

**Diakonie** 

# Welche Bedarfe ergeben sich bei Patient\*innen in der ambulanten Situation aus der Perspektive von KH und Land NRW?

Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. – Diakonie RWL

Elke Grothe-Kühn  
Geschäftsfeld Krankenhaus und Gesundheit

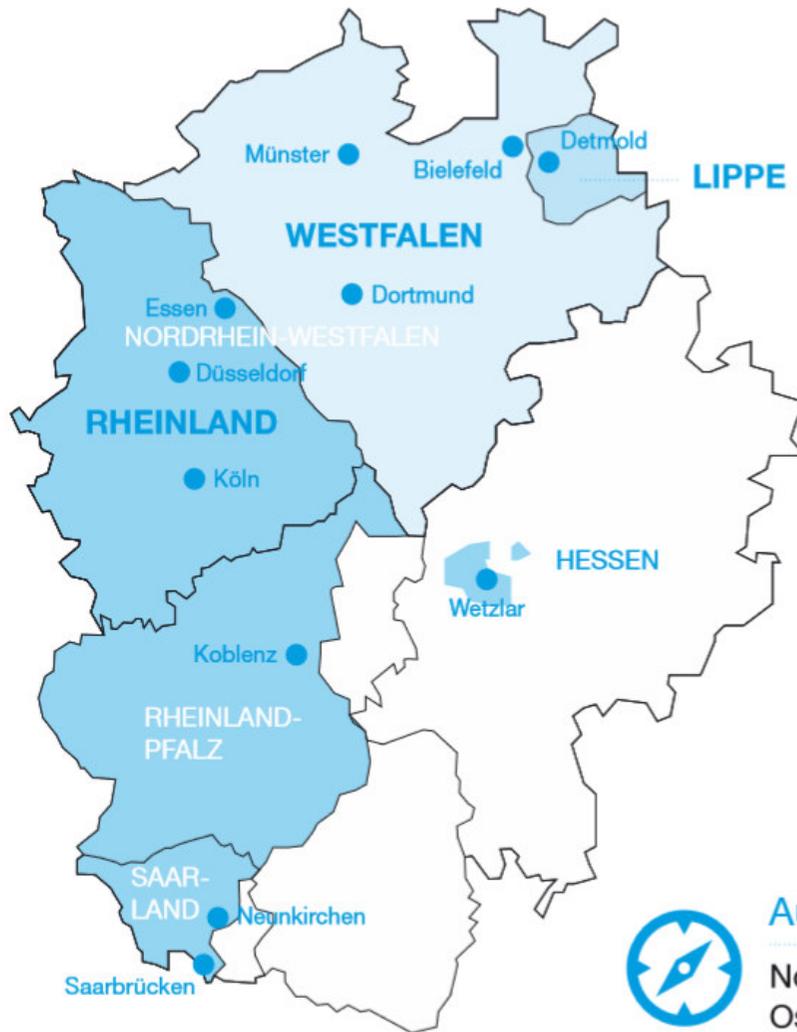
**Jahrestagung des Konventes  
der Krankenhauseelsorge in  
der EKvW**

**27. – 29. Mai 2019**

# Agenda

- **Wer ist die Diakonie RWL?**
- **Wie ist der Zustand des Gesundheitswesens?**
- **Was sagt uns die Statistik?**
- **Wie sehen Gutachter die Lage?**
- **Welche Bedarfe haben Patient\*nnen?**
- **Wohin wollen Politik und das Land Nordrhein-Westfalen?**

## DAS VERBANDSGEBIET



### Ausdehnung

Nord-Süd: circa 400 km  
Ost-West: circa 265 km

**Diakonie**   
Rheinland  
Westfalen  
Lippe



## kurz erklärt

Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

### KANN MAN DIAKONIE ERKLÄREN? KANN MAN DIE DIAKONIE RWL KURZ ERKLÄREN?

Das Diakonische Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. ist der evangelische Wohlfahrtsverband im Gebiet der drei Landeskirchen Rheinland, Westfalen und Lippe. Ziel und Aufgabe der Diakonie RWL ist es, die Lebensverhältnisse von Menschen zu verbessern, die arm, krank, ausgegrenzt, benachteiligt oder behindert sind.

- Wir handeln unternehmerisch und sozial.
- Wir sind Lobby für Arme.
- Wir wenden uns gegen Rassismus und Diskriminierung.
- Wir vertreten die vielfältigen Interessen unserer Mitglieder.
- Wir stärken Selbsthilfe und Eigenverantwortung.
- Wir übernehmen soziale Verantwortung für ein menschlicheres Gemeinwesen.
- Wir setzen uns ein für Vielfalt und sozialen Frieden.
- Unsere Richtschnur ist das Hilfehandeln Jesu.

## ZAHLEN – DATEN – FAKTEN

### Evangelische Krankenhäuser



In Rheinland, Westfalen und Lippe gibt es **70** evangelische Krankenhäuser, von der kleinen Tagesklinik für Psychiatrie bis zum Maximalversorger mit **1.300** Betten. Etwa **15 Prozent** der Kliniken im Verbandsgebiet sind evangelische Häuser.

### Altenhilfe und Behindertenhilfe



**450** Stationäre Altenheime mit **40.000** Plätzen

**100** Tagespflegen

**250** Diakoniestationen

**150** Träger stationärer Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen mit **15.000** Plätzen

**20** Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

**40** Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen

**17** Stationäre Hospize

**25** Prozent aller Altenheime haben einen diakonischen Träger.

**30** Prozent aller Wohnheimplätze für Menschen mit Behinderungen werden von Einrichtungen der Diakonie vorgehalten.



### Ausbildungsstätten für Pflegeberufe



**126** Fachseminare und Schulen für pflegerische Ausbildungen von den Fachseminaren für Altenpflege bis zu Schulen für Diätassistenten

### Offene Soziale Arbeit/Beratungsstellen

**200** Beratungsstellen, Dienste und Initiativen im Bereich Flucht und Migration

**85** Schuldnerberatungsstellen

**39** Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen

**57** Beratungsstellen für Ehe-, Familien- und Lebensberatung

**258** Angebote für Menschen mit Suchterkrankung

**47** Beratungsstellen für Wohnungslose

**100** Sozialunternehmen für arbeitslose Menschen und benachteiligte Jugendliche

**90** Arbeitslosenberatungsstellen und Arbeitslosenzentren

**50** Betreuungsvereine

**24** Bahnhofsmissionen

**7** Frauenhäuser

**6** Frauenberatungsstellen

Etwa **25** Prozent der Hilfen im Bereich soziale und Beratung sind diakonisch-kirchliche Ange



### Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) und Bundesfreiwilligendienst (BFD)

Etwa **2.000** Freiwillige pro Jahr arbeiten in diakonischen Einrichtungen. Das sind rund **20** Prozent aller Freiwilligen in Rheinland, Westfalen und Lippe.

