

# GESUNDHEITSPOLITISCHE POSITIONEN DER BERLINER KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR DIE MENSCHEN IN DER METROPOLREGION BERLIN  
**VERSORGUNG SICHERN!**  
NACHHALTIG | ZUKUNFTSORIENTIERT



Berliner  
Krankenhausgesellschaft

# **GESUNDHEITSPOLITISCHE POSITIONEN** DER BERLINER KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

---

November 2022

# INHALT

<b>Vorwort</b>	5
<b>Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in Zahlen</b>	6
<b>Zentrale Forderungen</b>	8
<b>Positionen der Berliner Krankenhausgesellschaft</b>	
1. Versorgung in der wachsenden Metropolregion Berlin sicherstellen	10
2. Fachkräftemangel beseitigen	11
3. Chancen der Digitalisierung nutzen	14
4. Notfallversorgung bedarfsgerecht organisieren und finanzieren	16
5. Krankenhausleistungen sachgerecht vergüten	18
6. Klinikoffensive Berlin: Mehr Investitionen für moderne und zukunftsgerechte Strukturen	20
7. Qualität und Patientensicherheit stärken	22
8. Bürokratieabbau einleiten – mehr Zeit für Zuwendung	24
9. Für Krisen vorsorgen	25
10. Rahmenbedingungen für Umweltschutz und Nachhaltigkeit setzen	26
11. Pflegeeinrichtungen bei ihren zukünftigen Herausforderungen unterstützen	27



© Landesarchiv Berlin, Thomas Platow



© Jüdisches Krankenhaus Berlin



© Copyright: BKG/Hasskarl

# VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

Berliner Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen die gesundheitliche Versorgung in der Metropolregion Berlin für über 4 Mio. Einwohner rund um die Uhr sicher. An 60 Klinikstandorten werden jährlich rund 850.000 Patientinnen und Patienten vollstationär und rund 1,2 Millionen Notfälle auf hohem Qualitätsniveau versorgt. Krankenhäuser sind auch ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor für Berlin: Rund 55.000 Mitarbeitende sind direkt in Krankenhäusern beschäftigt. Viele weitere Arbeitsplätze in zuliefernden Betrieben und bei Dienstleistern hängen zusätzlich am Krankenhaussektor. Darüber hinaus werden jährlich viele hundert hochqualifizierte Fachkräfte ausgebildet. Mit einem Jahresumsatz von fast fünf Milliarden Euro und außerordentlichen Wertschöpfungseffekten sind sie ein bedeutender Standortfaktor für die Stadt. Medizinisch-technische Innovationen sorgen im Gesundheitswesen für Wachstum und tragen somit zu einer kontinuierlichen

Verbesserung der Versorgung und der Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen bei. Darüber hinaus bilden die Hochschulkliniken wie die akademischen Lehrkrankenhäuser Ärztinnen und Ärzte aus und bieten fachärztliche Weiterbildung an. Krankenhäuser sind zudem ein wesentlicher Leistungsträger der sozialen Infrastruktur in Berlin.

Die Kliniken der Stadt sind mit leistungslimitierendem Fachkräftemangel, mit nach wie vor stark belastender Coronavirus-Pandemie sowie mit grassierender Inflation bei Sachkosten und Energiekostenexplosion existentiellen Herausforderungen ausgesetzt, deren Bewältigung dringend Hilfe der Verantwortlichen in Senat und Abgeordnetenhaus während der gesamten Legislaturperiode erforderlich macht. Es braucht erhebliche Anstrengung, um Versorgung zu erhalten und zu sichern.



**Brit Ismer**  
Vorstandsvorsitzende



**Marc Schreiner**  
Geschäftsführer

# KRANKENHÄUSER UND PFLEGE-EINRICHTUNGEN IN ZAHLEN



**87**  
Krankenhäuser  
(davon 50 Plankrankenhäuser)



**Über 1 Mio.**  
ambulante Patientinnen und Patienten



**20.600**  
Betten (vollstationär)



**7,2 Tage**  
Durchschnittliche Verweildauer



**880.000**  
Patientinnen und Patienten (vollstationär)



**50**  
Mitglieds-Pflegeeinrichtungen



**5.500**  
Bewohnerinnen und Bewohner



**58.700**  
Beschäftigte  
(45.500 Vollkräfte)



**6,2 Mrd.**  
Brutto-Gesamtkosten

---

**20.000**  
Pflegekräfte  
(14.700 Vollkräfte)



**4,0 %**  
am Bruttoinlandsprodukt für Berlin

---

**3.800**  
Schülerinnen und Schüler

# ZENTRALE FORDERUNGEN

## **1. Versorgung in der wachsenden Metropolregion Berlin sicherstellen**

Die Planung und Sicherstellung der Versorgung in der Metropolregion Berlin unter Berücksichtigung der Trägervielfalt ist eine zentrale Aufgabe des Landes. Um eine patientenorientierte und sektorenübergreifende Perspektive zu stärken, sind die Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung und ambulante Leistungen stärker in die Entscheidungsstrukturen im Land einzubinden.

## **2. Fachkräftemangel beseitigen**

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege, droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Bereits heute ist deutliche Reduktion des Versorgungsangebots in Teilbereichen zu spüren. Zu Bewältigung des Fachkräftemangels benötigen die Krankenhäuser die Unterstützung durch die Politik, den Gesetzgeber und die Krankenkassen, um die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass die Deckung des Personalbedarfs gelingt. Kernbausteine sind die Förderung der Steigerung der Ausbildungskapazitäten auch mit investiven Mitteln für alle Krankenträger, Lösungen im Bereich der Zeitarbeit, stärkere Beachtung des Qualifikationsmix und Einführung einer PPR 2.0 statt starre Pflegeuntergrenzen.

## **3. Chancen der Digitalisierung nutzen**

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eines der zentralen Themen für die Krankenhäuser. Es bedarf geeigneter rechtlicher Rahmenbedingungen, damit die Potentiale der Digitalisierung und Automatisierung tatsächlich in der Versorgung Realität werden. Diese werden erst durch die Herstellung von geschlossenen Versorgungsketten, die die Gesunderhaltung und schnelle Gene-

sung der Menschen in den Mittelpunkt stellen, wirksam. Der Weg dorthin erfordert ein mehrjähriges Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“. Folgekosten der Digitalisierung und Automatisierung auf Ebene des einzelnen Krankenhauses sind - aus den erwarteten positiven Gesamteffekten für die Gesundheitsversorgung - zu refinanzieren. Bis auf weiteres ist dafür ein Zuschlag von zwei Prozent je Fall für die Betriebskosten der Digitalisierung notwendig. Telemedizinische Leistungen sind zukünftig auf allen Gebieten als Teil der Regelversorgung zu betrachten und entsprechend zu vergüten.

