

Positionspapier

Konzept zur Krankenhausreform und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege

Angesichts der Milliardenüberschüsse im Gesundheitsfonds und bei den gesetzlichen Krankenkassen und einer sich erneut zuspitzenden Finanzlage bei einem Teil der Krankenhäuser in Deutschland wird der Ruf nach finanziellen Verbesserungen für Krankenhäuser wieder lauter. Und das, obwohl die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die stationäre Versorgung im zurückliegenden Jahr erneut einen Spitzenwert erreicht haben. Dieser Widerspruch ist ein weiterer Ausdruck für das gesundheitspolitische Versagen der schwarz-gelben Bundesregierung.

Am Ende der Regierungszeit der Schwarz-Gelben Koalition muss man leider auch für die stationäre Versorgung in Deutschland von verlorenen Jahren sprechen. Wesentliche Reformschritte, die mit dem von Ulla Schmidt vorgelegten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im Jahr 2009 eingeleitet worden waren, hat die schwarz-gelbe Regierungskoalition mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wieder ausgesetzt und den beginnenden Reformprozess abgewürgt.

Die SPD-Bundestagsfraktion hatte sich mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 insbesondere auch dafür eingesetzt, dass zusätzliche Mittel dort ankommen, wo sie besonders dringend gebraucht werden – bei den Beschäftigten. Die anteilige Finanzierung der Tariflohnsteigerungen der Jahre 2008 und 2009 durch die Krankenkassen, das Pflegestellen-Förderprogramm und die Weiterentwicklung des DRG- Vergütungssystems für Pflegekomplexmaßnahmen sind Beispiele dafür.

Die SPD-Bundestagsfraktion geht den mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 beschrittenen Weg weiter. Die Qualität der Behandlung und ihr gesundheitlicher Nutzen für Patientinnen und Patienten sind in das Zentrum aller Überlegungen zur Weiterentwicklung der finanziellen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung insgesamt zu rücken. Von entscheidender Bedeutung für eine gute Behandlungsqualität sind gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigte in den Krankenhäusern, insbesondere im nichtärztlichen Dienst. Patientinnen und Patienten brauchen gute Pflege. Pflegekräfte brauchen Arbeitsbedingungen, die ihnen gute Pflege ermöglichen. Zusätzliche Ausgaben sind dann gerechtfertigt, wenn ihnen ein adäquater Nutzen für Patientinnen und Patienten und die Verbesserung der Situation der Beschäftigten in den Krankenhäusern gegenübersteht.

Die SPD-Bundestagsfraktion sieht Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:

1. Eine leistungsgerechte und planbare Finanzierung sicherstellen

Krankenhäuser brauchen eine leistungsgerechte und planbare Finanzierung. Die geteilte Finanzierungsverantwortung zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlungskosten auf der einen und den Bundesländern für die Investitionskosten auf der anderen Seite erschwert die angemessene wirtschaftliche Absicherung vieler Krankenhäuser zunehmend. Seit Jahren ist festzustellen, dass es für die Bundesländer trotz ihrer Bemühungen vielfach schwierig bleibt, der Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten ausreichend nachzukommen. Viele Krankenhäuser sind aber auf bauliche und apparative Investitionen dringend angewiesen. Sie sehen sich deshalb gezwungen, zur Finanzierung notwendiger Investitionen auch auf Einnahmen aus Behandlungsleistungen zurückzugreifen. Dieses Problem wird kurzfristig nicht zu lösen sein. Es ist deshalb zunächst die Aufgabe, das bestehende Finanzierungssystem da zukunftsfester zu machen, wo das sinnvoll und möglich ist.