### Freiwillige in der Flüchtlingsarbeit



Mehr als **22.000** Ehrenamtliche engagieren sich in Rheinland, Westfalen und Lippe seit 2015 in der Flüchtlingshilfe. Dieses Engagement ist zum traditionellen Ehrenamt dazugekommen. Die Mitwirkung ist stabil, die Zahlen steigen aber nicht mehr. Viele hier Engagierte wurden von den Kirchen bisher nicht erreicht. Sie

Diakonie   
Rheinland  
Westfalen  
Lippe



## kurz erklärt

Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

### Kinder- und Jugendhilfe

**1.596** Kindertagesstätten, davon **435** Familienzentren

**100** Träger stationärer und teilstationärer Erziehungshilfe mit **12.000** Plätzen

**90** Träger von Diensten der ambulanten Erziehungshilfe

**530** Offene Ganztagschulen in evangelischer Trägerschaft

Etwa **30** Prozent der Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe werden von der Diakonie vorgehalten.

# Agenda

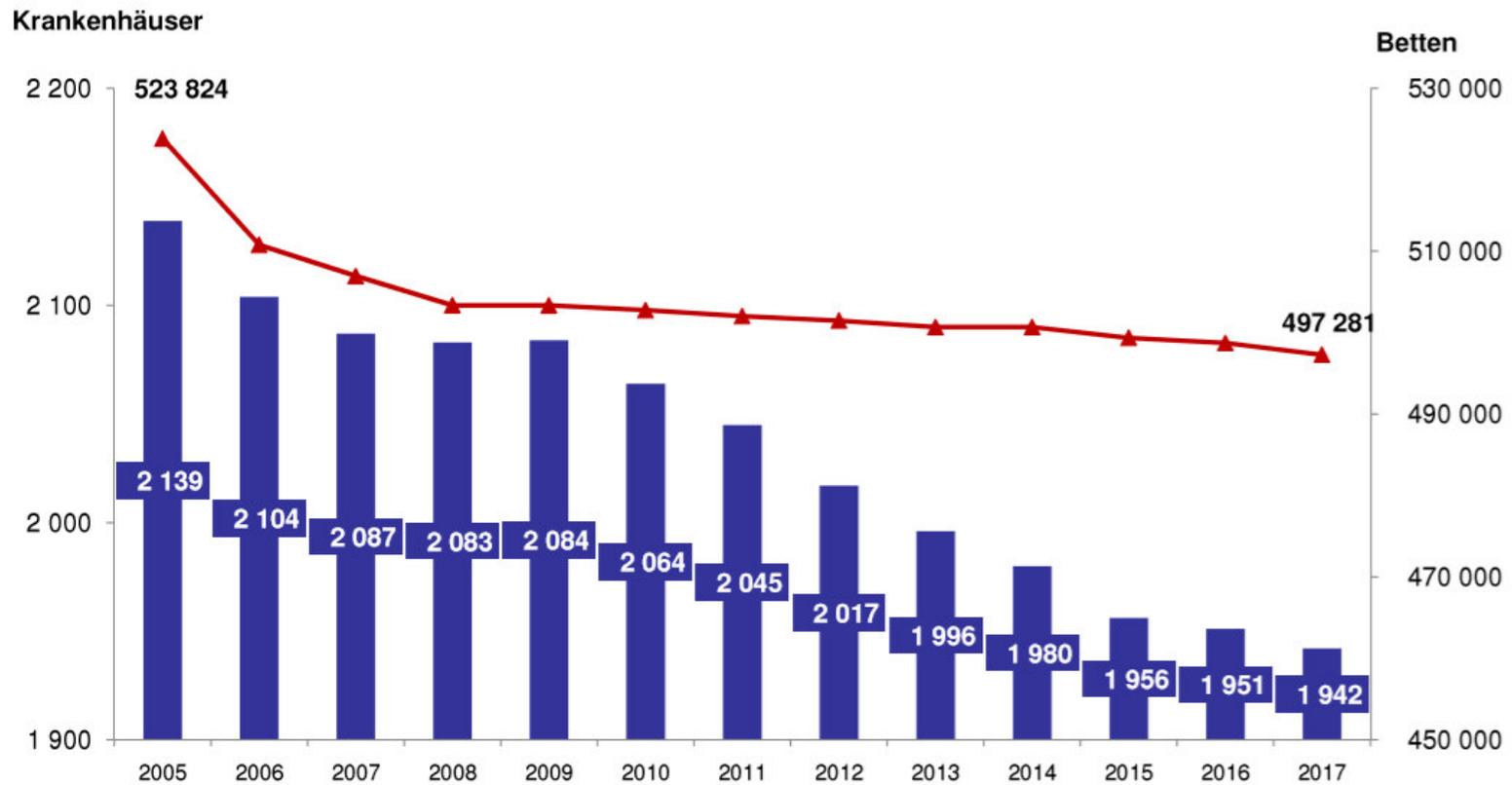
- **Wer ist die Diakonie RWL?**
- **Wie ist der Zustand des Gesundheitswesens?**
- **Was sagt uns die Statistik?**
- **Wie sehen Gutachter die Lage?**
- **Welche Bedarfe haben Patient\*nnen?**
- **Wohin wollen Politik und das Land Nordrhein-Westfalen?**



# Agenda

- Wer ist die Diakonie RWL?
- Wie ist der Zustand des Gesundheitswesens?
- Was sagt uns die Statistik?
- Wie sehen Gutachter die Lage?
- Welche Bedarfe haben Patient\*nnen?
- Wohin wollen Politik und das Land Nordrhein-Westfalen?