## **4. Notfallversorgung bedarfsgerecht organisieren und finanzieren**

Die Stärkung der Krankenhäuser als Notfallzentren ist voranzutreiben. Stationäre und ambulante Notfallversorgung bilden in der Notaufnahme der Krankenhäuser eine organisatorische und medizinische Einheit. Integrierte Notfallzentren (INZ) sind entsprechend der bewährten Praxis in die Organisationsstruktur der Notfallkrankenhäuser mit ihren medizinischen und personellen Kompetenzen zu integrieren. Die hohe finanzielle Unterdeckung von Notfallbehandlungen und der dafür notwendigen Vorhaltung in den Rettungsstellen der Krankenhäuser ist schnell zu beenden. Eine Möglichkeit hierzu ist, Vorhaltekosten in Notfallzuschlägen für die jeweiligen Notfallstufen abzubilden.

## **5. Krankenhausleistungen sachgerecht vergüten**

Die Krankenhäuser erwarten von der Landespolitik, dass sie sich auf der Bundesebene nachhaltig für die auskömmliche Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser einsetzt. Dies betrifft insbesondere die Refinanzierung der Tarifentwicklung, eine



stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten und die Überwindung starrer Sektorengrenzen. Am derzeitigen DRG-System wird grundsätzlich festgehalten.

#### **6. Klinikoffensive Berlin: mehr Investitionen für moderne und zukunftsgerechte Strukturen**

Die Krankenhäuser unterstützen die bestehende duale Krankenhausfinanzierung. Es bedarf einer Fortsetzung der Investitions-offensive durch das Land Berlin. Trotz erkennbarer Bemühungen bedient das Land Berlin den Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Investitionsmittel nicht annähernd auskömmlich. Es bleibt in der Pflicht, die Fördermittel deutlich anzuheben und zusätzlich um die Baukostensteigerungen zu erhöhen.

#### **7. Qualität und Patientensicherheit stärken**

Patientensicherheit und Qualitätssicherung haben für die Krankenhäuser hohe Priorität. Der zunehmende Fokus auf Sanktionierung widerspricht dem Sinn und Zweck der Qualitätssicherung. Mit Sorge wird die ausufernde Überbürokratisierung mit zahlreichen Dokumentationspflichten betrachtet. Strukturvorgaben müssen die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes gewährleisten. Die Initiativen Berlins zur Eindämmung von Zeitarbeit in der Pflege müssen weiterverfolgt werden.

#### **8. Bürokratieabbau einleiten – mehr Zeit für Zuwendung**

Durch eine konsequente Entbürokratisierung ist das Krankenhauspersonal von unnötigen administrativen und Dokumentationsaufgaben zu entlasten. So wird mehr Arbeitszeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten verfügbar. Für einen Expertenbeirat zum Abbau von

Bürokratie sollte es die Zielvorgabe sein, die Dokumentations- und Prüflasten deutlich zu begrenzen.

#### **9. Für Krisen vorsorgen**

Um für zukünftige Krisen noch besser vorbereitet zu sein, sollten Lehren aus der bisherigen Krise gezogen und entsprechende Vorkehrungen getroffen werden. Es wird dabei auch zu prüfen sein, wie und inwieweit zukünftig eine Vorhaltung von „Reservekapazitäten“ in den Krankenhäusern zur Verkürzung der Reaktionszeiten erforderlich ist und organisiert wird. Vorbereitungen, etwa auf Blackout-Szenarien müssen dringend vorangetrieben werden.

#### **10. Rahmenbedingungen für Umweltschutz und Nachhaltigkeit setzen**

Entsprechend seinen eigenen Nachhaltigkeitszielen sollte das Land Berlin mit zusätzlichen pauschalen Fördermitteln Anreize für energie- und ressourceneffizientes Bauen und Wirtschaften setzen, die auch von Krankenhäusern verwendet werden können. Die von den Berliner Krankenhäusern entwickelte Strategie für mehr Umweltschutz benötigt politische und finanzielle Unterstützung.

#### **11. Pflegeeinrichtungen bei ihren zukünftigen Herausforderungen unterstützen**

Um die stationären Pflegeeinrichtungen im Land Berlin bei den großen Herausforderungen u.a. der demographischen Entwicklung zu unterstützen, müssen verschiedene Aufgaben von der Finanzierung über die Fachkräftesicherung bis zur Digitalisierung angegangen werden.

# 1. VERSORGUNG IN DER WACHS- ENDEN METROPOLREGION BERLIN SICHERSTELLEN

Die Versorgung in der Metropolregion Berlin ist geprägt durch ihre überregionalen Versorgungsaufgaben, eine niedrige Fallzahlhäufigkeit, eine geringe Bettendichte, eine hohe Auslastung und einen hohen Krankheitsschweregrad. Die vielen Qualitätsmessungen in den Krankenhäusern durch GBA und IQTiG bestätigen eine hohe Versorgungsqualität. Aufgrund der wachsenden Stadt, der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt werden zusätzliche Kapazitäten in den nächsten Jahren benötigt. Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen spielen Fragen der wohnortnahen Grundversorgung wie auch der Spezialisierung/Zentralisierung, Kooperationen und der überregionalen Zusammenarbeit eine Rolle. Diese Fragen sind regionenspezifisch zu lösen und erfordern eine aktive Landeskrankenhausplanung unter Einbeziehung der Krankenhäuser mit bundeslandübergreifender Abstimmung, wie dies derzeit in Berlin und Brandenburg stattfindet.

Die Planung und Sicherstellung der Versorgung in der Metropolregion Berlin ist eine zentrale Aufgabe des Landes. Für die Planung und Sicherstellung der Krankenhausversorgung muss das Land unter Berücksichtigung der Trägervielfalt die Letztverantwortung übernehmen. Das Land sollte Bestrebungen, die Krankenhausplanung durch bundesweite Vorgaben stärker zu zentralisieren, energisch entgegenreten und so seine Aufgabenhoheit bewahren. Bundesweite Vorgaben können nur einen Orientierungsrahmen geben. Der medizin-technische Fortschritt, die demografischen Veränderungen, zunehmender Fachkräftemangel, Digitalisierung, Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen und die Bedarfe

der Patienten sowie die sich immer schneller ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordern von den Krankenhäusern eine hohe Flexibilität, die eine Ausgestaltung des Krankenhausplans als Rahmenplan erfordert.

Um die patientenorientierte und sektorenübergreifende Perspektive zu stärken, Leistungen besser zu verzahnen und integrierte sektorenübergreifende Behandlungen regelhaft etablieren zu können, sind die Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung und ambulante Leistungen stärker in die Entscheidungsstrukturen im Land einzubinden. Das Leistungsspektrum der Krankenhäuser ist dabei sinnvollerweise unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedarfe auch für die krankenhaushnahe Anschlussversorgung, insbesondere im Bereich der Kurzzeitpflege, stationäre pflegerische sowie digitale Leistungen an den Standorten zu öffnen. Entsprechend ist die Finanzierung abzubilden. Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung der Länder muss für die Krankenhäuser den notwendigen Handlungsspielraum für die Weiterentwicklung der für die regionale Versorgung erforderlichen Leistungsspektren schaffen. Nur so können sie flexibel und qualitätswettbewerbsorientiert auf die regionalen Versorgungsbedarfe reagieren.

Die Kliniken haben sich in der COVID-Pandemie als leistungsfähig und trägerübergreifend - ob kommunal, kirchlich, freigemeinnützig oder privat - kooperationsfähig erwiesen. Aufbauend auf diesen Erfahrungen sind regionale versorgungsstufenübergreifende Netzwerke und Kooperationen aktiv zu befördern.

# 2. FACHKRÄFTEMANGEL BESEITIGEN



Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege, droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Die Deckung des Personalbedarfs stellt eine zentrale Herausforderung in der Gesundheitsversorgung dar.

Eine Studie im Auftrag der Berliner Krankenhausgesellschaft zeigt, dass allein in Berlin bis 2030 zusätzliche 10.000 Pflegekräfte gewonnen werden müssen. Deshalb hat sie mit #PflegeJetztBerlin ([www.pflegejetztberlin.de](http://www.pflegejetztberlin.de)) eine breit angelegte Aktion zur Gewinnung und zum Verbleib von Pflegekräften gestartet. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind auf ausreichend viele und zufriedene Beschäftigte angewiesen, die ihren Beruf in den Einrichtungen langfristig ausüben – das zeigt die jetzige Corona-Pandemie noch einmal sehr deutlich.

Die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen wollen Arbeitsbedingungen verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege erhöhen. Die BKG setzt gemeinsam mit allen, die für Pflege Verantwortung tragen, einen Masterplan um und hat einen Kampagnenbeirat #PflegeJetztBerlin ins Leben gerufen. Dort werden die Themenschwerpunkte der Kampagne, wie beispielsweise bessere und mehr Pflegeausbildung, Weiterentwicklung des Images, Verstärkung des Recruiting, faire Anwerbung ausländischer Pflegekräfte, bessere Arbeitsbedingungen sowie die Zurückgewinnung der bereits ausgeschiedenen Pflegekräfte, diskutiert und bewertet.

Ziel ist es, mehr Menschen für die Ausbildung und die langfristige Tätigkeit in Gesundheitsberufen zu gewinnen. Notwendig ist hierfür ein Bündel von Maßnahmen, das die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ohne einen entsprechenden Rahmen, den nur der Gesetzgeber schaffen kann, nicht umsetzen können. Notwendig ist entsprechend die Unterstützung durch die Politik, den Gesetzgeber und die Krankenkassen in folgenden Punkten:

- Der demografische Wandel hat große Auswirkungen und erfordert neue Aufgabenteilungen. Im Pflegebereich wird er unweigerlich und kontinuierlich zur Erweiterung von Kompetenzen und neuen beruflichen Perspektiven führen. Für Krankenhäuser wird es darüber hinaus immer wichtiger, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu gewährleisten. Die Familienphasen mit Kindern, aber auch die Betreuung von Angehörigen, müssen stärker in den Blick rücken. Dabei sind neue und vor allem flexible Konzepte gefragt. Auch die langjährige Pflegekraft im Alltag muss Perspektiven für einen lebenslangen Verbleib in der Pflege gewinnen können. Das heißt, auch lebensphasenorientierte Personalentwicklungskonzepte haben die demographische Entwicklung in allen Phasen zu berücksichtigen.

- Starre und unflexible Vorgaben, wie die Pflegepersonaluntergrenzen, erschweren den Einsatz der weiterhin absehbar und zunehmend knappen Personalressourcen. Individuellen Gegebenheiten vor Ort können sie zudem nicht gerecht werden. Die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer jetzigen Form sind deshalb durch das im Auftrag der Konzentrierten Aktion Pflege von der DKG, dem Deutschen Pflegerat und ver.di konzipierte Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (PPR 2.0) zu ersetzen. Anstelle starrer, schichtgenauer Personalbesetzungsvorschriften für einzelne Stationen müssen flexible, krankenhausbetonte und kapazitätsangepasste Modelle wieder einen bedarfsorientierten Personaleinsatz ermöglichen.
- Die Gewinnung ausländischer Pflegekräfte ist ein zentrales Element für die Fachkräftesicherung. Das Problem der Wartezeiten im bürokratischen Verfahren der Berufsankennung ist besonders in Berlin eine Erschwernis. Im Schnitt dauert dieses sieben Monate. Nicht selten wählen Fachkräfte daher andere Zielländer oder andere Bundesländer. Es braucht eine Entschlackung des bürokratischen Verfahrens, das Lösen des Problems der Wartezeiten und eine Beschleunigung der Anerkennung.
- Stärkere Beachtung hat ein angemessener Qualifikationsmix in den gesetzlichen Vorgaben zum Pflegebudget zu finden (Skill-Mix), der bereits in den Krankenhäusern Einzug gehalten hat. In den vergangenen Jahren sind vielfältige spezialisierte Berufsbilder wie Pflegeassistenz, Operations- und Anästhesietechnische Assistenz (OTA, ATA) oder physician assistants entstanden. Sie haben Aufgaben teils von Ärzten, teils von Pflegekräften übernommen und diese damit

zeitlich und inhaltlich entlastet. Für eine hochwertige und in Zeiten des Fachkräftemangels sichere Versorgung sind diese neuen Berufe unverzichtbar. Daher sind sie in den Anforderungen und Vergütungsregelungen gleichberechtigt anzuerkennen.

- Die Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher und pflegerischer Leistungen sind konsequent zu nutzen. Neben den bereits bekannten Berufsgruppen sollten auch weitere neue, innovative Berufsbilder ermöglicht werden.
- Eine attraktive Vergütung für alle beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus ist für den Erhalt des Versorgungsniveaus notwendig und sinnvoll. Krankenhäuser sind in der Regel bereits tarifgebunden. Die Krankenhäuser erwarten aber, dass nicht nur die Kosten für das Pflegepersonal auf den Stationen (Pflegebudget), sondern auch für alle anderen Mitarbeitenden vollständig im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems refinanziert werden.
- Bereits während der Ausbildung ist eine angemessene Vergütung für alle Ausbildungsberufe sicherzustellen, um im Wettbewerb mit anderen Branchen um eine ausrei-

chende Anzahl von Auszubildenden erfolgreich konkurrieren zu können. Die dafür entstehenden Kosten sind zu refinanzieren. Das muss auch für den geplanten Beruf der Pflegefachassistenz gelten. Die Anrechnungsschlüssel in § 17a KHG sind abzuschaffen.

- In den Pflegestudiengängen existiert eine hohe Abbruchquote. Zudem ist der Anteil der hochschulischen Pflegeabsolventen in Deutschland mit nur 0,4 Prozent sehr niedrig. Für den progressiven Skill- und Grade-Mix müssen adäquate Rahmenbedingungen und eine Vergütung umgesetzt werden.
- Zunehmende Bürokratie sowie inhaltlich und technisch nicht abgestimmte Nachweispflichten, die deshalb auch nicht oder nur aufwendig durch digitale Lösungen abgemildert werden können, verschärfen personelle Engpässe und belasten die Attraktivität des Arbeitsplatzes. Zahlreiche kleinteilige Vorschriften erschweren den Versorgungsalltag in den Kliniken. Es bedarf dringend einer Entbürokratisierung und Deregulierung.
- Die langjährige Unterfinanzierung bei den Investitionskosten und die fehlende Refinanzierung der Personalkosten hat viele der heutigen Probleme verursacht. Daher ist eine gesicherte Finanzierung wesentliche Voraussetzung, um dem Fachkräftemangel erfolgreich begegnen zu können. Der anhaltende wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser hat zu der heutigen hohen Arbeitsbelastung geführt. Ausreichende Finanzmittel für Investitionen in moderne Strukturen sind eine der zwingenden Voraussetzungen für moderne Arbeitsbedingungen und damit für die Entlastung des Personals.
- Der Ausbau der Ausbildungskapazitäten wird mit Unterstützung durch das Land Berlin bereits zügig in den Krankenhäusern vorangetrieben. Hierzu sind seitens des Landes weitere

Fördermittel für notwendige Investitionen bereitzustellen. Alle Lehrenden im Studium müssen auf den Lehrendenschlüssel angerechnet werden und vollständig refinanziert werden.

- Nicht nur in der Pflege herrscht Personalmangel in den Krankenhäusern. Auch bei Ärzten und Fachberufen im Gesundheitswesen, Hebammen und Therapeuten sowie in weiteren, insbesondere handwerklichen und technischen Berufen, gibt es Engpässe. Dem Fachkräftemangel ist berufsgruppenübergreifend entgegenzuwirken.
- Der Anteil von Zeitarbeitskräften beträgt in Berlin durchschnittlich 7%. Zeitarbeit gefährdet Pflegequalität, Versorgungssicherheit und Patientensicherheit. Durch ihren Einsatz schwindet die Teamorientierung in der Pflege, Zeitarbeitskräfte übernehmen nur selten unattraktive Dienste und Aufgaben. Die Leasingkosten werden lediglich bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen über das Pflegebudget refinanziert. Krankenhäuser fordern über eine Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) die Arbeitnehmerüberlassung in Einrichtungen des Pflege- und Krankenhausbereiches für Arbeiten, die üblicherweise von Pflegekräften verrichtet werden, durch trägerfremde Dritte weitgehend einzuschränken und die verbleibenden Leasingkosten voll zu refinanzieren.
- Wir unterstützen die Forderung der Länder gemäß Umlaufbeschluss 93. GMK, dass alle aktuellen und zukünftigen Berufsbezeichnungen generalistischer Pflegehelfer- und Pflegefachassistenzbildungen unter § 2 Nr. 1 KHG erfasst werden, in Bundesrecht umgesetzt wird und somit eine Refinanzierung der Pflegeassistenzbildung gesichert wird.

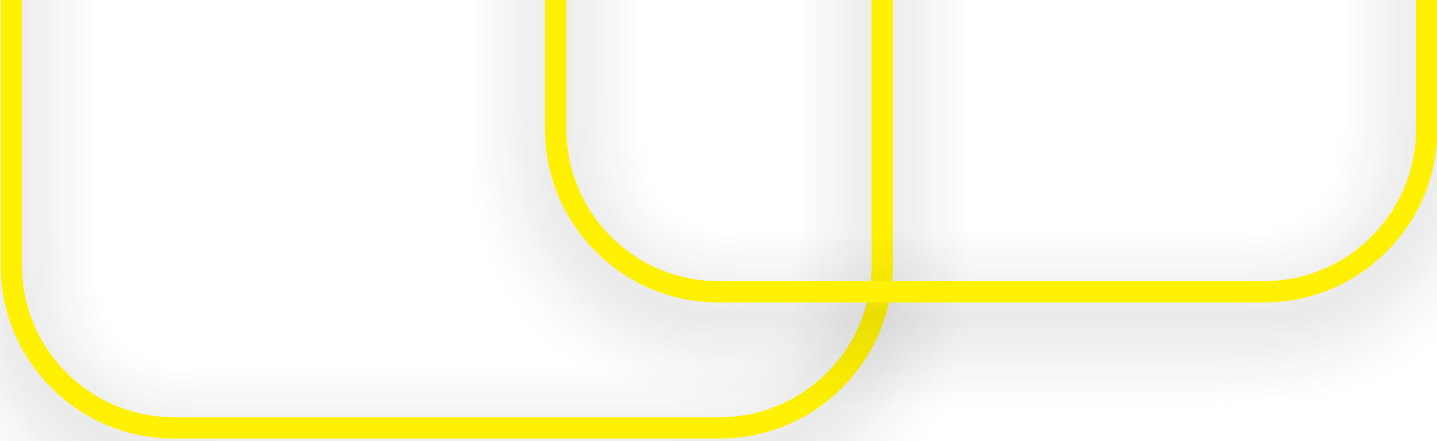
# 3. CHANCEN DER DIGITALISIERUNG NUTZEN

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eines der zentralen Zukunftsthemen für die Krankenhäuser. Neben der sicheren, intersektoralen Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen, Telemedizin, der Digitalisierung von Prozessen usw. stellen elektronische Fall- und Patientenakten Chancen für eine bessere und effizientere Versorgung der Patienten dar.

Die Digitalisierung der Gesellschaft verändert das Selbstverständnis der Patienten nachhaltig. Patienten erwarten nicht nur

eine moderne Ausstattung der Krankenhäuser, sondern auch digitale Dienstleistungen, wie Terminvereinbarungen, Kommunikation, Befunde, Arztbriefe und Informationsmaterialien sowie eine möglichst barrierefreie und für sie aufwandsarme digital unterstützte Vorsorge- und Versorgungskette. Dynamisch entwickeln sich Einsatzgebiete von E-Health, Telemedizin, Künstlicher Intelligenz, Robotik und Big Data. Digitalisierung kann auch zur Verbesserung der Personalsituation und zur Bekämpfung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen einen Beitrag leisten.

Grundvoraussetzungen für die Ausschöpfung der Potenziale der Digitalisierung sind eine nachhaltige Finanzierung der erforderlichen Kosten für die Investitionen in die digitale Infrastruktur und deren dauerhaften Betrieb (Personal, Lizenzen usw.) sowie ein geeigneter Rechtsrahmen. Vor diesem Hintergrund muss das Problem der unzureichenden Investitionsförderung durch das Land Berlin gelöst und die gesonderte Berücksichtigung der Digitalisierungskosten in der Betriebskostenfinanzierung zeitnah angegangen werden. Dies erfordert ein mehrjähri-



ges Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“. Das mit dem Krankenhauszukunftsfonds auf den Weg gebrachte Sonderprogramm für IT-Investitionen ist daher ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, aber noch nicht ausreichend. Folgekosten der Digitalisierung und Automatisierung auf Ebene des einzelnen Krankenhauses sind - aus den erwarteten positiven Gesamteffekten für die Gesundheitsversorgung - zu refinanzieren. Bis auf weiteres ist dafür ein Zuschlag von zwei Prozent je Fall für die Betriebskosten der Digitalisierung notwendig.

