

„Freiräume statt kleinteiliger Vorgaben“

Im Gespräch mit Prof. Dr. Henriette Neumeyer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG

Wie wird die geplante Krankenhausreform auf die Personalsituation in den Kliniken wirken? Wird der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen behoben?

Es ist ein Irrglaube, anzunehmen, dass die Zentralisierung der Versorgung an bestimmten Standorten gegen Fachkräftemangel hilft. Das Pflegepersonal wandert nicht automatisch in das Krankenhaus in der weiter entfernten Großstadt. Im Gegenteil: Kliniken, die mit Kooperationen und in Netzwerken effizientere Strukturen schaffen, berichten, dass sie sich sehr anstrengen müssen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Mobilitätskonzepten oder finanziellen Anreizen dazu zu bringen, den Standort zu wechseln. Zudem bemerken wir aktuell eine Verschärfung der Personalsituation in den Kliniken durch die große Pla-

nungsunsicherheit. Krankenhäuser, die bangen müssen, ob sie künftig bestimmte Mindestanforderungen erfüllen, leiden darunter, dass Personal sich wegorientiert oder aber gezielt abgeworben wird. Diese Entwicklung kann alle Standorte treffen. Dadurch entsteht im Moment eine toxische Gemengelage. Wir brauchen deshalb unbedingt mehr Planungsstabilität für die Kliniken, damit nicht wichtige Versorgungsstrukturen verschwinden, die sehr schwer wieder aufzubauen sind.

Mit der Pflegepersonalbemessungsverordnung, die am 1. Juli 2024 in Kraft trat, soll der erste Schritt zur Einführung einer verbindlichen Pflegepersonalbemessung (PPR2.0) vollzogen werden. Ist das ein Erfolg für die Kliniken?

Die Hoffnung, die wir mit der Pflegepersonalbedarfsbemessung im Sinne der PPR 2.0 geknüpft haben, war, aus der Kleinteiligkeit der Personalvorgaben herauszukommen. Zum einen über den Ganzhausansatz, weil das Pflegepersonal vor Ort selbstständig darüber entscheiden kann und soll, welche Pflegekraft bei einer bestimmten Versorgungsaufgabe am Patienten am besten wirksam werden kann, auch im Rahmen der gesetzten Zeitvorgabe der PPR in einer adäquaten Personalausstattung.

Wir erwarten zum anderen aber auch eine Reduktion der jetzigen Dokumentationsanforderungen. Wenn man die Erfüllungsgrade in der Pflegepersonalbemessungsverordnung evidenzbasiert festsetzt (PPBV), dann können wir gescheiterte Systeme wie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)



Foto: Jens Jeske

hinter uns lassen. Insofern hat die jetzige Gesetzgebung diese Anforderungen noch nicht umgesetzt und wir sehen aktuell noch Paralleldokumentationen. Für einen kurzen Übergangszeitraum ist das nachvollziehbar, weil die PPR 2.0 auch noch weiterentwickelt werden muss. Aber wir hätten uns klare Signale erwartet, wie eine Abschaffung der PpUGV vor dem Hintergrund der Neueinführung des Instruments der PPBV oder zumindest die Aussetzung ab einem bestimmten Erfüllungsgrad. Wir hatten gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat und ver.di 80 % avisiert. Dadurch, dass der bürokratische Aufwand ohne klaren Ausstiegsplan gestiegen ist, sehen wir große Probleme in Bezug auf die Akzeptanz. Das kann aus unserer Sicht nur durch einen gezielten Ausstieg aus bisherigen bürokratischen Vorgaben, durch Umsetzung des Ganzhausansatzes und Vermeidung kleinteiliger Stationsbezüge aufgehoben werden.

Das Nebeneinander von Personalvorgaben des G-BA, Pflegepersonaluntergrenzen, Personalquotienten, Personalvorgaben aus einzelnen OPS-Kodes und Entlastungstarifverträgen: Ist das alles in der Praxis noch beherrschbar?

Die zunehmende bürokratische Last, die in den Krankenhäusern herrscht, insbesondere beim Thema Personaldokumentation, erdrückt die Beschäftigten – die, die am Patienten arbeiten, aber auch das administrative Personal. Es ist bewundernswert, dass die Beschäftigten in den Häusern trotzdem immer wieder mit hoher Resilienz diese Anforderungen noch zu erfüllen versuchen, seien sie auch noch so unsinnig. Inzwischen erreicht diese Last aber eine Grenze, wo hinterfragt werden muss, was gilt und was Priorität hat: Und es geht ja weiter. Jetzt sollen Personalvorgaben im Bereich der Leistungsgruppen kommen, aber es gibt Personalvorgaben über den G-BA ... Dieses Dickicht an Anforderungen müssen wir ausdünnen und vereinfachen. Das ist auch eine der zentralen Forderungen des Drei-Punkte-Plans der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Wir müssen

im Rahmen der Krankenhausreform zu einer radikalen Entbürokratisierung kommen. Wir können sonst die Arbeitsfähigkeit in den Krankenhäusern nicht mehr sicherstellen, weil sich das knappe Personal ansonsten um die Erfüllung bürokratischer Anforderungen bemüht, aber kaum noch Zeit für die Patienten hat.

Kann die Digitalisierung helfen gegen Fachkräftemangel?

Wir denken, dass die Krankenhäuser in Zukunft nicht nur die stationäre Versorgung, sondern auch die angrenzenden Bereiche der Vor- und Nachsorge betreiben, und in Zukunft der Knotenpunkt für die ganzheitliche Gesundheitsversorgung bilden. Dazu gehört auch die Telemedizin, die die medizinische Versorgung der Patienten verbessern kann. Sie hat aber auch das Potenzial, Personaleinsatz effizienter und besser zu gestalten. Das Problem ist aber, dass die gesetzlichen Grundlagen für Leistungserbringung noch nicht Schritt halten mit den Potenzialen, die es in diesem Bereich gibt. Wenn wir die Häuser öffnen für die Digitalisierung im Sinne eines am Patienten orientierten, ganzheitlichen Handelns, können wir auch durch telemedizinische Angebote über die Distanz patientenwirksam handeln.

Wir kennen das aus unterschiedlichen Branchen, in denen das Arbeiten aus der Distanz längst möglich und alltäglich ist. Gleichzeitig sehen wir im Gesundheitswesen, dass wir mit Stationsbezügen und Standortbezügen arbeiten: Etwa mit der Standortvereinbarung, in der Personalbedarfsbemessung, die sich sehr stark auf die Leistungserbringung vor Ort beziehen. Das heißt, wenn wir die Potenziale der Digitalisierung künftig adäquat nutzen wollen, um Personal intelligenter einzusetzen, dann müssen wir uns fragen, ob der derzeitige Ordnungsrahmen diese Innovation überhaupt zulässt, die wir brauchen und die sich die Menschen auch tatsächlich wünschen. Wir sehen die Mitarbeiter aus dem Gesundheitsbereich abwandern, weil sie attraktive Arbeitsbedingungen und modernere digitale Arbeits-

strukturen in anderen, konkurrierenden Branchen finden. Mit Digitalisierung können wir nicht nur Gesundheitsprobleme besser lösen, wir können auch als Arbeitsplatz attraktiver werden.

Welche Auswirkungen hat die Krankenhausreform, das KHVVG, auf die Ausbildung von ärztlichen und Pflegefachkräften?

Es ist aktuell noch gar nicht absehbar, inwiefern die jetzigen Systematiken, die in der Reform festgeschrieben werden, zum Tragen kommen. Die Leistungsgruppen verändern den bisherigen Fachabteilungsbezug insofern, dass sie eine Gliederung der Medizin vorantreiben, die so auf organisatorischer Ebene überhaupt nicht gelebt wird. Dort geht es darum, patientenorientiert Teams zu bilden, zum Beispiel in Zentren, die effektive Versorgung gemeinsam leisten können. Diese fiktive Trennung entspricht dementsprechend auch nicht den Weiterbildungsordnungen, die wir im Bereich der Medizin sehen. Da braucht es dringend eine Synchronisierung, weil wir auch in Zukunft gut und fundiert ausgebildete Mediziner brauchen.

Im System der neuen Planung nach den Leistungsgruppen werden wir ggf. Standorte haben, die nicht mehr in der Lage sind, alle Teile der Facharztzubereitung abzudecken. Es muss sichergestellt werden, dass in Kooperationen und Verbänden gearbeitet werden kann – auch jenseits aktueller Standortbezüge. Sonst werden diese Standorte und die Arbeit dort unattraktiv.

Nur, wenn wir die Standorte so ertüchtigen, dass sie attraktive Ausbildungs-, Weiterbildungs- und auch gute Arbeitsplätze für die gesamte Spanne der Lebensarbeitszeit sein können, dann können wir Versorgungssicherheit gewährleisten und Ausbildungsfähigkeit des Systems erhalten.

Was ist mit Pflegehilfskräften ohne staatliche Anerkennung? Werden sie im Stationsalltag nicht gebraucht? Wie werden diese finanziert?

Arbeit im Krankenhaus ist Teamarbeit. Das betrifft auch die Pflege in den unter-

schiedlichen Qualifikationsstufen. Wir setzen uns für einen Qualifikationsmix von der Pflegehilfe über die Pflegeassistenz und die examinierten Pflegekräfte bis hin zur akademischen Kraft ein. Das müssen gestufte Kompetenzsysteme werden, die ineinandergreifen und aufeinander aufbauen.

