

22.07.2020

Was kommt nach Corona? – Forderungen der BWKG für eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik

Die Corona-Pandemie hat das Gesundheitswesen und insbesondere die Krankenhäuser, aber auch die Pflegeeinrichtungen und die Reha-Kliniken, ins Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung und der Politik gerückt. In der Krise wurde sehr deutlich, wie wichtig ein gut funktionierendes Gesundheitssystem, gute und flexibel reagierende Krankenhäuser aus allen Trägergruppen, leistungsfähige Pflegeeinrichtungen und Reha-Kliniken sowie eine stabile ambulante Versorgung sind. Die Erfahrungen, die in den ersten Monaten der Pandemie gewonnen wurden, sollten in der Debatte über die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung unbedingt berücksichtigt werden. Hierzu wurden im Folgenden zentrale Punkte und Positionen zusammengefasst:

I. Krankenhäuser

1. Berücksichtigung der Vorhaltefunktion bei der Bemessung der Krankenhauskapazitäten

Situation und Erkenntnisse

Die Diskussion um die Krankenhausversorgung bewegt sich zwischen den drei volkswirtschaftlichen Zielen „Wirtschaftlichkeit“, „Versorgungssicherheit“ (auch in Krisen) und „hohe Qualität“. Vor der Pandemie wurde von Forschungsinstituten, Krankenkassen und einigen Medien immer wieder auf vermeintliche Überkapazitäten im Krankenhausbereich verwiesen. Hintergrund hierfür war, dass der Aspekt der Wirtschaftlichkeit – ohne ausreichende Berücksichtigung der Vorhaltung für Krisen und Versorgungsspitzen – die bisherigen Diskussionen dominiert hat. Daher wurden ein massiver Abbau der Kapazitäten und eine Konzentration auf wenige Standorte gefordert. Begründet wurde dies damit, dass andere Länder ihre Gesundheitsversorgung mit deutlich weniger Krankenhauskapazitäten sicherstellen würden. In der Krise wurde aber deutlich, wie wichtig es ist, ausreichende Kapazitäten, insbesondere beim Personal im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung, bei der Beatmung sowie zur räumlichen Sicherstellung notwendiger Isolationsmaßnahmen zu haben, um auch auf Notfall- oder Katastrophensituationen reagieren zu können. Dies hat dazu beigetragen, dass die Infektionsquote in der Bevölkerung in Deutschland nur rund 1/5 der Werte anderer Flächenländer in Europa beträgt (Italien, Spanien, Frankreich, Großbritannien).

Positionierung

Bei der Diskussion und den Entscheidungen über die zukünftigen Krankenhauskapazitäten muss die Versorgungssicherheit stärker in den Vordergrund gerückt werden. Es muss unbedingt berücksichtigt werden, dass es im Notfall zusätzlicher Kapazitäten bedarf.

- Bei der Bemessung der bedarfsnotwendigen Krankenhauskapazitäten darf nicht ausschließlich auf die durchschnittliche tatsächliche Auslastung im „Normalfall“ abgestellt werden. Die Vorhaltung von ausreichenden räumlichen Reservekapazitäten für Spitzenlast-Situationen bei

möglichen Notfall- oder Krisensituationen muss eingerechnet werden und als wirtschaftlich im Sinne der gesetzlichen Vorgaben gelten.

- Die Planung von Intensivbetten wird nicht für nötig gehalten. Die Krankenhäuser haben gezeigt, dass sie in kurzer Zeit die Anzahl der Intensivbetten deutlich erhöhen können.

2. Personal

Situation und Erkenntnisse

In der Corona-Krise wurde das Personal der Krankenhäuser gefeiert und beklatscht. Diese Wertschätzung ist kurzfristig erfreulich, muss aber auch zu Konsequenzen in der künftigen Krankenhauspolitik und -finanzierung führen. Als größter Engpassfaktor bei der Aufstockung der Behandlungskapazitäten hat sich die Verfügbarkeit von gut qualifiziertem Personal – vor allem im Bereich der Intensivstationen – erwiesen.

