

Ihre Nachricht

Unsere Nachricht
UK/Datum
16.09.2022

Pressemitteilung

Alarmstufe Rot: Krankenhäuser in Gefahr – Karlsruher Kliniken fordern Sofortmaßnahmen

Die Krankenhäuser in Deutschland arbeiten wegen der andauernden Belastungen der COVID-19-Pandemie und der massiven Preissteigerungen zunehmend an ihrer personellen und wirtschaftlichen Belastungsgrenze. Deshalb fordern das Städtische Klinikum Karlsruhe, die ViDia Christliche Kliniken und das SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach im Rahmen der Aktion „Alarmstufe rot“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft finanzielle Soforthilfen der Bundesregierung und Entlastungen bei den Corona-Maßnahmen sowie weitere Maßnahmenpakete zur Stabilisierung der Kliniken.

Die Krankenhäuser in Deutschland sind in Gefahr: Zum einen ist das Personal durch die fortdauernde Corona-Pandemie und die damit verbundenen gesetzlichen Maßnahmen stark belastet. Zum anderen geraten immer mehr Krankenhäuser in substantielle finanzielle Schieflage, da die Corona-Hilfen zur Versorgung der COVID-Patientinnen und -Patienten beendet wurden, viele Betten aufgrund des Fachkräftemangels für die Patientenversorgung aber weiterhin nicht zur Verfügung stehen, was sich spürbar negativ auf Leistungserbringung und Erlössicherung auswirkt.

Neben den Belastungen der Pandemie sind die Häuser akut von der Inflation und damit von den extrem gestiegenen Energiepreisen betroffen. Das Städtische Klinikum Karlsruhe rechnet im Jahr 2022 mit einer zusätzlichen Energiekostenbelastung von rund 9,3 Mio. Euro im Vergleich zu 2021. Die ViDia Kliniken und das SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach erwarten im Jahr 2022 Mehraufwendungen für die Energiekosten in Höhe von 2,4 Mio. Euro bzw. 2,2 Mio. Euro.

Spürbar sind die Kostensteigerungen auch bei den Lebensmitteln. Hier sieht das Städtische Klinikum Karlsruhe eine durchschnittliche Preissteigerung von 24 Prozent, was rund 700.000 Euro entspricht. „Auch die Kosten für Baumaßnahmen haben sich um rund ein Viertel verteuert“, ergänzt Prof. Dr. Michael Geißler, Medizinischer Geschäftsführer am Klinikum. „Das merken wir bereits bei unserem im Bau befindlichen neuen Hubschrauberlandeplatz. Auch der Bau der Brücke zur Helios Herzchirurgie wird sich aufgrund der Bau- und Materialpreise deutlich verteuern.“ Für Medikamente sind die Preise für das laufende Jahr zwar vorverhandelt. 2023 sind jedoch aufgrund steigender Produktionskosten Teuerungen von 7 bis 12 Prozent zu erwarten, wobei mögliche Lieferengpässe die Kosten zusätzlich treiben könnten.

Finanzielle Hilfen

Zwar begrüßen das Städtische Klinikum Karlsruhe, die ViDia Christliche Kliniken und das SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, kurzfristig ein Hilfspaket für die Krankenhäuser zu schnüren. Dieses müsse aber tatsächlich zeitnah auf den Weg gebracht werden und die Auswirkungen der Inflation kompensieren. Um die Inflation abfangen zu können, wäre aus Sicht der Kliniken eine deutliche Anhebung der Landesbasisfallwerte für 2022 und 2023 um mindestens 4 Prozent als Zuschuss an die Krankenkassen das adäquate Instrument. Die geplante Anhebung liegt derzeit nur bei 2,32 Prozent und damit deutlich unter der Inflation von 10 Prozent.

Gleichzeitig sind die Corona-Hilfen im Sommer ausgelaufen, während die Aufwendungen für die intensive Betreuung von Corona-Patientinnen und -patienten sowie Personalausfälle durch Coronaerkrankungen und Quarantänemaßnahmen mit der Folge gesperrter Betten und nicht betreibbarer Operationssäle weiterhin die Krankenhäuser belasten. Deshalb fordern die Klinikvertreter dringend eine Verlängerung der gesetzlichen Corona-Ausgleichszahlungen und -Versorgungszuschläge für das Jahr 2023.

Dass Bundesminister Lauterbach vergangene Woche angekündigt hat, Vorhaltekosten in die fallpauschalen-basierte Krankenhausfinanzierung einfließen zu lassen, wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen. Das als Berechnungsmaßstab aber allein die regionale Versorgungssituation und Klinikdichte einfließen sollen, kritisieren die Klinikvertreter hingegen. „Dringend notwendig ist hier die Einführung einer leistungsorientierten Vorhalte-Komponente, die sich am Versorgungsstatus und am Grad der Notfallversorgungsstufe und nicht nur an der regionalen Krankenhausdichte orientiert“, hebt Prof. Geißler hervor. „Maximalversorger und Kliniken der umfassenden Notfallversorgung müssen besondere Aufwendungen schultern, denen keine ausreichende Finanzierung gegenübersteht. In der Corona-Pandemie haben genau diese Kliniken gezeigt, wie wichtig sie für die Versorgung der Bevölkerung sind.“ Gleichzeitig waren genau diese Kliniken mit ihrem komplexen Leistungsspektrum besonders belastet.

Zusammengefasst drängen die Klinikvertreter auf vernünftige langfristige Struktur- und Finanzierungsreformen. „Wir brauchen Planungssicherheit im Krankenhausbetrieb, um die Kliniken weiterzuentwickeln und damit die zukünftige Patientenversorgung sicherzustellen“, betont Prof. Geißler. Eine wirtschaftlich solide Finanzplanung ist derzeit für viele Häuser nahezu unmöglich. „Die Krankenhausträger können hier nicht dauerhaft die Versäumnisse des Gesetzgebers auf Bundes- und Landesebene kompensieren“, verdeutlicht Prof. Geißler. Bundeseinheitliche Versorgungsstufen, Vorhaltepauschalen als fallunabhängige Strukturvergütung und eine in einzelnen Bundesländern schon angestoßene abgestimmte Krankenhausstrukturplanung müssen jetzt dringend umgesetzt werden.

Infektionsschutzgesetz

Die Vorlage des angekündigten Infektionsschutzgesetzes sieht organisatorische Änderungen und verschärfte Auflagen für Mitarbeitende in Krankenhäusern vor, die inhaltlich nicht gerechtfertigt und organisatorisch – zumindest nicht kurzfristig – umsetzbar sind. Dies führt zu einer zunehmenden Verärgerung und gereizter Stimmung in allen Kliniken.

„Die vorzeitige Beendigung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht im neuen Infektionsschutzgesetz wäre eine sinnvolle Entscheidung des Gesetzgebers gewesen. Die vorgesehene Neuregelung, dass ab 1.10.2022 ausschließlich Personen mit einer vollständigen Immunisierung im Sinne einer Dreifach-Impfung im Krankenhaus arbeiten dürfen, muss verhindert werden. Mittlerweile sind über 90 Prozent der Mitarbeitenden in den Kliniken mit einer 2-fach-Impfung grundimmunisiert“, so Prof. Karl-Jürgen Lehmann, Vorstand der ViDia Christliche Kliniken. Sehr viele Mitarbeitende hätten durch eine Boosterimpfung und durchgemachte Infektion(en) eine zusätzliche Stärkung ihres Immunstatus erfahren und