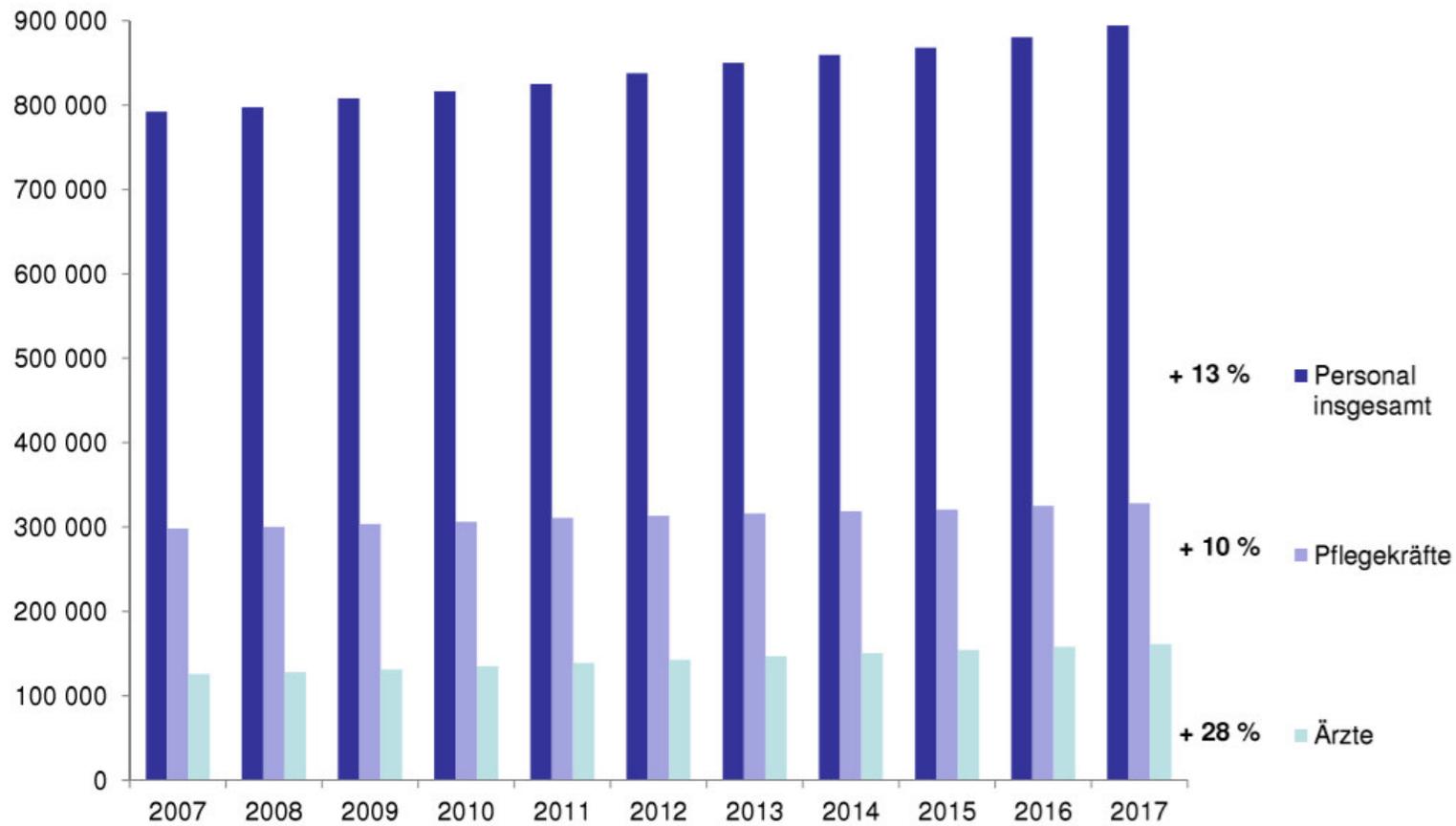
## Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenanzahl



Quelle: destatis

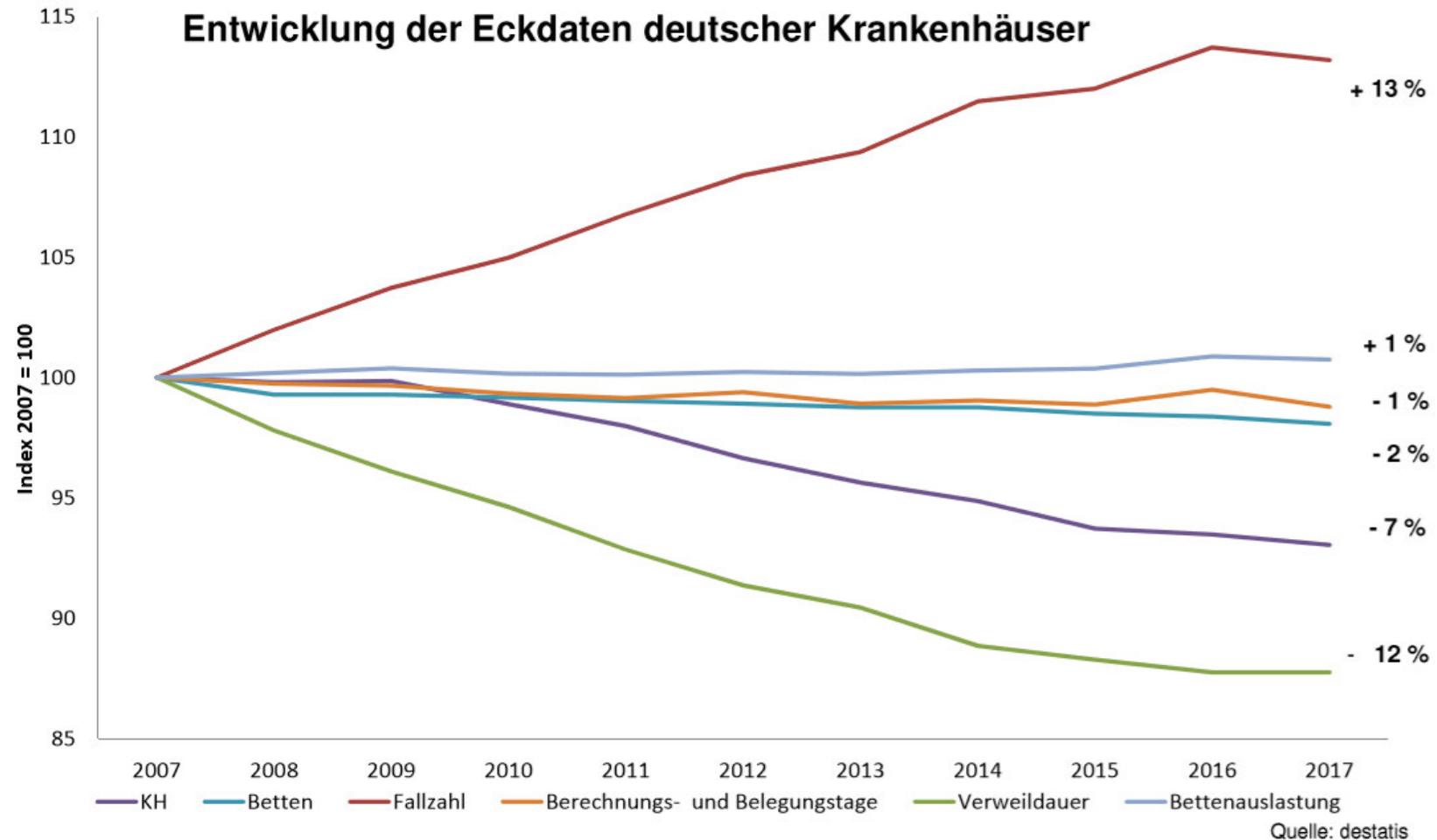
# Entwicklung Personal

Vollkräfte 2007-2017



Quelle: destatis

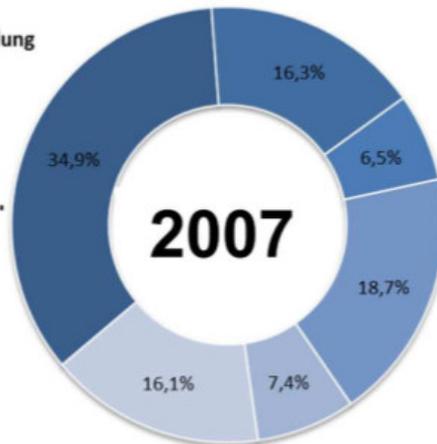
# Zusammenfassung



# GKV-Ausgaben

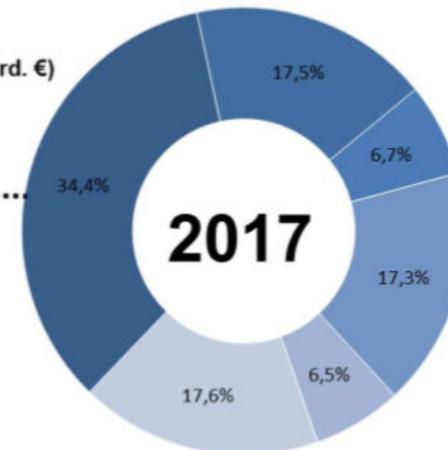
**GKV-Leistungsausgaben: 144,43 Mrd.**

davon:  
Krankenhausbehandlung  
**34,9 %**  
(50,42 Mrd. €)  
**17,2 Mio.**  
Patienten



**GKV-Leistungsausgaben: 217,83 Mrd. €**

davon:  
Krankenhausbehandlung  
**34,4 %** (74,90 Mrd. €)  
**19,4 Mio.**  
Patienten

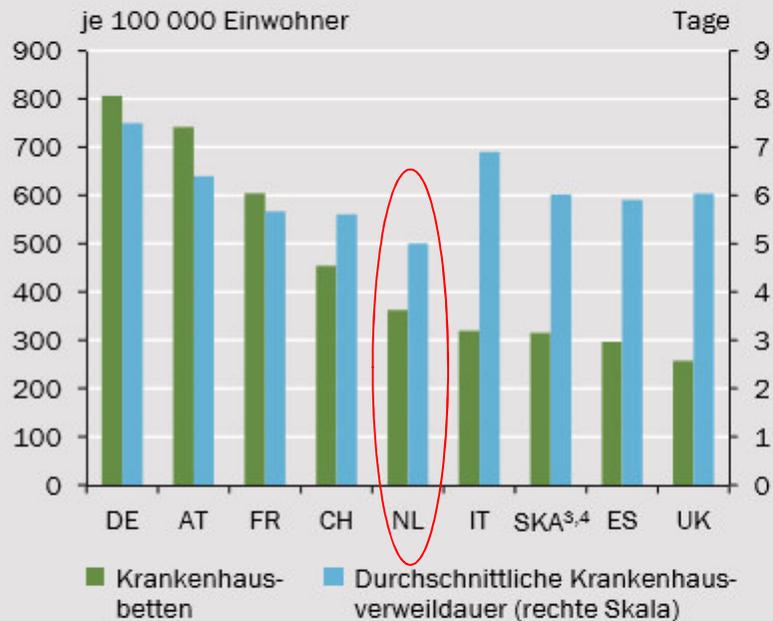


- Krankenhausbehandlung
- Ärztliche Behandlung
- Heil- und Hilfsmittel
- Arzneimittel
- Zahnarzt & Zahnersatz
- Übrige Leistungen