Wir sehen erste Initiativen in der Gesetzgebung beim Pflegekompetenzgesetz und der Pflegeassistenz-/Pflegehilfeausbildung im Sinne einer bundesweiten Regelung in einem Gesetzesvorhaben, das das BMFSJ auf den Weg gebracht hat. Das ist begrüßenswert. Aber klar ist auch, dieser Team-Mix der Zukunft, mit examinierten und auch akademisierten Pflegekräften mit neuen Aufgaben und Kompetenzen erfordert auch eine starke Unterstützung aus der Pflegeassistenz und Pflegehilfe. Deshalb braucht es eine Standardisierung und unbedingt eine Finanzierung dieser Funktion, weil nur so alle Aufgabengebiete um den Patienten abgedeckt werden können und es bei der notwendigen Akademisierung auch einen guten, niederschweligen Zugang zur Pflege geben kann – selbstverständlich mit der Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln.

Sie haben sich in einem Interview mit „das Krankenhaus“ vor zwei Jahren, zu Beginn Ihrer Zeit als stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG, für einen Wandel hin zu einer integrierten Gesundheitsversorgung eingesetzt. Sind wir diesem Ziel ein Stück nähergekommen?

Der Gedanke verankert sich auf jeden Fall immer stärker im Gesundheitswesen. Es gibt eine wachsende Bereitschaft, die sektorale Trennung vor allem dort zu hinterfragen, wo sie Innovationen eher behindert, die geeignet wären, den Fachkräftemangel und auch Qualitätspro-

bleme anzugehen. Das Problem ist, dass wir das Thema der intersektoralen Versorgung mit den Instrumenten von gestern angehen. Auch im Rahmen der Reform wird die intersektorale Versorgung sehr kleinteilig gedacht, etwa unter dem Aspekt der Abrechnungsmöglichkeiten. Wir müssen aber den Ergebnisbezug in den Fokus stellen.

Wir brauchen aber auch die entsprechenden Budgets, damit die zarten Pflänzchen von integrierter Versorgung, die es in unserem System schon gibt, nicht erdrückt werden dadurch, dass wir ihnen die geballte Ladung an Abrechnungsmöglichkeiten und rechtlichen Vorgaben unterschiedlicher Qualitätssicherungssysteme aufbürden. Dazu brauchen wir einen anderen Ordnungsrahmen, der eine gewisse Handlungsfreiheit ermöglicht. Es ist zwingend, dass wir viel stärker innovative Prozesse unterstützen, um in Zukunft der Ressourcenknappheit auch in Bezug auf den Fachkräftemangel zu begegnen. Dafür müssen wir auch Freiheiten bieten. Das wird nicht gelingen mit den Stilmitteln von heute. Da werden wir wesentlich über uns hinauswachsen müssen.

Die Grundidee der integrierten Versorgung ist doch, an den Bedürfnissen des Patienten orientiert und ergebniszentriert zu arbeiten – und das proaktiv und wesentlich präventiver als gegenwärtig. Die Krankenhäuser als die wichtigsten Standorte kurativer Versorgung müssen dafür eine umfassendere Rolle einnehmen als nur die einer klassischen Institution für die akut-stationäre Behandlung. Sie werden sich wesentlich mehr in Netzwerken orientieren und erheblich mehr außerhalb der Klinikmauern tätig werden. Sie müssen – auch mithilfe der Medizin – ein noch wichtigerer Knotenpunkt in der patientenzentrierten Gesundheitsversorgung werden.

Sie sind Mitherausgeberin des gerade erschienenen Buches „Das Krankenhaus der Zukunft“. Viele Gestalter des Gesundheitswesens entwerfen darin ein sehr zuversichtliches Bild von der stationären Versorgung in etwa 15 Jahren. Wie sehen Sie diese Zukunft?

Das Buch zeigt, was alles in naher Zukunft möglich ist. Es ist von großem Optimismus getragen. Keiner der Autorinnen und Autoren will über Missstände klagen. Alle wollen etwas bewegen und die Zukunft der Gesundheitsversorgung gestalten. Die Autoren zeigen auch: Dafür braucht es Beinfreiheit. Die Politik muss Freiräume schaffen und sich von der kleinteiligen „Strukturdenke“ befreien. Nicht zuletzt muss das Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern und ihren Mitarbeitern ein Ende haben. Wir müssen die Versorgung mehr am Ergebnis messen.

Die steigende Komplexität im Gesundheitswesen und in den Kliniken können wir nur bewältigen durch Innovations- und Gestaltungsfreiheit der Handelnden vor Ort und nicht durch immer mehr zentralistische Vorgaben. Wir haben großes Vertrauen, dass eine positive Vision auch realisierbar ist. Wir erleben auf allen Ebenen in allen Bereichen der Versorgung diese initiale Begeisterung, für Menschen in einem wirklich bedeutungsvollen Umfeld wirksam sein zu wollen und den Patienten bestmöglich zu helfen.

Was sollte die Politik dafür tun?

Die Politik sollte diese Begeisterung aufgreifen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus Vertrauen signalisieren. Wir dürfen diese Menschen nicht frustrieren und mit kleinteiligen Vorgaben und überbordender Bürokratie aus dem System heraustreiben.

Das Interview führte Katrin Rüter ■

Redaktionstelefon: 030 20847294-1/-2

Fax: 030 20847294-9