrhein der Ärztekammer Nordrheine
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

23.11.2018, Düsseldorf
- Auswahlkommission Nachfolge HGF
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Cornelia Cedzich, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

26.11.2018, Düsseldorf
- Präsidium VLK
  VLK-Teilnehmer: Mitglieder des Präsidiums

27.11.2018, Berlin
- Vorstand DKG
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

28.11.2018, Berlin
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Berlin/Brandenburg
  VLK-Teilnehmer: u. a. Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Jan Kaminsky

06.12.2018, Berlin
- Think Lab, Hertie School of Governance
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

11.12.2018, Berlin
- Krankenhaus-Branchentreff des DKI
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

12.12.2018, München
- Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bayern im VLK
  VLK-Teilnehmer: u. a. PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

18.12.2018, Düsseldorf
- GDK-Verwaltungsrat
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden