

Zukunft Gesundheit Hessen | 07.03.2019
RheinMain CongressCenter | Rheinstraße 20 | 65185 Wiesbaden

Gemeinsame Zukunft Verbundbildung: Existenzsicherung und Verbesserung der Versorgung?

**Jochen Metzner, Leiter des Referats Krankenhausversorgung, Rettungsdienst
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration**

HMSI und Kooperationen bzw. Verbundbildung: ein alter Hut

HKHG 2002

§ 4 HKHG – Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens ⁽¹⁾

(1) Auf der Grundlage des Krankenhausplanes sind Krankenhäuser innerhalb ihres Einzugsbereichs entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Zusammenarbeit erstreckt sich insbesondere auf die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten und auf die Krankenhausaufnahme einschließlich der Notfallaufnahme. Die beteiligten Krankenhäuser treffen über die Zusammenarbeit Vereinbarungen.

(2) Außerdem arbeiten die Krankenhäuser im Interesse der durchgehenden Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens eng zusammen. Dabei sind Zusammenschlüsse insbesondere im Rahmen der **§§ 140a bis h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** anzustreben.

Haben sich die gewünschten Kooperationen ergeben? Wo und mit welchem Erfolg?

Nein, These gilt weiterhin: Kooperationen werden nur gemacht, wenn es der eigenen Seite etwas bringt

Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen
– Unternehmenskonzept für einen „Konzern öffentlicher Krankenhäuser“

Daher 2012
bereits



Konzept für den Erhalt
öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen

– Unternehmenskonzept für einen
„Konzern öffentlicher Krankenhäuser“

Wiesbaden im August 2012

Luther
Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

TK Management GmbH

Luther

Die Grundvoraussetzungen haben sich seit 2012 nicht verändert:

**Wer muss Krankenhäuser betreiben,
wenn es kein anderer macht?**

- Sicherstellungsauftrag gemeinsam bei Land und Landkreisen/kreisfreien Städten (§ 3 Abs. 1 HKHG 2011)
- Kommunen müssen („systemrelevante“) Kliniken betreiben, wenn sich kein privater oder freigemeinnütziger Träger findet (§ 3 Abs. 2 HKHG 2011)
- Gleichzeitig gilt das „Gebot der Trägervielfalt“, dem das BVerfG besonderes Gewicht beimisst.

Die Grundannahmen haben sich ebenfalls seit 2012 nicht verändert:

Kommunalpolitische Steuerung ist o.k.,
aber was ist damit gemeint??

- Chefarzt aussuchen?
- 10x Kreistag wg. Gründung eines MVZ?
- Schließung der Geburtshilfe verhindern???
- oder vielleicht sinnvolle „Verewigung“ der öffentlichen Werte in Stiftungssatzung?
- etwa Verantwortung für die bestmögliche vernetzte Gesundheitsversorgung in der Region
- etwa keine Gewinnerzielung zum Zwecke der Ausschüttung
- damals sehr konstruktive Vorschläge dazu von Ver.di
- unstreitig: Sonderrechte (Veto, Auskunft, Information, Veto bei Schließung des Standorts)

Auch diese Begründung für den Vorteil von Verbünden ist seit 2012 unverändert

- **Qualität:**

- Vorteile durch Know-How-Transfer, einheitliche Standards, Peer Review
- einheitliche Fort-, Weiterbildung,
- abgestimmte medizinische Konzepte und Leistungsspektren
- In der Region Spezialisierungen plötzlich umsetzbar

- **Tertiärleistungen:** höchste Effizienzpotentiale, u.a. bei

- Finanzwesen
- IT (heute zusätzlich: Digitalisierung, KI)
- Zentraleinkauf
- Baumanagement
- Budgetrecht und Abrechnungsmanagement
- Prozessmanagement
- Personalmanagement
- Rechtsbetreuung und Vertragsmanagement
- Services

Stärkung der Pflege im Krankenhaus

- ✓ Personaluntergrenzen z. B. in Intensivstationen oder im Nachtdienst sollen Patientensicherheit weiter verbessern.
- ✓ Pflegezuschlag unterstützt Krankenhäuser, dauerhaft mehr Personal beschäftigen zu können.