Positionierung

Die Rahmenbedingungen für die Beschäftigung des für den laufenden Betrieb notwendigen Krankenhauspersonals sind so zu setzen, dass sich die Mitarbeiter ohne Zeitdruck weiterbilden können. Dazu ist es notwendig, dass Personal in ausreichendem Umfang und Qualifikation finanziert wird. Das regionale Lohn- und Preisniveau muss selbstverständlich ausfinanziert werden.

Darüber hinaus muss eine über den Normalbedarf hinausgehende Aus- und Fortbildung von Intensivpflegepersonal gefördert werden. Die Finanzierung dieser zusätzlichen Aus- und Fortbildungsmaßnahmen muss eindeutig geregelt werden. Sie sollte losgelöst von der leistungsorientierten Vergütung erfolgen.

3. Zentralisierung der Krankenhausversorgung vs. dezentrale Strukturen

Situation und Erkenntnisse

Im Land wird seit Jahren die Strategie verfolgt, kleinere, wenig spezialisierte Standorte zu schließen und die Versorgung tendenziell an größeren Standorten zu konzentrieren. Gleichzeitig soll aber die flächendeckende (Grund-)Versorgung gewährleistet werden. Als Effekte dieser Politik haben sich in einigen Landesteilen z.T. recht große Krankenhausverbünde gebildet, die häufig über mehrere Standorte verfügen.

In der Pandemie hat sich – bedingt durch die Abstandsregelungen und die notwendige Trennung von Patientengruppen – gezeigt, dass pro Patient ein größerer Flächenbedarf in den Krankenhäusern entsteht. In einigen Regionen haben Krankenhausverbünde einzelne Krankenhäuser zu „Pandemie-Krankenhäusern“ gemacht, um die anderen Krankenhäuser von diesen Patienten freizuhalten.

Darüber hinaus gilt weiterhin: Aus dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem ökonomischen Druck ergibt sich eine Tendenz zu einer stärkeren Zentralisierung der Versorgung. Gleichzeitig will man „teure Betten“ in Zentralversorgerkrankenhäusern nicht mit „einfachen“ Patienten belegen und ländliche Bereiche dürfen nicht von der Versorgung „abgehängt“ werden.

Positionierung

An der grundsätzlichen Zustimmung zu einer Strategie, die eine stärkere Zentralisierung der Versorgung mit einer Aufrechterhaltung der flächendeckenden (Grund-) Versorgung verbindet, wird festgehalten. Gleichzeitig muss der in der Pandemie deutlich gewordene größere Flächenbedarf und die Notwendigkeit, Patientengruppen ggfs. auch nach Krankenhausstandorten zu trennen, berücksichtigt werden. Eine Trennung von infektiösen und nicht infektiösen Patienten kann nur

gelingen, wenn die Zentralisierung nicht zu einer zu geringen Anzahl an Standorten führt. Zentrale Voraussetzung zur Umsetzung dieser Erkenntnisse ist, dass das Finanzierungssystem so umgestaltet wird, dass alle bedarfsnotwendigen Krankenhäuser - unabhängig von Ihrem Leistungsspektrum - ausreichend finanziert werden. Hier sind sowohl der Bundesgesetzgeber (auskömmliche Betriebskostenfinanzierung) als auch das Land Baden-Württemberg (auskömmliche Investitionsfinanzierung) in der Verantwortung.

4. Finanzierung der Betriebskosten

Situation und Erkenntnisse

Die Corona-Krise hat gezeigt, dass die alleinige Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung an der kurzfristigen Wirtschaftlichkeit, ohne ausreichende Berücksichtigung der angemessenen Vorhaltung, nicht zielführend ist. Diese Art der Finanzierung hat zur Folge, dass die Krankenhauskapazitäten auf ein „kurzfristig wirtschaftliches“ Niveau reduziert werden, dem aber wichtige Elemente fehlen. Wer Kapazitäten für Notfälle vorhält (Schutzausrüstung, Geräte, Medikamente, Personal), hat in dieser Situation einen (betriebswirtschaftlichen) Wettbewerbsnachteil.