Krankenhäuser benötigen dringend IT-Fachkräfte, um die komplexen Digitalisierungsstrukturen weiterentwickeln und unterhalten zu können. Dafür wollen wir mit Hochschulen und weiteren Trägern Ausbildung auf die spezifischen Bedarfe stationärer Versorgung ausrichten und Ausbildungskapazitäten erweitern. Krankenhäuser stellen ihre besondere, interdisziplinäre Fachexpertise immer häufiger auch auf telemedizinischem Weg bereit. Telesprechstunde, Telekonsile oder das Telemonitoring können die ambulante und die intra- und intersektorale Versorgung nachhaltig unterstützen. Die Pandemie hat den Bedarf und den Nutzen digitaler Kommunikation, z.B. in Videosprechstunden, deutlich gemacht. Diese waren zum Teil von Krankenkassen lediglich pandemiebedingt zugelassen und müssen zukünftig dringend in die Regelversorgung eingehen. Für telemedizinische Leistungen bei ambulanten Patienten und in der vor- und nachstationären Versorgung ist eine Ermächtigung und eine Finanzierungsregelung für Krankenhäuser zügig zu schaffen, um dieses wertvolle Instrument für die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu erhalten.

Eine einheitliche, flächendeckende Telematik-Infrastruktur (TI) ist die Grundlage für den Austausch und die Kommunikation im Gesundheitswesen und wird von den Krankenhäusern begrüßt. Der IT-Sicherheit wurde von Beginn an einen hohen Stellenwert beigemessen. Eine Digitalisierung, die sektorenübergreifende Versorgungsprozesse unterstützen soll, benötigt auch eine sektorenübergreifende Standardisierung und Interoperabilität der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) einschließlich deren Offenheit für innovative, patientenorientierte Zusatzservices.

Bestehende Regulierungen, die sektorspezifische Standards bloß verfestigen, sind durch für alle Akteure sinnvolle Festlegungen zu ersetzen. In diesem Sinne ist zu sichern, dass an Entscheidungen, die auch Einfluss auf die ambulanten Prozesse im Krankenhaus haben, die Krankenhäuser zwingend beteiligt werden. Neben dem Heilberufsausweis (HBA) ist eine Institutionskarte im SGB V einzuführen, die das institutionelle Handeln der Krankenhäuser ohne einen Rückverweis auf einen HBA legitimiert.

Um die digitalen Anwendungen sinnvoll nutzen können, sind die Krankenhäuser zwingend an das Breitbandnetz in der Stadt anzuschließen. Es ist eine Zukunftsaufgabe der Stadt, den Infrastrukturausbau (Breitband/Glasfaser/5G-Standard) weiter voranzutreiben.

# 4. NOTFALLVERSORGUNG BEDARFSGERECHT ORGANISIEREN UND FINANZIEREN

Die Rettungsstellen in den Berliner Krankenhäusern versorgen jährlich rund 1,2 Mio. Patienten, davon rund 850.000 ambulant. Insbesondere während der sprechstundenfreien Zeiten und an Feiertagen stellen die Berliner Kliniken die ambulante Notfallversorgung der Berliner Bevölkerung sicher. Die Rettungsstellen sind hoch ausgelastet und sowohl in ihren Strukturen als auch dem Betrieb unterfinanziert.

Angesichts der Überlastung der Notfalleinrichtungen durch rein ambulante Notfälle und einer nicht annähernd adäquaten Finanzierung begrüßen die Krankenhäuser eine Reform der Notfallversorgung, die die Bedeutung der Krankenhäuser und eine koordinierte Versorgungsplanung konstruktiv und gemeinsam mit den Beteiligten durch die Länder angemessen würdigt. Dies umfasst sowohl die stationäre als auch die ambulante Notfallversorgung, die in der Notaufnahme der Krankenhäuser eine organisatorische und medizinische Einheit bilden.

Integrierte Notfallzentren (INZ) sind entsprechend der bewährten Praxis in die Organisationsstruktur der Notfallkrankenhäuser mit ihren medizin-technischen und personellen Kompetenzen zu integrieren. Viel stärker als bisher hat dies unter Mitwirkung von niedergelassenen Ärzten zu erfolgen, um die Arbeit auf vielen Schultern zu verteilen. Dies kann z.B. durch Vertragspartnerschaften gelingen. INZ sollten durch das Krankenhaus ohne zwingende räumliche und wirtschaftliche Abgrenzung betrieben werden. Ihre Finanzierung muss von den Krankenkassen durch eine eigenständige Vergütung sichergestellt werden. Die Vorhaltekosten für die stationäre Notfallversorgung sind durch angemessenere Notfallzuschläge für die jeweiligen Notfallstufen zu finanzieren.

Durch ein entsprechendes Angebot seitens der Vertragsärzte ist dafür Sorge zu tragen, dass Patienten bei Bagatellerkrankungen erst gar nicht in den Notaufnahmen Hilfe suchen. Erste Schritte zu einer Unterstützung der Berliner Krankenhäuser wurden mit der Einrichtung von Notfallpraxen eingeleitet. Diese Zusammenarbeit sollte unter koordinierender Mitwirkung und Steuerung durch das Land Berlin fortgesetzt und ausgebaut werden. Die Ersteinschätzung erfolgt in den Krankenhäusern aufgrund der Festlegung des G-BA anhand eigener strukturierter und validierter Ersteinschätzungssysteme, insbesondere dem Manchester-Triage-System. Hierfür bedarf es keiner fachlich-inhaltlichen Vorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Es kann nicht Aufgabe der Krankenhäuser sein, Patienten algorithmusgesteuert abzuweisen. Eine solche Regelung würde die bewährten Notfallversorgungsstrukturen und die Notwendigkeit der Versorgung auch ambulanter Fälle in den Rettungsstellen, auch aufgrund der fehlenden Angebote im niedergelassenen Bereich, in Berlin gefährden.





# 5. KRANKENHAUSLEISTUNGEN SACHGERECHT VERGÜTEN

Die zunehmende Komplexität des Finanzierungssystems – bedingt auch durch eine Vielzahl von Reformen und normativen Eingriffen, zuletzt durch Ausgliederung des Pflegebudgets – trägt immer mehr dazu bei, dass das System schwieriger handzuhaben ist und intransparenter wird. Dies ist nicht zwingend in dem DRG-System begründet, sondern vielmehr in dessen Rahmenbedingungen. Es besteht ein enormer Kontroll- und Bürokratieaufwand sowie ein hohes Misstrauen verbunden mit einem komplexen Abrechnungs- und Budgetsystem.