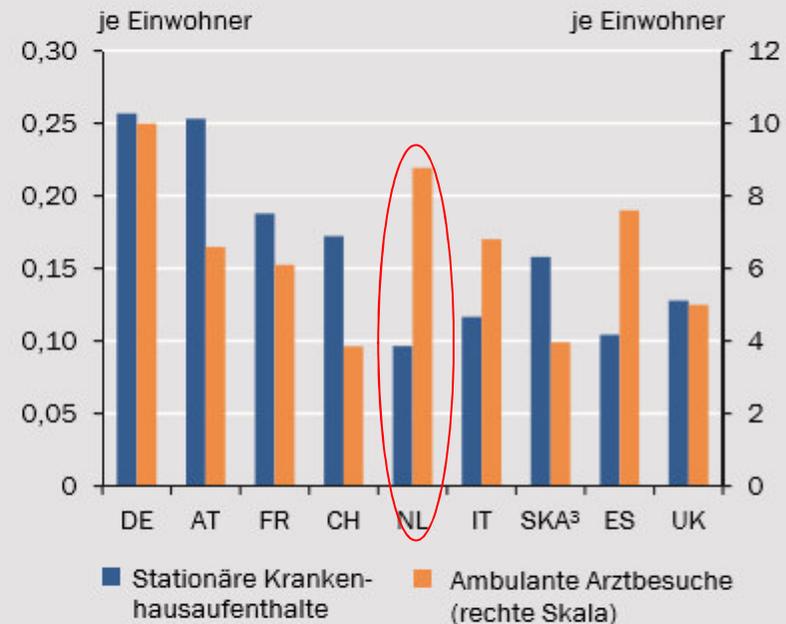
Quelle: BMG

## Indikatoren zur Kapazität im Gesundheitssektor im europäischen Vergleich im Jahr 2016<sup>1</sup>

**Anzahl der Krankenhausbetten und durchschnittliche Krankenhausverweildauer<sup>2</sup>**



**Stationäre Krankenhausaufenthalte und ambulante Arztbesuche<sup>5</sup>**



1 – DE-Deutschland, AT-Österreich, FR-Frankreich, CH-Schweiz, NL-Niederlande, IT-Italien, SKA-Skandinavien, ES-Spanien, UK-Vereinigtes Königreich. 2 – FR: Krankenhausverweildauer Datenstand 2015; IT: Datenstand 2015. 3 – Ungewichteter Durchschnitt der vier Länder Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden. 4 – Durchschnittliche Krankenhausverweildauer ohne Dänemark. 5 – CH: Datenstand 2013; IT: Datenstand 2013; Norwegen: Stationäre Krankenhausaufenthalte Datenstand 2015; ES: Datenstand 2014; UK: Datenstand 2012.

Quellen: Eurostat, OECD

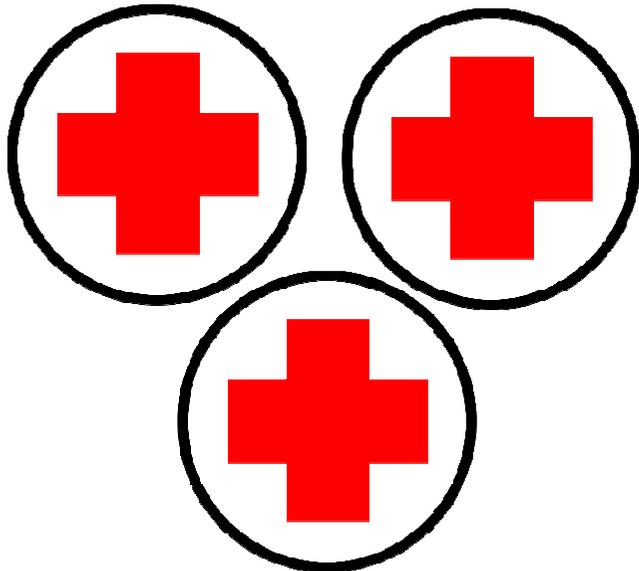
**Daten zur Abbildung**

© Sachverständigenrat | 18-356

# Agenda

- **Wer ist die Diakonie RWL?**
- **Wie ist der Zustand des Gesundheitswesens?**
- **Was sagt uns die Statistik?**
- **Wie sehen Gutachter die Lage?**
- **Welche Bedarfe haben Patient\*nnen?**
- **Wohin wollen Politik und das Land Nordrhein-Westfalen?**

SACHVERSTÄNDIGENRAT  
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



Überversorgung

Fehlversorgung

zu viele und unnötige Operationen

Mangelnde Abstimmung  
der Leistungserbringer

IGES

hche | Hamburg Center  
for Health Economics

Fehlen integrierter Versorgung

Doppelte Facharztschiene



# Agenda

- **Wer ist die Diakonie RWL?**
- **Wie ist der Zustand des Gesundheitswesens?**
- **Was sagt uns die Statistik?**
- **Wie sehen Gutachter die Lage?**
- **Welche Bedarfe haben Patient\*innen?**
- **Wohin wollen Politik und das Land Nordrhein-Westfalen?**