Dazu fordert die SPD-Bundestagsfraktion:

- **bundeseinheitliche Empfehlungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen.** Gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG können Krankenhäuser mit den Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden Sicherstellungszuschläge für die Vorkhaltung von Leistungen vereinbaren, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfes mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar, für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung aber notwendig sind. Die Frage, ob und in welchem Umfang Sicherstellungszuschläge zu gewähren sind, ist immer wieder Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen. Es besteht Rechtsunsicherheit, sowohl für die Krankenhäuser, als auch für die Krankenkassen und die betroffenen Bundesländer. Das hat Auswirkungen auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern und auf die Patientinnen und Patienten. Es ist dringend notwendig, diese Rechtsunsicherheit zu beseitigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll dazu aufgefordert werden, in Umsetzung von § 17 b Abs. 1 Satz 6 KHG bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Sicherstellungszuschläge zu leisten sind. Qualitätsaspekte und Fallzahlen sind zu berücksichtigen. Auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Empfehlungen sollen die gemeinsamen Landesgremien nach § 90 a SGB V regionale Besonderheiten identifizieren können, die für die Anwendung der Maßstäbe und damit für die Gewährung von Sicherstellungszuschläge zu berücksichtigen sind.
- zur weiteren Angleichung der Landesbasisfallwerte an den **bundeseinheitlichen Basisfallwert** und damit zu § 10 Abs. 13 KHEntgG in der Fassung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2009 zurückzukehren. Dort war für den Fall, dass die vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag zu gebende wissenschaftliche Untersuchung eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen in den Ländern ergibt, ein Verfahren für die weitere Angleichung der Landesbasisfallwerte an den einheitlichen Bundesbasisfallwert vorgesehen. Der Auftrag für die Untersuchung wurde erteilt und Ergebnisse werden im Sommer erwartet. Sollte das Gutachten zu dem Ergebnis kommen, dass es keine strukturellen Gründe für die

unterschiedlichen Landesbasisfallwerte gibt, muss es einen Übergang hin zu einem bundeseinheitlichen Basisfallwert und damit zu einer bundeseinheitlichen leistungsgerechten Vergütung geben.

2. Qualität sichern und Patientensicherheit erhöhen

Die gesetzliche Krankenversicherung wird im Jahr 2013 voraussichtlich mehr als 64 Mrd. Euro für den Krankenhausbereich aufwenden, während es im Jahr 2005 noch weniger als 50 Mrd. Euro waren. Gleichzeitig ist in den zurückliegenden Jahren ein erheblicher Anstieg der Fallzahlen in den Krankenhäusern zu beobachten. Weniger als die Hälfte dieses Leistungsanstieges ist nach Einschätzung von Expertinnen und Experten (RWI-Projektbericht Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen April 2012, Krankenhausreport 2013) auf die Alterung und eine damit einhergehende steigende Morbidität der Bevölkerung zurückzuführen. Es liegt nahe, dass ein Teil der Mengensteigerung allein auf ökonomische Gründe zurückzuführen ist. Das bedeutet aber auch, dass für diese Behandlungen und Operationen die medizinische Notwendigkeit in vielen Fällen nicht gegeben war. Für Patientinnen und Patienten ist das verheerend. Sie können nicht sicher sein, dass Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten allein auf medizinischen Gründen beruhen. Sie sind der Gefahr ausgesetzt, dass aus ökonomischen Erwägungen heraus unnötig operiert wird. Der Mengenentwicklung aus rein ökonomischen Gründen muss deshalb wirksam begegnet, die Qualität der medizinischen Versorgung gesichert und verbessert und die Patientensicherheit erhöht werden. Für die Krankenhäuser darf sich nicht allein mehr Menge, sondern muss sich eine Behandlung lohnen, die auf einer individuell richtigen medizinischen Indikation für die Patientin oder den Patienten beruht und die in einer nachweisbar hohen Qualität erbracht wird.

Dazu fordert die SPD-Bundestagsfraktion:

- die **Degression des Landesbasisfallwertes bei Fallzahlsteigerungen zu beenden**. Nach gegenwärtiger Rechtslage sind zusätzliche Fälle einzelner Krankenhäuser bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes insgesamt absenkend zu berücksichtigen. Es müssen also auch die Krankenhäuser mit einem abgesenkten Landesbasisfall auskommen, die keine Mehrleistungen erbracht haben. Diese Regelung belastet die Kliniken, die sich an die vereinbarte Leistungsmenge halten. Sie führt auf der anderen Seite aber nicht dazu, dass weniger Mehrleistungen erbracht werden. Ziel muss es sein, die Mengenentwicklung so zu steuern, dass unnötige und allein ökonomisch motivierte Krankenhausbehandlungen vermieden werden. Die Degression der Landesbasisfallwerte ist dazu nicht geeignet. Unberechtigte Mengenausweitungen sind dort zu sanktionieren, wo sie verursacht werden.
- die **Weiterentwicklung der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung**. Patientinnen und Patienten sind optimal, nicht maximal zu versorgen. Nicht die Menge der Leistungen, sondern ihre Qualität muss sich wirtschaftlich für die Krankenhäuser lohnen. Es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Qualität der Behandlung besser messbar ist und sie damit in die DRG-Vergütungssystematik einfließen kann. Es müssen belastbare Qualitätsindikatoren entwickelt und dazu die BQS-Daten mit den Leistungsdaten aus dem DRG-