Wenn die Vorhaltung für eine Krisen- und Notfallsituation gewollt ist, muss die Krankenhausfinanzierung grundsätzlich auf den Prüfstand gestellt werden. In ersten Bewertungen, beispielsweise der Leopoldina, wird vorgeschlagen, das Fallpauschalensystem hin zu einem System zu entwickeln, das den Leistungsbezug beibehält, dabei aber Elemente struktureller Entwicklung (z. B. durch Festlegung von Versorgungsstufen) und der Vorhaltefinanzierung so stärkt, dass grundsätzliche Fehlanreize des derzeitigen Systems korrigiert und vermieden werden, seltene und komplexe Krankheiten besser behandelt werden können und die Bildung von Reserven (z. B. zusätzliche Intensiv- und Infektionsbereiche, Notfallmedizin) ermöglicht wird.

Positionierung

Die BWKG setzt sich dafür ein, die Finanzierung von Vorhalteleistungen für Notfallsituationen perspektivisch von der Finanzierung für die laufende Patientenbehandlung zu trennen. Falls es auch im Jahr 2021 noch zu nennenswerten Leerständen aufgrund der Pandemie kommt, sollte die Leerstandspauschale durch bundesweite Vorgaben zur Budgetvereinbarung - Leistungsvereinbarung auf Basis des Jahres 2019 kombiniert mit einem hohen Mindererlösausgleich – ersetzt werden. Die Finanzierung der überdurchschnittlichen Personal- und Sachkosten im Land sowohl in der Krise als auch im „Normalbetrieb“ muss sichergestellt werden.

5. Investitionsförderung und Krankenhausbauprogramm des Landes Baden-Württemberg

Situation und Erkenntnisse

Die Krankenhäuser mussten in der Corona-Krise erhebliche Beträge zur Finanzierung kleinerer Baumaßnahmen wie Trennwände, Schleusen oder Container aufwenden. Darüber hinaus hat die Bedeutung der Digitalisierung und Netzabdeckung durch die Corona-Krise weiter zugenommen, beispielsweise durch die permanente Meldung von freien Kapazitäten. Weitere Anforderungen wie die stärkere Bedeutung der Telemedizin sind absehbar. Aus den bislang bereitgestellten Pauschalfördermitteln können diese zusätzlichen Anforderungen nicht finanziert werden.

Das Land Baden-Württemberg hat im Rahmen der Bauprogramme und des Strukturfonds in den vergangenen Jahren einiges investiert. Durch die Corona-Krise haben sich die baulichen Anforderungen an die Krankenhäuser verändert: Die räumliche Trennung bei der Behandlung von infizierten und nichtinfizierten Patienten musste durch zusätzliche Schleusen, Trennwände, Isoliereinheiten, getrennte Untersuchungseinheiten, getrennte Stationen, getrennte Notaufnahmen

usw. sichergestellt werden. Es ist deutlich geworden, dass künftig mehr Einzelzimmer, maximal aber Doppelzimmer zur Verfügung stehen müssen. Diese Anforderung ergibt sich nicht nur aus COVID-19-Fällen, sondern auch aus anderen Infektionen wie beispielsweise MRE oder Noroviren.

Aus diesen gestiegenen Anforderungen entsteht im Pauschalförderbereich und im Rahmen der Bauprogramme ein höherer Finanzierungsbedarf.

Positionierung

- Die BWKG spricht sich dafür aus, dass die Sicherstellung der Krankenhausversorgung, unter angemessener Berücksichtigung der Trägervielfalt und Subsidiarität, auch in Zukunft eine öffentliche Aufgabe bleibt.
- Es ist zwingend notwendig, die von den Kliniken in den letzten Monaten getätigten kleineren Bauinvestitionen zu finanzieren. Die Umsetzung kann analog zu dem Sonderprogramm Digitalisierung im Jahr 2019 erfolgen. Außerdem ist die laufende Pauschalförderung ab dem Jahr 2021 um 50 Mio. Euro auf 210 Mio. Euro aufzustocken.
- Dem baulichen Infektionsschutz ist mehr Gewicht zu geben. Die dadurch bedingten Mehrkosten müssen im Rahmen der Bauförderung finanziert werden.

6. Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und dem vertragsärztlichen Bereich

Situation und Erkenntnisse

Zu Beginn der Pandemie gab es Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, zumal es auch dort an Schutzausrüstung mangelte. Im weiteren Verlauf der Corona-Krise hat sich dieses Bild gewandelt. Dennoch kam es auch weiterhin zu Reibungsverlusten, was einen zusätzlichen Kommunikationsaufwand zur Folge hatte.

Damit die Patienten nicht sofort nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus einen Vertragsarzt aufsuchen müssen, wurde den Krankenhäusern während der Corona-Krise ermöglicht, im Rahmen des Entlassmanagements beispielsweise Arzneimittel und häusliche Krankenpflege für 14 Tage zu verordnen.

Positionierung

- Um verbindliche Abstimmungen auf regionaler Ebene zu ermöglichen, muss es auf vertragsärztlicher Seite in den Regionen einen verantwortlichen „Ansprechpartner mit angemessenem Durchgriffsrecht“ geben.
- Den Krankenhäusern sollte die Möglichkeit gegeben werden, im Rahmen des Entlassmanagements Verordnungen – beispielsweise für Arzneimittel und häusliche Krankenpflege – für eine Dauer von bis zu vierzehn Tagen auszustellen. Das wird aber nur funktionieren, wenn gleichzeitig unnötige bürokratische Hemmnisse abgebaut werden und häusliche Krankenpflege im erforderlichen Umfang zur Verfügung steht.

II. Reha-Kliniken

Situation und Erkenntnisse

In der medizinischen Rehabilitation können Menschen Kraft, Lebensqualität und Zukunftsperspektiven zurückgewinnen. Viele Berufstätige können dank Reha wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren. Durch verschiedene Studien wurde nachgewiesen, dass sich Reha medizinisch und wirtschaftlich „rechnet“. Reha kann Frühverrentungen verhindern, den Arbeitgebern und Versicherten Kosten sparen sowie dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Dafür muss sie allerdings

auch tatsächlich verordnet werden. In der Pandemie hat sich gezeigt, dass eine nennenswerte Anzahl von Reha-Kliniken Kooperationsvereinbarungen zur Erbringung von „Ersatz-Krankenhausleistungen“ abgeschlossen haben. Dies hat dazu geführt, dass Überlegungen zur Errichtung von „Not-Krankenhäusern“ in externen Gebäuden (Messehallen usw.) in Baden-Württemberg nur in Ausnahmefällen angestellt werden mussten. Gleichzeitig sind die Reha-Kliniken nicht in gleicher Weise durch Schutzschirme wirtschaftlich abgesichert wie andere Teile des Gesundheitswesens. Beim Einsatz der Reha-Kliniken als Ersatz-Kurzzeitpflege-Anbieter ist eine große Zurückhaltung spürbar. Dies ist zum Teil auf die geringe Vergütung zurückzuführen, zum Teil aber auch darauf, dass Reha-Kliniken hierfür aktuell nicht ausreichend Pflegekräfte beschäftigen.

Positionierung

- Wenn Reha-Kliniken über das entsprechend qualifizierte Personal verfügen und als „Ersatz-Kurzzeitpflegeeinrichtungen“ tätig werden, muss eine ausreichende Vergütung sichergestellt werden.
- Reha-Kliniken sind in die Bevorratung von Schutzausrüstung einzubeziehen.
- Eine auskömmliche Finanzierung der Reha-Kliniken ist im Sinne des Gesamtsystems dringend sicherzustellen. Dabei muss die besondere Position der Reha-Kliniken im „Reha-Land Baden-Württemberg“ besonders gewürdigt werden.