An illustration of two healthcare workers, a woman and a man, standing side-by-side. They are both wearing teal-colored scrubs. The woman on the left has dark skin and curly brown hair, and is smiling. The man on the right has light skin and short brown hair. They are positioned in front of a light blue background.

Ausbildungsstellen für von Auszubildenden in der Kinderkranienpflege, der Kranienpflege sowie in der Kranienpflege werden bisher nur anteilig refinanziert, weil sie im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung voll ausgebildete Pflegekräfte in Krankenhäusern ersetzen. Eine solche Entlastung ergibt sich im ersten Ausbildungsjahr jedoch nicht in gleicher Umfang. Daher werden die Auszubildenden während der Ausbildung in der Kinderkranienpflege, der Kranienpflege und in der Kranienpflege im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr zuzubilden.

Darüber wird klargestellt, dass eine Finanzierung der Auszubildendenvergütungen für alle im Koalitionsaushandlungsabkommen genannten Ausbildungsabläufe erfolgt, wenn eine Auszubildendenvergütung vereinbart wird. Zudem wird gewährleistet, dass die Auszubildendenbudgets den tatsächlichen Kostenüberschüssen entsprechend vereinbart werden können und der Ansatz des Ausbildungsbudgets keine Obergrenze unterliegt.

Grundsätzlich sollen über den Koalitionsrat sechs bis acht bis fünf auch Transparenz in die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte.

Koalitionsräte können Maßnahmen zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf vereinbaren. Die erforderlichen Informationen hierfür können Koalitionsräte bis fünf für einen Zeitraum von sechs Jahren aus dem Koalitionsrat decken.

Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag werden ab dem Jahr 2020 in Höhe von rund 200 Millionen Euro in die Landesbasisallwerte überführt. Damit wird der Teilscheit Rechnung getragen, dass die Mittel des Pflegezuschlags auch zur Finanzierung von beispielsweise anderen Personalkosten als Pflegepersonalkosten genutzt werden. Zudem werden für bedürftigstwendige kleine Krankenkassen in ländlichen Gebieten aus dem Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 insgesamt rund 50 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, um die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern.

Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung wird berechnet, wie das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ist. Dies gibt einen Aufschluss darüber, ob eine Klinik, gemessen am Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt. Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten, da sonst um u. a. Mittel gekürzt werden können. Diese Maßnahme dient der Patientensicherheit und ist mit Krankenhausern in enger Anbahn, mehr Personal einzusetzen.