Über die fallpauschalierten Erlöse kann z.B. eine Refinanzierung der Vorhaltekosten – insbesondere der Personalkosten – eines Krankenhauses nur sichergestellt werden, wenn ausreichend Patienten behandelt werden, da die Gesamtvergütung des Krankenhauses direkt von der Fallzahl und der Fallschwere abhängig ist. Das fallbezogene Entgeltsystem führt bei konstanten oder rückläufigen Leistungen dazu, dass die Fixkosten nicht mehr erwirtschaftet werden. Wir erwarten von der Landespolitik, dass sie sich auf der Bundesebene nachhaltig für die auskömmliche Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser einsetzt. Die Anstrengungen müssen mit Blick auf die Inflation bei Sachkosten sowie auf die Energiepreisexplosion massiert werden. Insbesondere folgende Probleme sind zu lösen:

- Die Refinanzierung der Tarifentwicklung wird

durch eine Anbindung an die Grundlohnrate (Landesbasisfallwert) begrenzt. Es bedarf einer vollständigen Vergütung von (linearen und strukturellen) Tarif- bzw. AVR-Lohnsteigerungen auch zur zukünftigen Fachkräftesicherung.

- Ein zukunftsfähiges Vergütungssystem muss die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten stärker als bisher berücksichtigen. Dies umfasst auch die stationäre und ambulante Notfallversorgung, die in der Notaufnahme der Krankenhäuser eine organisatorische und medizinische Einheit bilden.
- Die Problematik der systematischen Unterfinanzierung ist zu einem guten Teil auf die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder zurückzuführen. Wichtige Voraussetzung für das Funktionieren eines Betriebskostenfinanzierungssystem ist eine abgesicherte Investitionsfinanzierung.
- Die diagnose- und prozedurenorientierte Verwendung der DRGs als Abrechnungssystem führt zu einem sehr hohen Kontroll- und damit Bürokratieaufwand in den Krankenhäusern (insbesondere MDK-Prüfungen). Gleichzeitig nehmen die GBA-Vorgaben und QS-Instrumente zu und führen zu immer aufwendiger zu steuernden Prozessen. Die sinnvolle praktische Umsetzbarkeit der Regelungen ist nicht mehr gegeben. Budgetverhandlungen als auch die Abrechnung sind mittlerweile zu komplex und nehmen mehr Ressourcen in Anspruch als bei einer sinnvollen Ausgestaltung der Regelungen auch unter Berücksichtigung der Interessen der Versicherungsgemeinschaft und der Leistungserbringer gleichermaßen notwendig ist.
- Die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme hat sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung zu umfassen. Bei der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen haben die krankenhausspezifischen Kostenstrukturen so weit Berücksichtigung zu finden, dass Anreize zur ambulanten Leistungserbringung vorhanden sind und Flexibilität für die Steuerung der Patientinnen und Patienten in einer für die Anpassung notwendigen Übergangszeit ohne wirtschaftliche Risiken besteht.
- Krankenhäuser sind auch für stationäre pflegerische (Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege) sowie digitale Leistungen (z.B. Videosprechstunden) zu öffnen, die sachgerecht finanziert werden.

Im Hinblick auf eine längerfristige Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung kann die „PPR 2.0“ für die Ermittlung der erforderlichen personellen Besetzung in der Pflege einen wichtigen Beitrag leisten. Die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vorgesehene Beteiligung des Bundesministeriums für Finanzen hingegen lässt Bedarfsbemessung nach Kassenlage befürchten und ist abzulehnen.

# 6. KLINIKOFFENSIVE BERLIN: MEHR INVESTITIONEN FÜR MO- DERNE UND ZUKUNFTSGE- RECHTE STRUKTUREN

Die Krankenhäuser haben im dualen Finanzierungssystem nach dem Krankenhaus-finanzierungsgesetz (KHG) einen Rechtsanspruch auf eine Investitionsförderung durch das Land, die ihre wirtschaftliche Sicherung gewährleistet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellt und zur Beibehaltung und Steigerung der Effizienz und Qualität beiträgt. Die Berliner Krankenhausgesellschaft hatte unter Heranziehung verschiedener Berechnungsmodelle und anhand einer empirischen Erhebung ein bedarfsnotwendiges Investitionsvolumen mit einem Gesamtumfang von 3,5 Milliarden Euro für die Jahre 2020 bis 2030 nachgewiesen. Bei Berücksichtigung der gestiegenen Baukosten seit der Erhebung sind nun jährlich mindestens 488 Millionen Euro für die Realisierung der förderfähigen Projekte erforderlich. Mit der „Klinikoffensive Berlin“ wurden den Berliner Krankenhäusern im Jahr 2022 262 Millionen Euro und im Jahr 2023 303 Millionen Euro (inklusive Darlehensprogramm) zur Verfügung gestellt. Trotz der erheblichen Verbesserungen bei der Investitionsfinanzierung blieben die verfügbaren Mittel damit noch deutlich hinter den erforderlichen 488 Mio. € Jahresförderung zurück.

Die Investitionsbedarfe und Herausforderungen im Krankenhaussektor sind enorm. In den folgenden Jahren sind die Herausforderungen einer wachsenden Stadt, der alternden Bevölkerung, des digitalen Wandels und der Absicherung des Fachkräftebedarfs für eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu bewältigen. Während der Phase des dafür notwendigen Wandels sind gleichzeitig die klaffende Investitionslücke vergangener Jahre abzubauen und damit eine Versorgungskapazität zu sichern, die dem sich wandelnden Bedarf entspricht.

Bisher haben die Krankenhausträger die unzureichende Investitionsfinanzierung des Landes teilweise durch eigene Anstrengungen aufgefangen, insgesamt ist die Investitionslücke jedoch überdeutlich. Infolge der Ausgliederung der Pflege und der Anbindung der Betriebskostenfinanzierung an die Grundlohnräte werden eigenfinanzierte Investitionen zukünftig kaum noch möglich sein. Ohne adäquate, gesetzeskonforme Investitionsfinanzierung werden der enorme Investitionsstau weiter anwachsen und der Betrieb der Krankenhäuser bei gleichzeitig steigenden strukturellen Anforderungen nicht mehr zu gewährleisten sein. Die mangelhafte Investitionsförderung ist schon jetzt eine der Hauptursachen für die angespannte wirtschaftliche Lage und den ökonomischen Druck, den auch die Mitarbeitenden spüren.

Die Bedeutung einer gut investierten Klinikinfrastruktur für die Stadt ist gerade während der Coronavirus-Pandemie deutlich geworden. Die gemeinsame Ar-

beit aller Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten sind der zentrale Strategiebaustein für die gesundheitliche Versorgung und Überwindung schwerer Krisen. Sie haben einen Anspruch auf eine gute investive Ausstattung und könnten es nicht nachvollziehen, wenn dem im Anschluss an die Krisenerfahrung nicht unmittelbar Rechnung getragen wird.

Investitionen führen auch zu einer nachhaltigen Steigerung von Wachstum und Sicherung von Arbeitsplätzen, z.B. auch in der in Berlin traditionell starken Medizintechnikbranche und in dem innovativen Umfeld als „Startup-Hotspot“.