III. Pflegeeinrichtungen

Situation und Erkenntnisse

Bei der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gab es vor allem Probleme bei der Verlegung von nicht mehr akutstationär behandlungsbedürftigen Patienten in die Kurzzeitpflege, Dauerpflege und häusliche Pflege. Hier hat sich insbesondere der allgemeine Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen erneut deutlich gezeigt. Hinzu kam der erhebliche Mangel an Schutzausrüstung und Unsicherheit über die unterschiedlichen Vorgaben des RKI und des Landes zum Umgang mit den Patienten/Bewohnern beispielsweise beim Thema Quarantäne und Testungen. Eine Entlastung durch „Ersatz-Kurzzeitpflege“ in Reha-Einrichtungen konnte nur in wenigen Fällen erfolgen.

Die hausärztliche Versorgung konnte überwiegend sichergestellt werden, musste aber in der Anfangsphase mit einem erheblichen Mangel an Schutzausrüstung fertig werden. Dabei wurde die Betreuung der Heimbewohner durch einen einzigen Vertragsarzt oder ein kleines Team ganz überwiegend positiv wahrgenommen, wobei es ein solches Team allerdings nur in knapp der Hälfte der Pflegeeinrichtungen gab. Während die hausärztliche Versorgung in den meisten Fällen zufriedenstellend funktioniert hat, ist es bei der fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zum Teil zu Versorgungsschwierigkeiten gekommen.

Die Gesundheitsämter waren in sehr kurzer Zeit mit enormen Herausforderungen konfrontiert, die sie nicht immer bewältigen konnten. Dies hat dazu geführt, dass manche Pflegeeinrichtungen im Bedarfsfall keine Ansprechpartner erreichen konnten oder dass Anordnungen teils nur mündlich erfolgt sind. Andere Gesundheitsämter waren dagegen sehr unterstützend und haben sich durch gute Kommunikation hervorgehoben.

Die Umsetzung der von der Landesregierung beschlossenen Maßnahmen benötigt in Pflegeeinrichtungen ausreichend Zeit, da nicht nur organisatorische Änderungen vorgenommen werden müssen, sondern diese auch den Bewohnern und deren Angehörigen kommuniziert werden müssen. Nachträgliche Änderungen und Korrekturen schaffen ungeheuer großen Erklärungsbedarf. Einige Pflegeheimbewohner haben unter den Isolationsbedingungen so gelitten, dass sich

ihr Zustand verschlechtert hat. Es muss überprüft werden, ob dies mit einer höheren Personalausstattung und geräumigeren baulichen Verhältnissen zumindest teilweise zu verhindern gewesen wäre.

Zwei Besonderheiten der pflegerischen Versorgung bereiten nach wie vor große Probleme: Bei demenziell erkrankten Personen ist die Durchsetzung von Quarantänemaßnahmen oft nur mit freiheitsentziehenden Maßnahmen möglich. Hier fühlen sich viele Einrichtungen „alleine gelassen“ mit dem Dilemma zwischen Drittschutz und Freiheitsrechten. Des Weiteren ist es wenig hilfreich, wenn Einrichtungen von den Gesundheitsämtern mit der Forderung der Bildung von unterschiedlichen Bereichen in der Einrichtung konfrontiert werden, wenn andererseits die Bewohner eindeutig ein Besitzrecht am eigenen Zimmer haben.