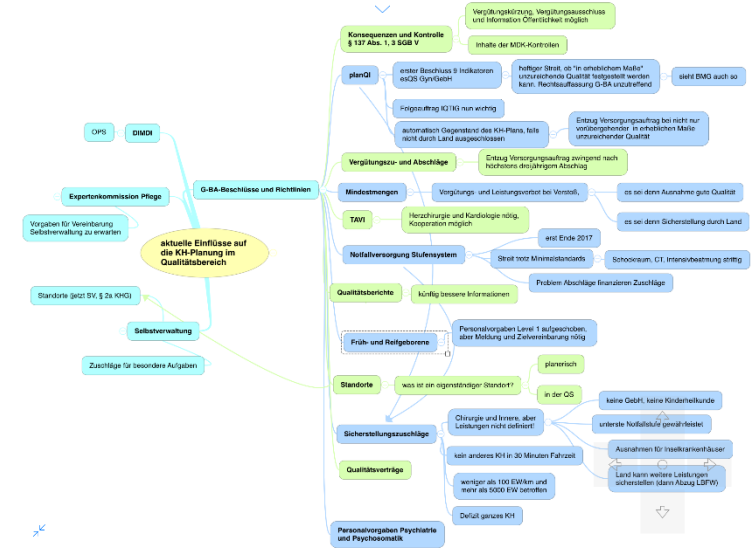
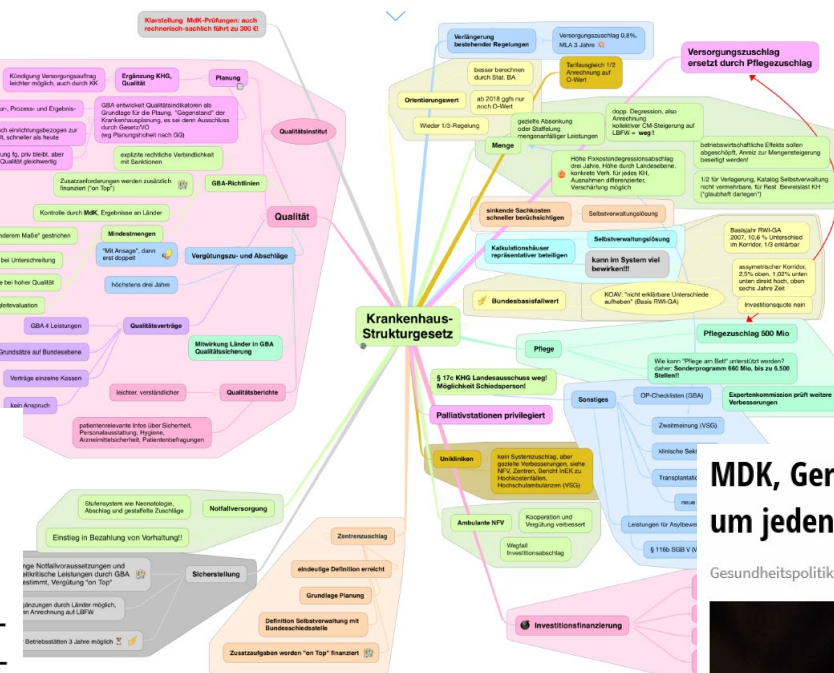
Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Dieses Pflegebudget berücksichtigt die Aufwendungen für den krankheitsindividuellen Pflegepersonalbedarf und den krankheitsindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die DRG-Berechnungen werden um diese Pflegepersonalkosten bereinigt.

Dazu werden die Selbstverwaltungspartner für das DRG-System gestrichelt beauftragt, die DRG-Verordnung über die Pflegekostenanteile in der unmittelbaren Patientenversorgung auf betreffender Stationsart auszuwählen. Die Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort verbinden die krankenhausspezifische Pflegepersonalausstattung in der unmittelbaren Patientenversorgung auf betreffender Stationsart auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der entsprechenden Kosten (Krankenhausspezifische Kostenstrukturanalyse). Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuführen.

Im Rahmen des Pflegebudgets werden auch pflegerisch notwendige Maßnahmen durch die Kostenträger finanziert, z. B. wenn Krankenhäuser zur Verbesserung des Betriebsablaufes Aufgaben wie die Essensausgabe oder den Wäschdienst vom Pflegepersonal auf andere Personalgruppen übertragen. Die durch diese Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten werden erhöht im Pflegebudget berücksichtigt und zwar in Höhe von bis zu 3 Prozent des Pflegebudgets. Um etwaige finanzielle Einbußen der Krankenhäuser bei der Umstellung auf das Pflegebudget abzufedern, werden zudem mögliche Budgetverluste für die Krankenhäuser im Jahr 2020 auf zwei Prozent und im Jahr 2021 auf vier Prozent begrenzt.

Bereits für das Jahr 2010 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Dies wollen wir beenden. Die zusätzlichen Finanzmittel sind für die Finanzierung von Tarifierhöhungen beim Pflegepersonal einzusetzen. Das ist durch eine Nachweis zu belegen.