# Welche Bedarfe haben Patientinnen und Patienten?

**eigentlich ganz einfach, oder? Sie wollen**

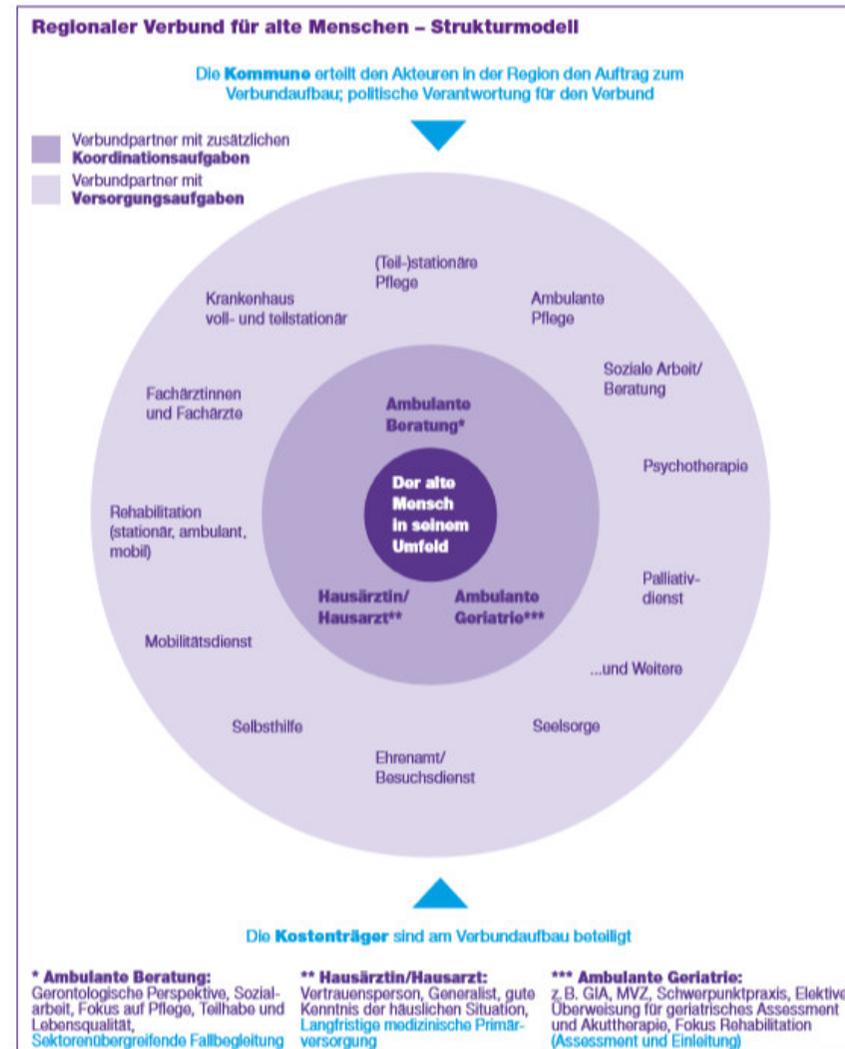
- möglichst ambulant und vor Ort versorgt werden
- ihren Arzt oder ihre Ärztin des Vertrauens als primäre Ansprechpartner und Lotse bzw. Lotsin (Gatekeeper) im System
- gut medizinisch, pflegerisch und therapeutisch versorgt werden
- in ihrer Würde nicht verletzt werden
- in Netzwerken gut und behütet aufgehoben sein
- keine Bruchstellen zwischen den Sektoren
- und die meisten wünschen sich dass der Austausch von Arztbriefen, Befunden, Diagnosen, Laborwerten etc. zwischen den „Leistungserbringern funktioniert (Digitalisierung als wichtiges Element)

**Die Vorstellungen der Diakonie  
Deutschland zur Versorgung  
multimorbider, älterer Menschen  
folgen...**

# Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen

<b>Diakonie für ältere Menschen</b>	Diakonische Vision und gesundheitspolitische Forderungen
Januar 2017	

<https://www.diakonie.de/diakonie-texte/012017-sektoreneuebergreifende-versorgung-fuer-multimorbide-alte-menschen/>





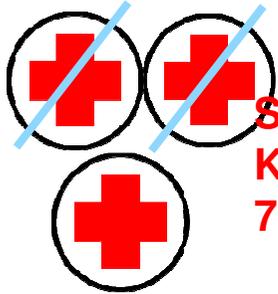
**\* Ambulante Beratung:**  
 Gerontologische Perspektive, Sozialarbeit, Fokus auf Pflege, Teilhabe und Lebensqualität  
 Wegweiser-Kompetenz, Sektorenübergreifende Fallbegleitung, Case Management

**\*\* Allgemeinmedizin:**  
 Vertrauensperson, Generalist, gute Kenntnis der häuslichen Situation  
 Langfristige medizinische Primärvorsorgung

**\*\*\* Ambulante Geriatrie:**  
 z.B. GfA, MVZ, Schwerpunktpraxis, Elektive Überweisung durch Hausarzt für geriatrisches Assessment und Akuttherapie  
 Fokus Rehabilitation (Assessment und Einleitung)

# Agenda

- **Wer ist die Diakonie RWL?**
- **Wie ist der Zustand des Gesundheitswesens?**
- **Was sagt uns die Statistik?**
- **Wie sehen Gutachter die Lage?**
- **Welche Bedarfe haben Patient\*nnen?**
- **Wohin wollen Politik und das Land Nordrhein-Westfalen?**



**Schließung von  
Kliniken  
70 statt 348?**



**Bund-/Länderarbeitsgruppe bereitet ein Arbeitspapier vor:**

- **Schließung von Kliniken**
- **Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung**
- **Vernetzung und Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren**
- **Erweiterung der Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung**
  - **Schließung ambulanter Versorgungslücken**
  - **Übertragung ambulanter Aufgaben an Kliniken bundeseinheitlich zu regeln**
  - **Umwidmung in Gesundheitszentren**
  - **Sicherstellungshäuser**

Hoffentlich geht es dem  
Gesundheitswesen nicht wie  
der Titanic ....



**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Bei Fragen und Anregungen wenden Sie sich bitte an  
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.**

Verband Evangelischer Krankenhäuser RWL e.V.

Lenastr. 41, 40470 Düsseldorf

Frau Elke Grothe-Kühn

Geschäftsfeldleitung Krankenhaus und Gesundheit

Telefon 0211 / 6398 – 421

E-Mail-Adresse: [e.grothe-kuehn@diakonie-rwl.de](mailto:e.grothe-kuehn@diakonie-rwl.de)

Zum Referat gehört noch der zusammengefasste Text, der dieser Präsentation  
beigefügt ist.