System zusammengeführt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält einen entsprechenden Entwicklungsauftrag. Die Ergebnisse aus diesem Entwicklungsauftrag sind zügig in Modellvorhaben zu überführen.

- Ein Prozent der Gesamtausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser wird als **Zuschlag für die Häuser verwendet, die besonders gute Qualität vorweisen**. Die Qualitätsdaten müssen veröffentlicht und der Patientin oder dem Patienten bei Krankenhauseinweisung vorgelegt werden. Schlechte Qualitätsdaten müssen zu einer Überprüfung des Krankenhauses führen.
- um unnötige Operationen zu vermeiden, einen **verbindlichen Anspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren vor planbaren Operationen**. Der verbindliche Anspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren ist in einem ersten Schritt für Endoprotheseneingriffe am Knie- und Hüftgelenk, Bandscheibenoperationen und Prostatektomie gesetzlich festzulegen. Das Zweitmeinungsverfahren ist durch zertifizierte, interdisziplinäre Zentren durchzuführen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, in Richtlinien weitere Diagnosen für ein verbindliches Zweitmeinungsverfahren zu bestimmen und konkrete Anforderungen an die Diagnosestellung, zur Wahl der Therapie und das Nähere zu den qualitativen Anforderungen an die Zertifizierung entsprechender Zentren festzulegen. Die medizinischen Fachgesellschaften sind zu beteiligen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, entsprechende Strukturen vorzuhalten. Die Ergebnisse des Zweitmeinungsverfahrens sind durch das jeweilige interdisziplinäre Zentrum mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und mit der Patientin oder dem Patienten zu besprechen. Ziel ist die Erhöhung der Patientensicherheit bei bestimmten Diagnosen, die trotz bestehender Behandlungsalternativen besonders häufig zu Operationen führen.
- die **Weiterentwicklung der Krankenhaus-Qualitätsberichte**. Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2005 verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte vorzulegen. Diese Berichte sollen die Qualität des Leistungsspektrums eines Krankenhauses sichtbar machen. Sie dienen der Informationsgewinnung für Patientinnen und Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringer. Für Patientinnen und Patienten sind die Qualitätsberichte im Vorfeld einer planbaren Operation wesentliche Quelle für objektive Informationen über ein konkretes Krankenhaus. Patientinnen und Patienten brauchen verlässliche und für sie verständliche Angaben über das Behandlungsangebot eines Krankenhauses, über die angebotenen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, über konkrete Operations- und Behandlungsmethoden und vor allem auch über die Behandlungsergebnisse. Es ist notwendig, die Qualitätsberichte mit dem Ziel einer höheren Verständlichkeit und Vergleichbarkeit für Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln.
- mehr Patientensicherheit durch **verbindliche Sicherheits-Checklisten**. Behandlungsfehler in Krankenhäusern beruhen selten auf dem Fehlverhalten eines Einzelnen. Behandlungsabläufe sind arbeitsteilig organisiert. Patientinnen und Patienten werden interdisziplinär und von unterschiedlichen Berufsgruppen versorgt. Arbeitsverdichtung, Zeitdruck und Kommunikationsdefizite kommen unter Umständen hinzu. Viele Krankenhäuser haben sich deshalb bereits selbst angepasst-

te OP-Checklisten auf Grundlage der Empfehlungen der WHO im Rahmen der Globalen Initiative für Patientensicherheit gegeben. Die Erfahrungen sind positiv und sollten allgemeiner Standard der Qualitätssicherung in Krankenhäusern werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird deshalb beauftragt, Checklisten zu entwickeln und seine Richtlinien zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern entsprechend anzupassen. Die Checklisten sind zur Behandlungsdokumentation hinzuzufügen, Abweichungen sind zu dokumentieren.