Positionierung

- Der Mangel an verfügbaren Kurzzeitpflegeplätzen muss endlich behoben werden. Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass Pflegeeinrichtungen wie auch die Krankenhäuser unbürokratisch Kurzzeitpflegeleistungen zu zumindest kostendeckenden Vergütungen anbieten können.
- Die hausärztliche Versorgung der Heimbewohner durch einen Arzt oder ein kleines Team sollte – wo gewünscht - weiter gefördert werden.
- Es müssen Wege gefunden werden, um insbesondere auch in Krisen wie beispielsweise Pandemien die fachärztliche und zahnärztliche Versorgung aller Heimbewohner zu gewährleisten.
- Pflegeeinrichtungen sind in die Bevorratung von Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln einzubeziehen.
- Die Gesundheitsämter müssen personell in die Lage versetzt sein, auch in „Hochzeiten“ ihren Aufgaben nachkommen zu können. Befürwortet wird ein regelmäßiger Austausch zwischen Gesundheitsamt, Ordnungsamt, Heimaufsicht und Pflegeeinrichtungen, wie er beispielsweise im Bodenseekreis praktiziert worden ist.
- Die dynamische und örtlich durchaus unterschiedliche Situation wird auch in Zukunft flexible Anpassungen von Maßnahmen erforderlich machen. Es wird angeregt, zur Vereinfachung ein festes Warnstufensystem zu definieren mit nach Warnstufe gestaffelten Maßnahmen. Dann müsste künftig nur eine Veränderung der Warnstufe kommuniziert werden.
- Um die Akzeptanz zu erhöhen und auch, um Klarheit darüber zu haben, wer die finanziellen Folgen trägt, müssen die Vorgaben von Seiten der Behörden (z.B. Anordnungen, Verfügungen), insbesondere auch der Gesundheitsämter, eindeutig sein. Nur so kann gewährleistet werden, dass die einschlägigen Gesetze und Regelungen auch tatsächlich greifen.
- Sofern das Gesundheitsamt eine räumliche Separierung von Bewohnern für zwingend erforderlich hält, ist diese hoheitlich anzuordnen und die Verantwortung nicht auf die Pflegeeinrichtungen abzuschieben. Ferner muss der Umgang mit mobilen demenziell erkrankten Bewohnern einer Lösung zugeführt werden.

IV. Weitere Themen

a) Schutzausrüstung

Situation und Erkenntnisse

Zu Beginn der Corona-Pandemie sind die üblichen Lieferwege für die Schutzausrüstung zusammengebrochen, da insbesondere China als Hauptlieferant ausgefallen ist. In vielen Einrichtungen und im niedergelassenen Bereich kam es zu Engpässen. Nur unter erheblichen Anstrengungen und finanziellen Aufwendungen ist es den Einrichtungen und ihren Trägern gelungen, die Ver-

sorgung sicherzustellen. Auch Bund und Land haben sich in die Beschaffung von Schutzausrüstungen eingeschaltet. Die Bestell- und Lieferwege waren unklar. Die Lagerhaltung, Beschaffung und Verteilung muss überdacht und geregelt werden.

Positionierung

Es bedarf eines ausreichenden Vorrats an Schutzausrüstung für die Kliniken, Reha- und Pflegeeinrichtungen. Diese Vorratshaltung muss aber auch finanziert werden (Schutzausrüstungen, Räume, Logistik, Personal).

b) Arzneimittel

Situation und Erkenntnisse

Der Mangel an bestimmten Arzneimitteln (beispielsweise Propofol) ist unabhängig von der Corona-Pandemie ein großes Problem, das durch den steigenden Bedarf in der Krise noch verschärft wurde.

Positionierung

Der Mangel an bestimmten „krisenrelevanten“ Arzneimitteln muss grundsätzlich angegangen werden. Darüber hinaus sollte eine Notfallbevorratung erfolgen. Diese Bevorratung muss dann ebenfalls – siehe Schutzausrüstung – separat finanziert werden.

c) Notärzte, Rettungsdienst und Krankentransport

Situation und Erkenntnisse

Es haben sich Konflikte abgezeichnet, wenn Krankenhausärzte gleichzeitig auf der Station und als Notärzte eingesetzt werden sollen. Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass mehr Personal benötigt wird.

Positionierung

Von Hotspots müssen die Patienten schnell in andere Regionen und auch in andere Bundesländer verlegt werden können. Hierfür müssen die Kapazitäten (Personal, Rettungshubschrauber, Rettungswagen) vorhanden sein, ohne dass die Rettung oder die Krankentransporte vor Ort beeinträchtigt werden. Es müssen klare Kommunikationswege für die Verlegung von Patienten vorhanden sein (regionale Leitstelle, Oberleitstelle, Vorgaben für bundesweite Verlegungen). Außerdem müssen die niedergelassenen Ärzte verpflichtet werden, sich an der Notfallversorgung zu beteiligen.