unterlägen seit langem regelmäßigen Testungen. „Für eine weitere Impfung gibt es für diese sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Altersprofilen, individuellen Risikoprofilen und individuellen Gesundheitsaspekten keine verbindliche allgemeingültige Impfempfehlung. Zurecht wird eine individuelle Risikoabwägung des Betroffenen für die Wiederholungsimpfung zugelassen“, führt Prof. Lehmann fort. Die Dreifachimpfung als zwingende Zugangsberechtigung für eine Beschäftigung in der Klinik sei nicht zu rechtfertigen. Zudem wäre der Aufwand für den fortlaufenden Nachweis des Impfstatus aller Mitarbeitenden unverhältnismäßig hoch. Betretungsverbote aufgrund des Immunstatus können Krankenhäuser in der derzeitigen Personalsituation lahmlegen. Auch in der auslaufenden „Sommerwelle“ hat sich gezeigt, dass die Kliniken mit den aktuell etablierten Sicherheitsmaßnahmen und Hygienekonzepten gerade nicht die Pandemietreiber sind.

Mit DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) soll das existierende Meldesystem für Infektionskrankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) weiterentwickelt werden, die sanktionsfähige Meldung ist ab 17.9.2022 zwingend vorgegeben, obwohl am 14.9.2022 noch keine vollständige Definition der Meldedaten oder abschließende Definition technischer Anforderungen vorliegt. „Ein Problem ist hier, dass es noch keine Schnittstelle zu bestehenden Krankenhausinformationssystemen gibt (angekündigt für 1.1.2023). Eine händische Bearbeitung, z.B. im Wochenenddienst, wird zwingend zu Dubletten im Meldesystem führen“, erklärt Prof. Lehmann. Die Eingaben seien nur über die Infrastruktur der Gematik möglich, die (bisher) nicht in Datenschutzregelungen, Rollenrechtvergaben, Vorgangsdokumentationen u.ä. der Krankenhausumgebung einbindbar ist. Es müsse auch bezweifelt werden, dass der sofortige Wegfall der bisherigen parallelen Meldestruktur für die Gesundheitsämter verkraftbar ist, Doppel- und Dreifachmeldungen sind zu befürchten. Die Karlsruher Kliniken betonen, dass auf dem jetzigen Vorbereitungsstand eine Umsetzung zum 17.9.2022 nicht zumutbar ist.

Mit dem neuen Infektionsschutzgesetz ist vorgesehen, dass der Zutritt zum Krankenhaus für Besucherinnen und Besucher nur noch mit einem tagesaktuellen Test und für Mitarbeitende mit einer Testfrequenz von mindestens drei Tests pro Woche möglich ist. „Hierdurch entsteht ein ungeheuer großer, inhaltlich sinnloser Ressourcenverbrauch von Material, Transportaufwand, Abfall, Kosten und vielem mehr“, betont Prof. Lehmann. In allen Pandemiephasen, auch zuletzt in der „Sommerwelle“, hätten sich differenzierte und pragmatische Testvorgaben bewährt. Beispielsweise kann Begleitpersonen, Zulieferern oder Dienstleistern im technischen Betrieb ohne längerfristigen Aufenthalt der kurzzeitige Zugang zum Gelände unter Maskenschutz erlaubt werden. Die Mitarbeitertestung könne sinnvoll aus einer Basisfrequenz von ein bis zwei Mal in der Woche und anlassbezogenen Situationsabklärungen bestehen.

„Für eine pauschale Erhöhung der Testfrequenz für Mitarbeitende geben weder die aktuelle Pandemiesituation noch der gute Immunstatus der Mitarbeiterschaft eine belastbare Begründung her, die neue Vorgabe ist nicht vermittelbar, zumal die stringenten Hygienekonzepte der Kliniken einen sehr guten Patientenschutz gewährleisten“, so der Vorstand der ViDia Kliniken. Eine noch weniger zu rechtfertigende Mehrbelastung stelle die uneingeschränkte FFP2-Maskenpflicht an allen Arbeitsplätzen dar. Nach Meinung der Karlsruher Kliniken sollten FFP2-Masken nach hygienischen und medizinischen Kriterien situativ und sinnvoll verpflichtend vorgegeben werden. Für viele Kontaktsituationen sei dies aber nicht erforderlich und ein beidseitiger Maskenschutz mit MNS ausreichend. „Die Mehrbelastung für den Maskenträger, gerade bei körperlich anstrengender Arbeit, ist erheblich und bedarf einer überzeugenden Begründung. Die pauschal vorgeschlagene und im Detail an vielen Stellen nicht überzeugend begründbare Zusatzbelastung für die Mitarbeitenden muss zurückgewiesen werden, da ein weiterer Personalverlust durch Ablehnung der neuen Belastungen oder Frustration unbedingt zu vermeiden ist“, unterstreicht Prof. Lehmann.