- eine konsequente **Verbesserung der Patientenrechte**. Patientinnen und Patienten erhalten nach jedem Eingriff einen Patientenbrief mit allgemein verständlichen Informationen über die durchgeführte Operation, die angewandten Techniken, ggf. verwendete Hilfsmittel und Implantate, den Verlauf und darüber, ob und zu welchen Komplikationen es gekommen ist. Der Patientenbrief senkt die Zahl unnötiger Klagen, die auf der Grundlage von Intransparenz angestrengt werden. Gleichzeitig erhöht er die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten bei einem tatsächlichen Fehler entschädigt werden. Es ist darüber hinaus ein Härtefallfonds einzurichten, der Patientinnen und Patienten unterstützt, die in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus einen Schaden erleiden. Auf den Antrag BT-Drs. 17/11008 wird verwiesen. Es sind darüber hinaus Beweiserleichterungen für Patientinnen und Patienten im Arzthaftungsrecht zu prüfen, die greifen sollen, wenn die Qualitätsberichte eines Krankenhauses eine vergleichsweise hohe Rate von Infektionen durch multiresistente Krankenhauskeime belegen.
- sicherzustellen, dass **Bonusvereinbarungen zwischen Klinikleitungen und ihren Ärztinnen und Ärzten, die ausschließlich die Steigerung von bestimmten Operationszahlen zum Ziel haben, unterbleiben**. Sie gefährden Patientinnen und Patienten. Sie führen zu unnötigen Behandlungen und Operationen, deren Kosten die Versicherungsgemeinschaft aus ihren Beitragsgeldern zu tragen hat.
- Krankenhäuser, die darauf **verzichten, ihren Chefärztinnen und Chefärzten das Recht auf Privatliquidation zu übertragen, können einen Vergütungszuschlag erhalten**.

3. Die Sektorübergreifende Versorgung gestalten

In ländlichen und strukturschwachen Regionen erfordern sinkende Einwohnerzahlen und steigender Fachkräftebedarf zudem Flexibilität bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen. Patientinnen und Patienten haben unabhängig davon, wo sie leben, wie alt sie sind oder wie schwer der Grad ihrer Erkrankung ist, einen Anspruch darauf, die für sie notwendigen medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen in zumutbarer Weise erreichen zu können. In dünn besiedelten Gebieten müssen Krankenhäuser deshalb zwangsläufig eine wachsende Bedeutung auch für die Sicherstellung von ambulanten medizinischen Versorgungsangeboten bekommen. Es ist wichtig, Schritt für Schritt die notwendigen planungs- und vergütungsrechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass überkommene Sektorabgrenzungen, ungeeignete Planungsgrundlagen, historisch gewachsene zersplitterte Zuständigkeiten oder Aufgabenzuweisungen hier nicht länger hindernd wirken.

Dazu fordert die SPD-Bundestagsfraktion:

- die **sektorübergreifende Versorgungsplanung** voranzubringen. Der bisher geteilte Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung auf der einen und für die stationäre medizinische Versorgung auf der anderen Seite ist zu einem gemeinsamen Versorgungsauftrag zusammenzuführen und langfristig auf die Länder im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung für die öffentliche Daseinsvorsorge zu übertragen. Die auf der Landesebene für die ambulante medizinische Versorgung zuständigen Planungsgremien einerseits und die für die Krankenhausplanung zuständigen Gremien andererseits sind schrittweise in einem gemeinsamen Planungsgremium zusammenzuführen. Eine Option dafür bieten die Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V.
- die **selektivvertraglichen Möglichkeiten der Krankenkassen auszuweiten**, mit dem Ziel, die sektorübergreifende Versorgungsqualität zu verbessern. Vereinbarungen und Verträge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern sind den Ländern, in deren Planungsbereichen sie wirksam werden, zur Kenntnis zu geben. Die Länder haben das Recht, konkrete Vereinbarungen vorzuschlagen, die der bedarfsgerechten und der patientennahen Versorgung dienen.
- die Entwicklung hin zu einer **einheitlichen Vergütung** gleicher, ambulant oder stationär erbrachter Leistungen einschließlich der Investitionskosten.
- die Entwicklung und Einführung **einheitlicher Qualitätsstandards** für den ambulanten und den stationären Leistungsbereich.