Der Krankenhausbereich ist ein hoher Multiplikator, da durch die spezifische Ausrichtung der Investitionen insbesondere die heimische Wirtschaft gestärkt wird. Es werden damit wichtige Impulse für die wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Entwicklung der Region gesetzt.

Die Krankenhäuser unterstützen die bestehende duale Krankenhausfinanzierung. Es bedarf einer Fortsetzung der Investitionsoffensive durch das Land Berlin.

# 7. QUALITÄT UND PATIENTEN- SICHERHEIT STÄRKEN

Die Krankenhäuser im Land Berlin stellen im Rahmen der vielfältigen gesetzlichen und freiwilligen Qualitätssicherungsverfahren und Projekte eine nachweislich, auch im Vergleich zu anderen Bundesländern, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten sicher. Dieses Niveau gilt es zu sichern und die Versorgung weiterzuentwickeln. Die umfassende Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser sorgt dafür, dass die Qualität der Krankenhausversorgung in einem Ausmaß transparent ist, wie es in keinen anderen Bereich des deutschen Gesundheitswesens der Fall ist. Unter anderem die vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) jährlich veröffentlichten Qualitätsergebnisse belegen dies.

Insbesondere durch die von den Krankenhäusern schon in der Vergangenheit aktiv mitentwickelten und unterstützten Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung nimmt das Land Berlin inzwischen eine Vorreiterrolle ein. Unter Berücksichtigung des in Berlin ohne-

hin schon hohen Qualitätsniveaus und zur Vermeidung einer Abkopplung von den Entwicklungen anderer Länder sind bei einer Weiterentwicklung landesspezifischer Qualitätsvorgaben ihre Realisierbarkeit und Refinanzierbarkeit zwingend zu berücksichtigen. Qualitätsvorgaben müssen erforderlich, geeignet und verhältnismäßig sein. Qualitative Vorgaben haben den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin zu genügen. Folgenabschätzungen mit Abwägung bürokratischer Lasten gegen möglichen Nutzen sind angesichts bereits bestehender Regelungen und Anforderungen zwingend erforderlich.

Die BKG begrüßt im Hinblick auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI) des G-BA ausdrücklich, dass mit der Änderung des Landeskrankenhausgesetzes nun sichergestellt wird, dass Qualitätsvorgaben des G-BA erst nach Prüfung ihrer Zweckmäßigkeit für die Versorgungsregion Gegenstand der Krankenhausplanung werden.

Patientensicherheit als Kernelement der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements hat für die Krankenhäuser hohe Priorität. Entscheidend für eine erfolgreiche Qualitätssicherung und -verbesserung ist die intrinsische Motivation der Krankenhäuser. Qualitätssicherung muss auch weiterhin als Qualitätsverbesserungssystem verstanden werden. Der zunehmende Fokus des Bundesgesetzgebers und des G-BA auf Sanktionierung widerspricht diesem Sinn und Zweck der Qualitätssicherung. Qualitätskontrollen sind von Abrechnungsprüfungen strikt zu trennen und einer neutralen und unabhängigen Institution zu übertragen. Ein Leistungsverbot bleibt die Ultima Ratio. Entsprechend sind zukünftige Mindestmengenfestlegungen sach-

gerecht auszugestalten und nicht zur Strukturbereinigung zu missbrauchen.

Mit Sorge werden die Entwicklungen zur Festlegung von Struktur- und Prozessvorgaben, insbesondere durch die Bundesebene und den G-BA sowie die ausufernde Überbürokratisierung mit zahlreichen Dokumentationspflichten betrachtet. Bei der Festlegung von Personalanforderungen als Instrument der Qualitätssicherung ist die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes zu gewährleisten. Solche Festlegungen sind mindestens übergangsweise mit den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes abzugleichen und anzupassen. Ihre Refinanzierung ist sicherzustellen. Die Krankenhäuser erwarten hier, dass das Land Berlin im Rahmen seiner Möglichkeiten für die Berücksichtigung der genannten Kriterien bei der Festlegung von Qualitätsvorgaben Sorge trägt. Die Berliner Krankenhäuser fordern maximale regulatorische Begrenzung der Zeitarbeit in der Pflege, denn Zeitarbeit gefährdet Pflegequalität, Versorgungssicherheit und Patientensicherheit. Die Initiativen hierzu sind verstärkt weiterzuverfolgen.

# 8. BÜROKRATIEABBAU EINLEITEN – MEHR ZEIT FÜR ZUWENDUNG

Die Krankenhäuser sind mit einer zunehmenden Flut von Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen konfrontiert. Die Bürokratiebelastung der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat ein Ausmaß erreicht, das kaum noch zu bewältigen ist. Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen sind hierbei völlig aus dem Blick geraten und binden immense Ressourcen. Durch eine konsequente Entbürokratisierung kann das Krankenhauspersonal sinnvoll entlastet und mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten geschaffen werden. Bürokratieabbau führt auch zu attraktiveren Arbeitsbedingungen und bietet einen Beitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels.

Die Krankenhäuser haben in der Pandemie gezeigt, dass sie mit den bürokratischen Entlastungen verantwortungsvoll umgehen. Dies zeigt, dass ein Großteil dieser Verpflichtungen auch dauerhaft verzichtbar ist, ohne dass damit die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt wird. Dieser Weg sollte konsequent fortgesetzt werden. Es sollte auf nicht zwingend notwendige Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen verzichtet werden, um nicht Personal zu binden, das für die Versorgung vorgesehen ist und benötigt wird.

Dies betrifft u.a.

- die Komplexität und Darlegungspflichten in den Budgetverhandlungen
- der ausufernden Nachweispflichten gemäß der PPP-Richtlinie
- Vorgaben aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

- die Strukturprüfungen nach § 275d SGB V
- die hohe MDK-Prüfquote
- die Pflegepersonaluntergrenzen

In einen Expertenbeirat zum Abbau von Bürokratie sollte es die Zielvorgabe sein, die Dokumentationslast um mindestens 50 Prozent zu reduzieren und die quartalsbezogene Prüfquote deutlich zu begrenzen. Mit einer radikalen Vereinfachung der Vergütungsbestimmungen könnte wieder deutlich mehr Arbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften für den Patienten zur Verfügung stehen. Die Strafzahlungen sind ersatzlos zu streichen. Künftige Gesetze, Verordnungen, GBA-Vorgaben etc. sind konsequent auch hinsichtlich des Bürokratieaufwandes zu prüfen und Folgen, z.B. für die Finanzierung zusätzlichen Personalaufwandes, mitzuberücksichtigen.



# 9. FÜR KRISEN VORSORGEN

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Krankenhäuser in der Lage sind, in Krisensituationen auch kurzfristig Behandlungskapazitäten und Kompetenzen bereitzustellen. Allerdings hat sich an vielen Stellen auch gezeigt, dass eine bessere Vorsorge sinnvoll gewesen wäre. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird daher zu prüfen sein, wie und inwieweit zukünftig eine Vorhaltung von „Reservekapazitäten“ in den Krankenhäusern zur Verkürzung der Reaktionszeiten erforderlich ist und organisiert sowie finanziert wird.