## **Jahrestagung des Ambulantisierung im Gesundheitswesen als Herausforderung der Krankenhausseelsorge**

### **Grußwort zur Vollversammlung am 27. Mai 2019**

Kurze Vorstellung meiner Person,  
Elke Grothe-Kühn

Seit 31 Jahren im Gesundheitswesen in unterschiedlicher Funktion tätig und davon bereits 21 Jahre in diakonischen Diensten rheinisch-westfälisch-lippisch

Gewandert an unterschiedlichen Ufern des Gesundheitswesens Kassen, Krankenhaus, Kasse, Verband

Aufgrund meiner früheren Tätigkeit für Sozialleistungsträger fühle ich mich stark dem Solidarprinzip unserer gesetzlichen Krankenversicherung verbunden

#### **Bericht:**

- Seit vielen Jahren, mindestens 15, bin ich als Gast zu ihren Vollversammlungen eingeladen, was ich auch immer wieder gerne tue.
- Seit mindestens ebenso vielen Jahren gebe ich ihnen einen Überblick über die Lage des Krankenhauswesens im Allgemeinen, aber oft auch mit Fokus auf die evangelischen Kliniken, die Mitglied in der Diakonie RWL sind.
- Genauso lange rede ich über die wirtschaftlichen Bedingungen für Klinikträger mit bekannten Auswirkungen auf diejenigen, die uns in konfessionellen Kliniken anvertraut sind; Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige und natürlich auch die Mitarbeitenden in unseren Kliniken.
- Eines kann ich Ihnen versichern, mittlerweile verlieren viele der Fachleute im Gesundheitswesen den Überblick über die Flut von Gesundheitsreformen, der Wechselwirkungen und Auswirkungen auf die Versorgung.
- So will ich **drei** Punkte in den Mittelpunkt meines Grußwort beziehungsweise meinen Bericht zur Vollversammlung stellen. Das meiste mag Ihnen bekannt vorkommen, wiederholt es sich in abgewandelter Version:

#### **Gesetzesvorhaben (25 allein im BMG)**

1. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung Gesetz)
2. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)
3. Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz
4. Gesetz zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der Ausbildung der pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten (PTA)
5. Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA)
6. Fünfte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte
7. Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken
8. Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
9. Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG)
10. Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch
11. Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EDIR)
12. Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

13. Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)
14. Siebzehnte AMVV-Änderungsverordnung
15. Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung
16. Zweites Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (GZSO)
- 17. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)**
18. Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
- 19. Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)**
20. Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV)
21. Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung (HIV-Selbsttest)
22. GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)
- 23. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)**
24. Verordnung zur Änderung der Datentransparenz-Gebührenverordnung und zur Aufhebung der Ordnungswidrigkeitenzuständigkeitsverordnung
25. Elektronische Arzneimittelinformationen-Verordnung - EAMIV

## **1. Pflegepersonalstärkungsgesetz**

- Mehr Geld, mehr Stellen,
- 13.000 zusätzliche Stellen in der Altenpflege
- Krankenhausindividuelle Pflegebudgets nach Ausgliederung aus den DRGs
- Garantierte Refinanzierung der Tarif- bzw. Arbeitsrechtsregelungen der Kirchen ab 2018
- Stärkung der Prävention von Pflegekräften
- Fortführung des Bundesstrukturfonds zum Abbau überflüssiger Krankenhauskapazitäten

### **1.1. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)**

- Dazu wird in Zukunft das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zu individuellem Pflegeaufwand eines Krankenhauses ermittelt.
- Dieser „Pflegepersonalquotient“ gibt Aufschluss darüber, ob eine Klinik, gemessen am Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt.
- Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten. Anderenfalls drohen ihnen Sanktionen.
- Die Untergrenzen werden als maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft festgelegt. Dabei wird zwischen Tag- und Nachtschichten unterschieden.

## Pflegepersonaluntergrenzen in vier Krankenhausbereichen

- ✓ ab dem 1. Januar 2019 in der: Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie
- ✓ Unterscheidung zwischen Tag- und Nachtschichten

Intensivmedizin



Kardiologie



Unfallchirurgie



Geriatrie



© eveloen, robuart, SEVG, Zentangle/Shutterstock

### Intensivmedizin

Tagschicht maximal 2,5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3,5 Patienten pro Pflegekraft  
Ab 1. Januar 2021 gilt: Tagschicht 2 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3 Patienten pro Pflegekraft

### Geriatric

Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft

### Unfallchirurgie

Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft,

### Kardiologie

Tagschicht 12 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 24 Patienten pro Pflegekraft

- In diesem Zusammenhang wird auch festgelegt, welchen Grenzwert der Anteil von Pflegehilfskräften jeweils nicht überschreiten darf, damit ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.
- Die Krankenhäuser müssen für die einzelnen Monate Durchschnittswerte der Personalbesetzung ermitteln und dabei zwischen verschiedenen Stationen und Schichten differenzieren. Unabhängige Wirtschaftsprüfer oder Buchprüfer müssen die Einhaltung der Untergrenzen bestätigen.
- Krankenhäuser, die sich nicht an die Vorgaben halten und die Grenzen unterschreiten, müssen Vergütungsabschläge hinnehmen.

## 2. **Konzertierte Aktion Pflege**



4450 Wir wollen in einer „Konzertierte Aktion Pflege“ eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Situation in der Altenpflege erreichen. Deshalb entwickeln wir verbindliche  
4451 Personalbemessungsinstrumente, auch im Hinblick auf die Pflegesituation in der  
4452 Nacht. Die „Konzertierte Aktion Pflege“ umfasst u. a. eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm,  
4453 eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften.  
4454  
4455  
4456  
.....