4. Versorgungsübergänge absichern

Bereits heute ist jeder sechste Patient oder jede sechste Patientin im Krankenhaus älter als 80 Jahre. Nach konservativen Schätzungen wird die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten ab dem 80. Lebensjahr von 2,7 Millionen im Jahr 2010 auf 3,8 Millionen im Jahr 2020 zunehmen. Krankenhäuser müssen sich also auf eine steigende Zahl älterer Patientinnen und Patienten einstellen, die zudem vielfach an chronischen Krankheiten oder unter Mehrfacherkrankungen leiden.

Es kommt hinzu, dass immer mehr Menschen in Deutschland ihren Haushalt allein führen. Im Jahr 2011 lebte bereits jeder oder jede Fünfte allein. Nach Schätzungen des statistischen Bundesamtes werden im Jahr 2030 voraussichtlich 23 % der Einwohner in Single-Haushalten leben. Es muss deshalb für Patientinnen und Patienten gesorgt werden, die eine stationäre Behandlung benötigen und die Vor- oder Nachsorge nicht allein oder mit Hilfe von Angehörigen bewältigen können.

Die veränderten Krankheitsbilder bedeuten zudem, dass Krankenhäuser heute zunehmend schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten palliativ behandeln. Das Ziel dieser Behandlung ist die Stabilisierung der Patienten, um sie in die häusliche Umgebung (ggfs. mit Unterstützung ambulanter oder spezialisierter Palliativdienste) oder eine stationäre Einrichtung (Hospiz/Pflegeheim) zu entlassen. Beim Übergang zwischen den Versorgungsstationen kommt es noch immer zu Schwierig-

keiten, weil viele Krankenhäuser sich nur unzureichend gegenüber hospizlich-palliativen Diensten öffnen, um mit diesen vor, während und nach der Entlassung zu kooperieren. Ziel muss sein, dass Krankenhäuser sich mit regionalen Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung vernetzen. Gleichzeitig müssen sie im Sinne eines möglichst optimalen Versorgungsübergang ihr Personal für die besonderen Bedürfnisse sterbender und schwerstkranker Menschen qualifizieren.

Die SPD-Bundestagsfraktion fordert deshalb:

- einen **verbindlichen Leistungsanspruch für Patientinnen und Patienten auf Entlassungsmanagement** gegen ihre Krankenkasse. Verantwortlich für die Gewährung der Leistung sind wie bisher auch die Krankenhäuser. Es wird eine gesetzlich Verpflichtung aufgenommen, wonach Krankenkassen mit Krankenhäusern Verträge über das Entlassungsmanagement zu schließen haben. Grundlage für die Verträge bildet eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erstellende Richtlinie, in der Umfang und Mindeststandards des Entlassungsmanagements geregelt werden. Bereits bei Aufnahme ins Krankenhaus muss das Entlassungsmanagement beginnen. Spätestens drei Tage vor der Entlassung muss klar sein, ob und ggf. welche Leistungen im Anschluss benötigt werden (z.B. Arzneimittel, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Rehabilitation, Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung). Ggf. erforderliche Anträge (z.B. Reha, häusliche Krankenpflege) müssen gestellt sein. Es muss darüber hinaus gewährleistet sein, dass die Leistungen tatsächlich erbracht werden können. Der Anspruch ist für die Patienten einklagbar und kann bei Nichterfüllung durch das Krankenhaus auf die Krankenkasse bzw. ggf. auf einen anderen Reha-Träger übertragen werden. Die Krankenkasse sorgt dann – gegen Erstattung der entstehenden Kosten durch das Krankenhaus - ersatzweise dafür, dass die benötigten Leistungen bereitgestellt werden. Vordringliches Ziel ist, dass die Patientinnen und Patienten versorgt werden. Ungeklärte Kostenträgerschaft darf kein Grund für verspätete oder verweigerte Leistungsgewährung sein und wird von den Beteiligten (Kassen, KH, Pflegedienste, Heime) intern und ggf. später geklärt. Im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung soll gewährleistet werden, dass bereits vor der Einweisung ins Krankenhaus gemeinsam mit dem Hausarzt die weitere Behandlung geplant wird. Die Krankenkassen und ihre Vertragspartner sollen die Verträge nach § 73 b SGB V entsprechend anpassen.
- über eine Erprobungsklausel festzustellen, ob bei einem vorübergehenden erhöhten pflegerischen Bedarf nach einem stationären Aufenthalt oder zwischen zwei notwendigen Operationen „**Kurzzeitpflege**“ durch das Krankenhaus zweckmäßig und wirtschaftlich sichergestellt werden kann.
- **mehr Spielräume für Krankenhäuser bei der Verordnung von Arzneimitteln und Heil- und Hilfsmitteln.** Ziel ist eine reibungslose Versorgung der Patientinnen und Patienten auch über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus. So soll z.B. der Zeitraum verlängert werden, für den Arzneimittel nach der Entlassung verordnet werden können (z.B. bis zu 6 Tage).
- die **Kooperation und Vernetzung von Krankenhäusern mit Diensten aus dem Hospiz- und Palliativbereich zu fördern** und zu evaluieren, ob Krankenhäuser