Belastung der Maximal- und Schwerpunktversorger

Eine weitere große Belastung sehen die Klinikvertreter in der steigenden Zahl von Notfall- und ambulanten Patientinnen und Patienten. „Wir beobachten zunehmend, dass die vorgelagerten Systeme nicht mehr funktionieren“, sagt Geißler. „Patienten mit Erkrankungsschwere der Grund- und Regelversorgung werden von Rettungsdiensten zunehmend auch aus entfernteren Regionen an den dort vorhandenen Kliniken vorbei in die Notaufnahmen der Maximal- und Schwerpunktversorger gefahren. Gleichzeitig kommen viele ambulante nur leicht erkrankte Patientinnen und Patienten, die eigentlich bei einem Hausarzt bzw. im Facharztsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen zu versorgen wären, direkt in die Notaufnahmen.“ Dies beeinflusse massiv die Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen, die auf eine zügige Behandlung in einem Haus der Maximal- und Schwerpunktversorgung angewiesen sind.

Stärkung der Pflege

Scharfe Kritik üben die Kliniken auch am GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Dieses sieht vor, dass Personal, das nicht über eine klassische Pflegeausbildung verfügt – etwa Pflegehilfskräfte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Hebammen – nicht mehr im Pflegebudget berücksichtigt werden darf. „Der Gesetzentwurf würde den Kliniken damit die Finanzierungsgrundlage für diese Beschäftigten entziehen“, beschreibt Jörg Schwarzer, Geschäftsführer SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach. Diese Verluste müssten zukünftig examinierte Pflegekräfte, die für diese Tätigkeiten in großen Teilen überqualifiziert sind, durch Mehrarbeit auffangen. „Das ist nicht leistbar und würde sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken.“ Ebenso wird kritisiert, dass das Gesetz vorsieht, dass den Kliniken in Deutschland im Ausgleich für die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen 375 Millionen Euro entzogen werden.

„Dass der Bundesgesundheitsminister in seiner Pressekonferenz am 15. September 2022 die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegende fordert, unterstützen wir uneingeschränkt. Wenig hilfreich ist es jedoch, dies mittels weiterer gesetzlicher Personalbesetzungsvorgaben zu machen, die Bürokratiemonster sind und in der Praxis nur zu weiteren Bettenreduzierungen führen“, formuliert Schwarzer. Der bestehende Mangel an Pflegekräften wird durch bloße gesetzliche Personalvorgaben in keiner Weise behoben. Die Sicherstellung einer stabilen Finanzierungssituation der Krankenhäuser, die es diesen ermöglicht, angemessene Vergütungen zu zahlen, wäre wesentlich hilfreicher.

Auf Ablehnung stoßen ebenfalls die im Entwurf zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz enthaltenen Fristen für die Budget- und Entgeltverhandlungen der Krankenhäuser. Diese werden als realitätsfremd und nicht umsetzbar betrachtet und sie würden einseitig die Krankenhäuser belasten.

Hilfreich wäre auch eine leichter zu erlangende Aufenthaltsgenehmigung bzw. Arbeitserlaubnis für Pflegekräfte aus dem Ausland. „Für unsere Anerkennungspraktikanten und -praktikantinnen wird es immer schwieriger, eine längere Arbeitserlaubnis zu bekommen“, kritisiert Schwarzer. Immer wieder gebe es vermeidbare Personalengpässe, weil die Ausländerbehörde Genehmigungen nicht rechtzeitig ausstellt. Dies gelte sowohl für die Einreise als auch für Verlängerungen bereits aktiver Mitarbeitender.