**hier wäre
noch Platz...**



	Qualitätsindikator	Referenzwert	Stat. auff. KH in 2015
Gynäkologische Operationen	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20%	4
	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariengriff mit Gewebesenfernung	≤ 5%	2
	Verhältnis der beobachteten zu erwartenden Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation*	≤ 4,18	0
Geburtshilfe	Anwesenheit eines Padiaters bei Frühgeburten	≥ 90%	9
	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. 2 Kalendertagen	≥ 95%	1
	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	3
	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90%	2
	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	1
Gynäkologische Chirurgie	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	0
	Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatesonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95%	3
	Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatesonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95%	4

Nicht im Qualitätsbericht 2015 enthalten

3

Künstliche Intelligenzen (KI) haben ein unvorstellbares Potenzial, um die Medizin zu revolutionieren. KI-Systeme verarbeiten verblüffende Mengen an Daten, erkennen kleinste Details in diagnostischen Bildern und helfen Medizinern bei der Gestaltung von Behandlungsplänen. Doch unter die anfänglich überschwänglichen Stimmen mischen sich in der Öffentlichkeit zunehmend mahnende, sogar ängstliche Kommentare. Prof. Dr.-Ing. Horst K. Hahn, Direktor des Fraunhofer Instituts für Bildgestützte Medizin (MEVIS) versteht dies und merkt an: „Ja, es gibt diese Ängste, aber die entstehenden Werkzeuge lassen uns auf eine höhere Treffsicherheit in der Medizin hoffen.“

MDK, Gerichtsprozesse, Ablasshandel – Kliniken und Kassen ringen um jeden Cent

Gesundheitspolitik | Autor: Ruth Bahnert



Daher nun § 22 Abs. 5 HKHG

(5) ¹In den Jahren Je Jahrespauschale um den sechsten Teil der Summe der in den letzten sechs Jahren vor dem jeweiligen Jahr bewilligten Mittel für die Einzelförderung, die Förderung zur Darlehenstilgung und die Förderung der Nutzung von Anlagegütern gekürzt. ²Die verbleibende Jahrespauschale darf die Förderung durch pauschale Mittelzuweisung im Jahr 2015 nicht unterschreiten. ³Satz 1 gilt nicht für Krankenhäuser,

1. die sich nach dem 31. Dezember 1993 mit einem oder mehreren Krankenhäusern zu einem gemeinsamen Krankenhaus oder einem Verbund zusammengeschlossen haben oder einem bestehenden Verbund beigetreten sind und
2. bei denen der Zusammenschluss oder Beitritt Krankenhäuser umfasst,
 - a) die ihren Standort im Landkreis oder der kreisfreien Stadt des geförderten Krankenhausstandorts oder in einem an diesen angrenzenden Landkreis oder einer an diesen angrenzenden kreisfreien Stadt haben oder
 - b) bei denen die durchschnittliche Fahrzeit eines Personenkraftwagens zwischen den am Zusammenschluss beteiligten oder dem Verbund beigetretenen Krankenhäusern nicht mehr als 30 Minuten beträgt.