in ausreichendem Maß über qualifiziertes Personal (Palliativmediziner und Fachkrankenschwestern/-pfleger für Palliativ- und Hospizpflege) verfügen, um einen optimalen Versorgungsübergang für sterbende und schwerstkranke Menschen zu gewährleisten."

5. Das Krankenhaus als Arbeitsort im Wandel begreifen

Zu den zentralen Zukunftsaufgaben aller Krankenhäuser gehört die Fachkräfteausstattung, die Fachkräftesicherung und -entwicklung sowie das Vorhalten attraktiver Arbeitsplätze. Der aus Kosteneinsparungsgründen erfolgte massive Stellenabbau insbesondere im Pflegedienst betraf nicht alle Qualifikationsniveaus gleich. Betroffen waren vor allem die Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer (zwischen 1999 - 2009: minus 27,7 Prozent) und Ungelernte (minus 13 Prozent) während sich für Servicekräfte und Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer neue Beschäftigungsperspektiven ergeben haben. Deutlich zugenommen haben die sogenannten atypischen Beschäftigungsverhältnisse (Minijobs, Leiharbeit, Teilzeit). Angesichts deutlich gestiegener qualitativer Anforderung in die Begleitung und Betreuung von immer mehr auch demenziell erkrankten, hochaltrigen und multimorbiden Patientinnen und Patienten bei einer immer kürzer werdenden Verweildauer steigt der Aufwand insbesondere für die Pflege. Es hat eine inzwischen problematische Leistungsverdichtung und Erhöhung der Arbeitsbelastung bei den Beschäftigten stattgefunden.

Von zunehmender Relevanz sind deshalb Konzepte einer neuen Arbeits(ver)teilung zwischen Medizin, Pflege und den therapeutischen Berufen. Gebraucht werden neue Formen der Arbeitsorganisation, die auf drängende Fragen zur Delegation, Spezialisierung und Diversifizierung bisheriger Aufgaben- und Tätigkeitsfelder sowie die Übertragung bislang ärztlicher Tätigkeiten auf pflegerische und andere Berufsgruppen neue zeitgemäße Antworten geben können. Schon jetzt besteht eine deutlich zu beobachtende Konkurrenz um Fachkräfte. Schon jetzt sind leistungsgerechte tarifliche Entlohnungssysteme, die Sicherung professioneller Handlungsautonomie, flexible Arbeitszeitmodelle, qualitativ hochwertige Weiterbildungsangebote, moderne teamorientierte Kommunikations- und Kooperationsstrukturen, Modelle zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder Beruf und Pflege sowie alters- und altersgerechte Arbeitsplätze Entscheidungsfaktoren für den Einstieg bzw. den Verbleib an einem konkreten Beschäftigungsort.