- **Arbeitsgruppe 1 „Ausbildung und Qualifizierung“**
- **Arbeitsgruppe 2 „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“**
- **Arbeitsgruppe 3 „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“**
- **Arbeitsgruppe 4 „Pflegekräfte aus dem Ausland“**
- **Arbeitsgruppe 5 „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“**

## KAP – Auftrag und Organisation

Konkrete Vorschläge und Maßnahmen zu folgenden Punkten

**AG 1** Flankierung der Einführung der ab dem 1. Januar 2020 beginnenden, neuen Pflegeausbildungen und die hochschulische Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz durch vielfältige Maßnahmen  
Sicherung der Ausbildungserfolge und Stärkung der Qualifizierung in der Pflege

**AG 2** Neugewinnung, Rückgewinnung und langfristige Bindung von Pflegepersonal für Einrichtungen

**AG 3** Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung mittels innovativer Versorgungsansätze unter Einbeziehung und damit Gewinnung, Erhalt und Entlastung von Pflegepersonal

**AG 4** verstärkte Gewinnung ausländischer Pflegefach- und Hilfskräfte zum Einsatz in der Pflege

**AG 5** Sicherung einer angemessenen Entlohnung unter Wahrung der Tarifautonomie und des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts

### Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023)

Vereinbarungstext  
Ergebnis der Konzierten Aktion Pflege/AG 1

Konzierte Aktion Pflege  
**So sorgen wir für bessere Ausbildungsbedingungen**

- Weiterbildung vom Pflegehelfer zur Pflegefachkraft wird vergütet
- 5.000 zusätzliche Weiterbildungsplätze



© Bundesgesundheitsministerium

Konzierte Aktion Pflege  
**Das gehen wir bis Mitte des Jahres an**

- Strategie für Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland
- Bessere Entlohnung
- Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung



© Bundesgesundheitsministerium

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzierte\\_Aktion\\_Pflege/Vereinbarungstext\\_KAP.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzierte_Aktion_Pflege/Vereinbarungstext_KAP.pdf)

### 3. Krankenhausplanung und Förderung in NRW

- Gutachten von Partnerschaft Deutschland

Die Präsentation des Gutachtauftrags liegt als Anlage bei und wer Lust hat, kann sich durch die Präsentation klicken.

- Ziele

Seit 1972 schreibt das Krankenhausfinanzierungsgesetz den Bundesländern die Verantwortung zu, über einen sogenannten Krankenhausplan eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Wo im Land sich eine Klinik befindet und für wie viele Patienten diese ausgelegt ist, liegt daher in der Verantwortung des jeweiligen Landes. Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gilt das sogenannte duale Finanzierungssystem: Während das Land die Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernimmt, finanzieren die Krankenkassen die Behandlung und den laufenden Betrieb.

In den vergangenen Jahrzehnten haben die Bundesländer begonnen die Krankenhausförderung spürbar zu kürzen.

#### **Folgen für die Krankenhäuser und damit für Patientinnen und Patienten**

Der Investitionsstau in den Krankenhäusern nimmt stetig zu – mit sichtbaren Folgen. Schon heute müssen viele Krankenhäuser fällige Investitionen in eine moderne Infrastruktur aufschieben. Manchmal bleibt den Kliniken nur, dafür nicht vorgesehene Mittel einzusetzen, um drängende Probleme zu lösen. Die Mittel werden nicht allein und vorrangig aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (wie z.B. aus den Fallpauschalenerlösen), sondern aus weiteren Quellen (z.B. aus Wahlleistungserlösen, Trägerkapital, Spenden oder über Kredite etc.) aufgebracht. Der Spielraum hier ist endlich, bereits stark strapaziert und darüber hinaus rückläufig. Diese Mittel fehlen dann zur Finanzierung von Personal und Sachmitteln, wo sie einen unmittelbaren Nutzen für Mitarbeiter und Patienten erfüllen würden. Dieser Kreis kann nur durchbrochen werden, wenn die Länder ihre Verantwortung wahrnehmen. Besonders prekär ist die Lage für die kirchlichen Krankenhäuser, sie stellen mit mehr als 65% das Rückgrat der stationären Versorgung in NRW. Der Investitionsbedarf der evangelischen Kliniken beläuft sich auf rund 228 Mio. Euro. NRW fördert die evangelischen Kliniken mit rund 76 Mio. Euro jährlich, die jährliche Förderlücke macht 152 Mio. Euro aus und der aufgelaufene Investitionsstau beläuft sich auf 1,9 Milliarden Euro.

Der Entwurf eines Nachtragshaushalts (Stand 30.08.2017) sieht zusätzliche Mittel für alle Kliniken in Höhe von 250 Mio. Euro vor. Es bleibt abzuwarten, ob und wie diese Mittel einmalig oder dauerhaft zur Verfügung gestellt werden sollen.

#### **20 Pflegeberufegesetz**

Die generalistische Pflegeausbildung kommt ab dem 01. Januar 2020! Der Bundesrat hat im Juli 2017 hierzu nach einem zähen Ringen auf der Grundlage eines Kompromisses das Pflegeberufegesetz verabschiedet. Caritas und Diakonie und deren Fachverbände aus dem Bereich Krankenhaus und Altenhilfe setzen sich seit vielen Jahren für die Zusammenführung der Pflegeausbildungen ein.

Neben der generalistischen Ausbildung ist weiterhin ein Abschluss in der Altenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vorgesehen. Nach zwei Jahren gemeinsamer generalistischer Ausbildung erfolgt eine Zwischenprüfung. Die Länder entscheiden, ob sie mit dem erfolgreichen Abschluss der Prüfung die Helferinnenqualifikation vergeben. Nach diesen zwei Jahren können die Auszubildenden, deren Vertiefungseinsatz in der Altenpflege oder der pädiatrischen Versorgung im Ausbildungsvertrag benannt ist, sich entscheiden, ob sie die generalistische Ausbildung mit einem der drei Schwerpunkte Akutpflege, Langzeitpflege oder pädiatrische Versorgung weiterführen oder das Ausbildungsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Altenpfleger bzw. Altenpflegerin anstreben. Diese Absolventinnen und Absolventen heißen dann auch

Altenpfleger oder Altenpflegerin in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits und Kinderkrankenpflegerin.

Mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie den näheren Ausführungen zur Finanzierung ist zum Frühjahr 2018 zu rechnen. Das Gesetz stellt die Träger diakonischer Kliniken, stationärer und ambulanter Pflegedienste sowie die Träger von Ausbildungsstätten vor große Herausforderungen bezüglich möglicher engerer Kooperationen, der Gestaltung der Curricula sowie der Organisation der theoretischen und praktischen Ausbildung. Auch die Finanzierung wird weiterhin stark in den Blick zu nehmen sein.

Grothe-Kühn, Stand 27. Mai 2019