Daher nun

KOALITIONSVERTRAG

zwischen

**CDU Hessen und BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN Hessen für
die 20. Legislaturperiode**

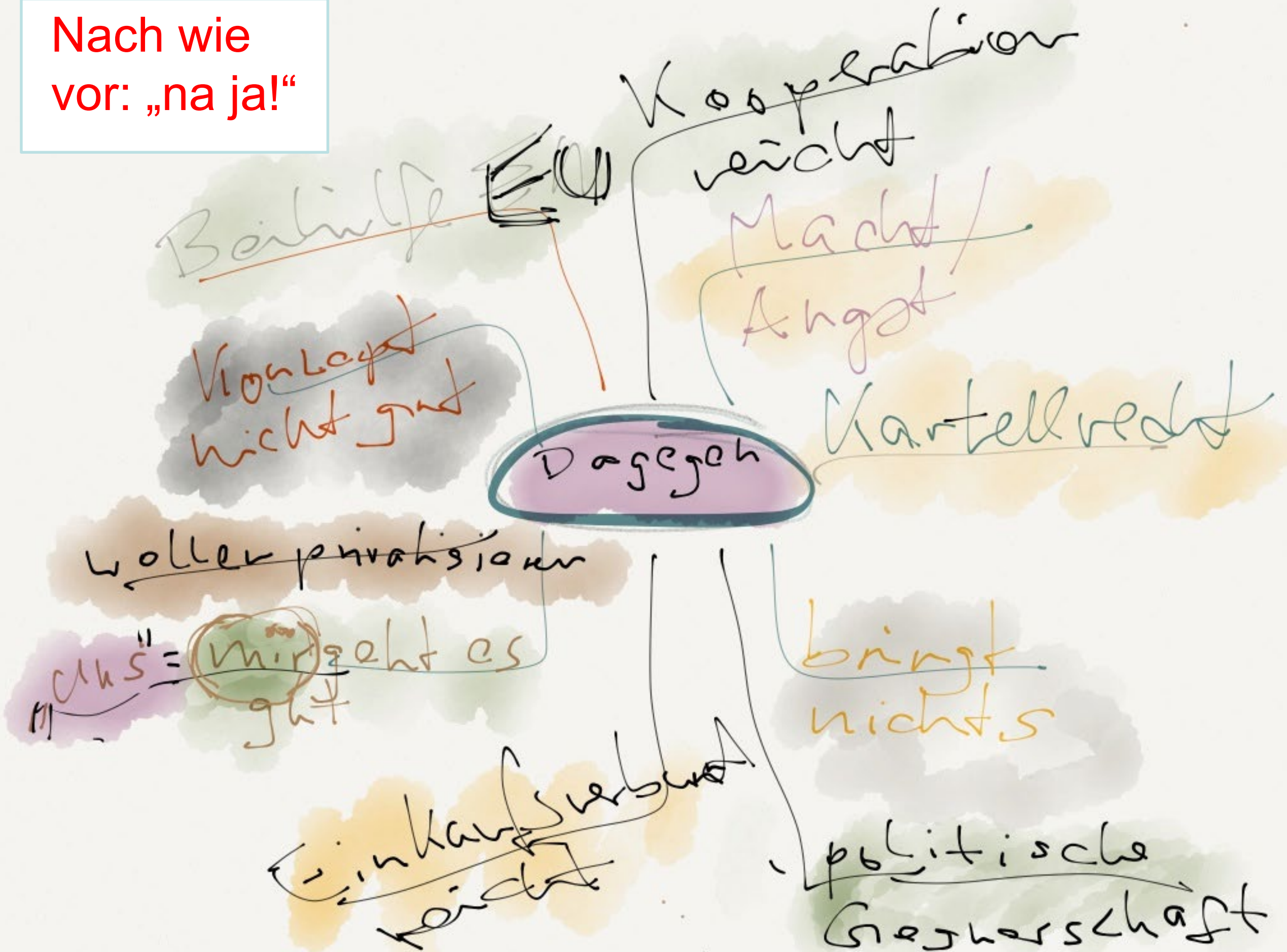
RdNr. 784: „Wir werben weiter für
Verbundlösungen und stellen hierfür
finanzielle Anreize bereit.“

**Daher nun auch im Entwurf des
Krankenhausplans vorgesehen:**

3.7 Verbundbildung und Standortkonzentration

In Hessen ist die Anbieterstruktur im Krankenhausbereich immer noch gekennzeichnet durch zu viele Krankenhausstandorte, zu wenige Verbundstrukturen und zu wenige Kooperationen mit internen Spezialisierungen. Das im Jahr 2012 vorgestellte Konzept zum Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften wurde nur unzureichend angenommen. Das Land Hessen erwartet von allen Krankenhausträgern vermehrte Anstrengungen zur Verbundbildung und zur Standortkonzentration. Damit würde ein entscheidender Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen, patientengerechten, aber gleichzeitig wirtschaftlichen Krankenhausversorgung geleistet werden. Verbünde sind daher auch bei Auswahlentscheidungen im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens zu bevorzugen, weil zu erwarten ist, dass sie qualitative Anforderungen besser erfüllen können und wirtschaftlicher arbeiten.

Nach wie
vor: „na ja!“



Fazit aus vollem Herzen:

Verbundbildung ist alternativlos,
es sei denn,

es geht einem richtig gut