Die neuen Bedarfskonstellationen im Krankenhausalltag, wie auch in der Gesundheitsversorgung insgesamt, können mit den bisherigen Qualifikationen und Kompetenzen nur unzureichend bearbeitet werden. Die bisherige Arbeitsteilung der Berufsgruppen wird zunehmend als Hindernis für die Bewältigung struktureller, demografischer und innovationsbedingter Anforderungen beobachtet. Deshalb hat sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ 2012 für eine generalistische Pflegeausbildung und eine Stärkung der Hochschulausbildung zur Qualifizierung „reflektierter Praktiker“ ausgesprochen. Deshalb hat der Wissenschaftsrat die Notwendigkeit einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe insbesondere der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und des Hebammenwesens ausgeführt und sich für eine Teil-Akademisierung ausgesprochen. Krankenhäuser tragen im Rahmen ihrer Arbeitgeberfunktion faktisch sowohl

eine Verantwortung für die Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe für die kommenden Generationen als auch zur Umsetzung dieser Professionalisierung, die der Sicherheit und besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten dienen. Sie müssen klare Rahmenbedingungen erhalten, um dieser Verantwortung gerecht werden zu können.

Zur beruflichen Gleichstellung von Frauen und Männern sind sowohl die Träger von Krankenhäusern als auch die Krankenhausleitungen verpflichtet. Der Frauenanteil in den Krankenhäusern ist hoch - fast ausschließlich aber nur in den unteren und mittleren Entgelt- und Besoldungsgruppen, im Bereich der Aufsichtsräte, Vorstände, Klinik-, Instituts- bzw. Abteilungsleitungen sind Frauen noch ebenso unterrepräsentiert wie bei den Chancen zur beruflichen Weiterentwicklung und Beförderung .

Dazu fordert die SPD-Bundestagsfraktion:

- die **Entwicklung verbindlicher bundeseinheitlicher Mindestpersonalstandards**, um möglichen Anreizen zu einem Personalabbau entgegenzuwirken und Maßstäbe für eine angemessene Personalausstattung – insbesondere in der Pflege – festzulegen. Dazu ist eine ständige Kommission, bestehend aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Gewerkschaften und der Pflegeverbände einzurichten. Aufgabe der ständigen Kommission ist es, unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Versorgungsrealität bundeseinheitliche Mindestpersonalstandards zu ermitteln und verbindlich zu vereinbaren. Die ständige Kommission hat sich dabei auch über mögliche regionale Besonderheiten zu verständigen.
- **Krankenhäuser mit Vergütungsabschlägen zu sanktionieren**, wenn sie ohne eine regionale Besonderheit die vereinbarten bundeseinheitlichen Mindestpersonalstandards unterschreiten.
- **Krankenhäuser mit Vergütungsabschlägen zu sanktionieren**, wenn sie Pflegepersonal unter Tarif vergüten oder den gesetzlichen Mindestlohn unterschreiten.
- zu prüfen, ob die **Versorgung von Kindern und Jugendlichen** in Einrichtungen der stationären Kinderkrankenpflege mit einer **verbindlichen Fachkraftquote** gesichert werden sollte.
- die Implementierung eines **Frauenförderplans** als Gemeinschaftsaufgabe der Personalverwaltung und aller Leitungs- und Führungskräfte; die Prüfung, ob die Tätigkeiten von Frauen und Männern in Krankenhäusern nach **gemeinsamen Kriterien** bewertet werden und ob die Vorschriften, Kriterien und Verfahren der Entgelt differenzierung beim anforderungsbezogenen Grundentgelt, bei Stufensteigerungen und beim Leistungsentgelt geltendem Recht entspricht; die Umsetzung einer mindestens 40-prozentigen **Frauenquote** für alle Führungs- und Leitungsebenen im Krankenhausunternehmen.

6. Krankenhaushygiene und Infektionsprävention verbessern

Immer wieder gelangen schockierende Berichte über hygienische Mängel an Krankenhäusern an die Öffentlichkeit. Die Universitätsklinik Jena hat im vergangenen Dezember auf der Grundlage einer Studie über Infektionszahlen im eigenen Haus eingeschätzt, dass sich deutschlandweit 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes mit multiresistenten Krankenhauskeimen neu infizieren. Bei bis zu 10.000 bis 15.000 Patientinnen und Patienten könnten, so das Universitätsklinikum, die Infektionen als Todesursache gelten. 20 bis 30 Prozent der Fälle seien vermeidbar. Im Interesse der Patientensicherheit muss die konsequente Beachtung von Hygieneregeln in Krankenhäusern sichergestellt werden.