Teile eines umfassenden Vorsorgekonzeptes können dabei beispielhaft sein: Die Aufstellung erregenerunabhängiger Pandemiepläne der Länder unter Beteiligung der Krankenhäuser, Schaffung ausreichender Kapazitäten zur Produktion von Arzneimitteln, Impfstoffen und Schutzausrüstungen, Ausbau und Förderung ausreichender Laborkapazitäten und Vorhaltung von Landesreserven für Schutzausrüstung. Für diese und ggf. weitere Maßnahmen, wie z.B. eine Verpflichtung der einzelnen Krankenhäuser zur Erhöhung von Lagerreichweiten für bestimmte Produkte, sind auch die finanziellen Folgen vorab zu betrachten und die Refinanzierung gesetzlich zu regeln. Auch für weitere Krisenszenarien, etwa einem flächendeckenden Blackout, muss der Senat belastbare Strategien entwickeln und notwendige technische und organisatorische Maßnahmen zur Sicherung der Krankenhausversorgung ergreifen.

# 10. RAHMENBEDINGUNGEN FÜR UMWELTSCHUTZ UND NACHHALTIGKEIT SETZEN

Zwischen den Politikfeldern Ressourcenschonung und Gesundheit gibt es viele Synergien, die sich zur Steigerung der Ressourceneffizienz nutzen lassen, aber auch konkurrierende Ziele. Sowohl für die Konfliktauflösung als auch die Förderung der Synergien ist eine aktive Rolle der Politik bei der sinnvollen und widerspruchsfreien Ausgestaltung der Handlungsrahmen in den einzelnen Themenfeldern der Nachhaltigkeit und des Umweltschutzes erforderlich.

Die Erhaltung und der Schutz der Umwelt haben im Bereich des Gesundheitswesens schon heute einen besonderen Stellenwert, denn Umweltschutz ist Teil der Gesundheitsvorsorge. Der Klimawandel als globale Herausforderung verlangt klimaschonende und nachhaltige Maßnahmen in allen Bereichen.

Deshalb engagieren sich in Berlin immer mehr Krankenhäuser in diesen Themen und benennen z.B. Umweltbeauftragte, Abfallmanager oder andere Personen, um Nachhaltigkeitsaspekte noch mehr zum Bestandteil des täglichen Handelns im Rahmen der bereits bestehenden Vorgaben zu machen.

Berliner Krankenhäuser richten ihre Prozesse zunehmend unter ökologischen Gesichtspunkten aus und haben in neue Anlagentechniken investiert. Hierzu zählen u.a. Blockheizkraftwerke, Kraft-Wärme-Kopplung, neue Pumpen für Warmwasser, Kältetechnik, neue Lüftungsanlagen, Photovoltaik auf dem Dach oder neue, intelligent zu steuernden Leitsystemen für Heizungs-, Klima- und Lüftungsanlagen.

Die bestehenden Förderprogramme für Bau und Sanierung – insbesondere der Kreditanstalt für Wiederaufbau KfW, aber auch Länderprogramme – können Anreize setzen, Nachhaltigkeitsstandards stärker zu implementieren. Es sollte geprüft werden, ob die bestehenden Programme für alle Träger aus dem Gesundheitssystem geeignete Bedingungen bieten und Ressourceneffizienz als Förderkriterium hinreichend berücksichtigen. Das Land Berlin sollte mit zusätzlichen pauschalen Fördermitteln (z.B. § 12 LKG) Anreize für energie- und ressourceneffizientes Bauen und Wirtschaften setzen.

Das vom Abgeordnetenhaus Berlin zuletzt aufgelegte Landesprogramm „Green Hospital“, mit welchem Krankenhäuser unterstützt und gewürdigt werden, die nachhaltig, ökologisch und sozial handeln, muss verstetigt und ausgebaut werden.

# 11. PFLEGE-EINRICHTUNGEN BEI IHREN ZUKÜNFTIGEN HERAUSFORDERUNGEN UNTERSTÜTZEN

Um die stationären Pflegeeinrichtungen im Land Berlin bei den großen Herausforderungen u.a. der demographischen Entwicklung zu unterstützen, müssen folgende gesamtgesellschaftlichen Aufgaben angegangen werden:

- Eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte pflegerische Versorgung sowie eine krisenfeste Finanzierung müssen sichergestellt sein. Die Sach- und Personalkosten und die Investitionskosten in allen Versorgungsstrukturen, insbesondere in der stationären Langzeitpflege, müssen auskömmlich finanziert werden. Dabei ist ein angemessenes Unternehmerrisiko und die Refinanzierung von Leasingkosten in der Vergütung zu berücksichtigen.
- Mit der Einführung der neuen Pflegefachassistentenausbildung in Berlin ist bei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auf eine gesicherte Finanzierung und gleichmäßige Verteilung der Kosten sowie Belastungen zu achten. Dies bezieht sich sowohl auf die Ausbildungsvergütung, die Kosten der Praxisanleitung als auch auf die Mehrkosten der Ausbildung.

Die Einrichtungen sind bei der Gewinnung von Fachkräften mit zielführenden Maßnahmen zu unterstützen.

Die digitale Infrastruktur sollte flächendeckend ausgebreitet und den stationären Einrichtungen die Möglichkeit gegeben werden, Digitalisierung in diversen Arbeitsbereichen umzusetzen. Die Anschaffung von entsprechender digitaler und technischer Ausrüstung in Pflegeeinrichtungen muss gefördert werden und sollte

nicht an strenge Nachweispflichten und Bedingungen gebunden sein. Den stationären Einrichtungen müssen die Umrüstkosten auf einen klimaneutralen Standard bis 2030 sowie die Kosten für Hitzeprävention in der Pflege refinanziert werden.

Für die Erfüllung der Personalvorgaben gemäß § 113c SGB XI sind auf Landesebene angemessene Übergangszeiträume zu vereinbaren.

- Um für zukünftige Krisen noch besser vorbereitet zu sein, sollten Lehren aus den bisherigen Krisen gezogen und entsprechende Vorkehrungen getroffen werden. Es wird dabei auch zu prüfen sein, wie und inwieweit zukünftig eine Vorhaltung von „Reservekapazitäten“ in den Pflegeeinrichtungen zur Verkürzung der Reaktionszeiten erforderlich ist und organisiert wird. Auch für weitere Krisenszenarien, etwa einen flächendeckenden Blackout, muss der Senat belastbare Strategien entwickeln und notwendige technische und organisatorische Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen ergreifen.



# Berliner Krankenhausgesellschaft

## Herausgeber

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Hallerstraße 6  
10587 Berlin

Telefon +49 (0)30 330996 - 0  
mail@bkgev.de

Download der Broschüre:  
[www.bkgev.de](http://www.bkgev.de)

Veröffentlichung: November 2022