Dazu fordert die SPD-Bundestagsfraktion:

- **bundeseinheitliche Regelungen zur Krankenhaushygiene.** Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass unabhängig davon, wo ein medizinischer Eingriff vorgenommen wird, dieselben Mindeststandards im Bereich der Krankenhaushygiene Gültigkeit haben. Eine konsequente Beachtung hygienischer Erfordernisse im Gesundheitswesen ist erforderlich. Dafür müssen nicht nur geeignete Maßnahmen auf Basis aktueller medizinisch wissenschaftlicher Evidenz entwickelt und festgelegt werden, sondern diese Erkenntnisse auch bundesweit gleichartig und gleichzeitig zur Anwendung kommen. Maßnahmen, deren Nutzen bei der Infektionsprävention und –Behandlung (unter diesen Bedingungen) nachgewiesen wurden, sind vom Bundesministerium für Gesundheit als einheitlicher Standard festzulegen und durch Rechtsverordnung zu regeln. Das Bundesministerium für Gesundheit soll hierbei die Länder in angemessener Form beteiligen.
- den § 23 des Infektionsschutzgesetzes so zu ergänzen, dass in allen deutschen Krankenhäusern **Fachärzte für Hygiene und Hygienefachpflegekräfte in ausreichender Zahl** eingesetzt werden, um die Hygieneempfehlungen und den Infektionsschutz in der medizinischen und pflegerischen Arbeit umzusetzen.
- die Reduzierung von Infektionen mit multiresistenten Erregern durch **verbindliche MRSA-Eingangsscreenings von Risikopatienten.** In den Niederlanden ist es mit dieser Strategie und weiteren Hygienemaßnahmen gelungen, die Krankenhäuser nahezu frei von multiresistenten Keimen zu halten und die MRSA-Prävalenz unter 1% zu drücken. Auch wenn Eingangsscreenings, präventive Schutzmaßnahmen und die Sanierung im Vergleich zum bisherigen Vorgehen bei der Aufnahme in Krankenhäusern einen zusätzlichen Aufwand bedeuten, kann vor dem Hintergrund der hohen MRSA-Prävalenz in Deutschland und den positiven Erfahrungen in anderen Ländern davon ausgegangen werden, dass durch die dadurch vermiedenen Infektionen vielen Patientinnen und Patienten unnötige Leiden und den Krankenhäusern erhebliche Kosten erspart bleiben.
- die **Berücksichtigung von Hochrisiko-Operationen bei der Entwicklung der Qualitätssicherungsverfahren** für nosokomiale Infektionen durch den Gemein-

samen Bundesausschuss. Dadurch soll sichergestellt werden, dass künftig ein Großteil der geschätzten Infektionen Gegenstand der Qualitätssicherung wird.

- **Vergütungsabschläge**, wenn aus den Qualitätsberichten eines Krankenhauses wiederholt Versäumnisse im Bereich der Krankenhaushygiene nachgewiesen sind.
- ein **Förderprogramm für die Qualifizierung von Hygienepersonal**. Krankenhäuser, deren Ärztinnen oder Ärzte die strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ absolvieren, und deren Pflegekräfte eine Zusatzqualifikation zur „Hygienefachkraft“ erwerben oder an entsprechenden Schulungen teilnehmen, erhalten einen Zuschuss pro Ärztin oder Arzt bzw. Pflegekraft.

7. Innovationen für mehr Lebensqualität nutzbar machen

Immer mehr Patientinnen und Patienten können durch die fortschreitende Entwicklung in der Medizin von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden profitieren. Für die Bewertung und die Entscheidung, ob Innovationen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, muss danach gefragt werden, welchen Vorteil sie für die Patientinnen und Patienten bringen. Innovation als Selbstzweck liegt nicht im Interesse von Patientinnen und Patienten. Um hier besser entscheiden zu können, ist mehr qualitativ höherwertige Versorgungsforschung notwendig, deren Ergebnisse zügiger umgesetzt werden.

Dazu fordert die SPD-Bundestagsfraktion:

- die **Versorgungsforschung insgesamt auszubauen**
- die **Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** deren Nutzen noch nicht belegt ist, sollte **durch aussagekräftige Studien** überprüft werden. Diese Erprobungen sollten nur in nach festgelegten Qualitätskriterien ausgewählten Krankenhäusern (Innovationszentren) durchgeführt werden