

Mehr Zukunft, Verlässlichkeit und Patientenorientierung in der Krankenhauspolitik

Autorinnenpapier der AG Gesundheit und Pflege, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (Maria Klein-Schmeink, Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Bettina Hoffmann)

Gute Gesundheitspolitik wahrt die Würde und Selbstbestimmung der Patient*innen und der Pflegebedürftigen und versucht gleichzeitig, Krankheiten und Gesundheitsrisiken vorzubeugen. Menschen, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind, können in Deutschland auf ein gutes Versorgungssystem zurückgreifen. Das zeigen auch die jüngsten Erfahrungen mit der Corona-Pandemie, deren bisherigen Verlauf Deutschland bislang verhältnismäßig gut überstanden hat. Die Krankenhäuser haben dazu neben dem ambulanten Bereich einen wichtigen Beitrag geleistet. Gleichzeitig hat die Krise auf ohnehin bestehende Defizite in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und der Krankenhausversorgung im Speziellen hingewiesen.

So sind wir weiterhin weit entfernt von einer allorts guten ambulanten und stationären Versorgung. Das führt unter anderem dazu, dass es in einigen Regionen echte Versorgungslücken in bestimmten Disziplinen gibt, in anderen eine Über- und Fehlversorgung mit einer nicht bedarfsgerechten Anzahl und Verteilung von Krankenhausstandorten und -betten sowie im internationalen Vergleich sehr vielen medizinisch nicht notwendigen stationären Behandlungsfällen. Zudem erweisen sich Übergänge vom Krankenhaus zu nachgelagerten Versorgungsangeboten, insbesondere auch der Rehabilitation, immer wieder als problematisch.

Gleichzeitig kommt der Staat seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge im Krankenhausbereich nur bedingt nach. Dies betrifft die seit Jahren mangelhafte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die defizitäre staatliche Krankenhausplanung sowie ein reformbedürftiges und zu finanziellen Fehlanreizen führendes Vergütungssystem. Dies erhöht den Druck auf das Personal und fördert medizinisch unnötige Behandlungen. All dies geht zulasten der Patient*innen. Dabei gehören genau sie in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems.

Patientenorientierung, Qualität und Verlässlichkeit

Eine Reform der stationären Versorgung ist überfällig. Maßgeblich sind für uns die Interessen der Patient*innen sowie die Qualität ihrer Versorgung. Denn für Patient*innen kann ein Aufenthalt im Krankenhaus ein besonderer Einschnitt in ihrem Leben sein. Dass sich die Abläufe und die Behandlung an ihren Bedürfnissen ausrichten, muss daher ein wesentliches Merkmal für eine gute Qualität der Versorgung werden. Das betrifft neben den medizinischen vor allem auch die pflegerischen Maßnahmen.

Doch Qualität entsteht nicht von alleine. Sie muss gezielt gefördert werden: durch klare Vorgaben beispielsweise zur bedarfsgerechten Personalausstattung, durch Anreize etwa in der Vergütung sowie durch mehr Qualitätstransparenz. Darüber hinaus ist eine stärkere Spezialisierung und Bündelung der Krankenhausversorgung nötig. Nicht jedes Krankenhaus kann und muss alle Leistungen anbieten. Es gefährdet die Patient*innen nachweislich, wenn sie beispielsweise bei einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt in einem Krankenhaus behandelt werden, dem hierzu die nötige Expertise und Erfahrung fehlt und das nicht die nötige diagnostische und therapeutische Ausstattung hat. Die Zusammenlegung von Standorten und die Stärkung der Zentrenversorgung sind überall dort notwendig, wo dies die Versorgungsqualität erhöht und die bedarfsgerechte Versorgung nicht etwa gefährdet.

Für viele Menschen gerade in ländlichen oder sozial benachteiligten Regionen hat der verlässliche Zugang zur Gesundheitsversorgung und zur Pflege hohe Priorität. Aber viel zu oft passiert es, dass nicht mehr benötigte Krankenhausstandorte einfach aufgegeben werden und anschließend nur noch der kalte Wind durch die verlassenen Gebäude pfeift. Die Menschen fühlen sich abgehängt. Das muss sich ändern. Wir wollen, dass hier moderne Gesundheits- und

Pflegezentren entstehen. Hier sollen wichtige Angebote der gesundheitlichen Versorgung, der Reha und der Pflege, der Telemedizin sowie bei Hilfs- und Arzneimitteln unter einem Dach ihren Platz finden. Hier sollen unterschiedliche Gesundheitsberufe Hand in Hand zusammenarbeiten. Die Menschen müssen hier spüren, dass der Umbau kein Abbau ist, sondern sie auch künftig gut und sicher versorgt werden.

Wichtiges Ziel der Politik ist es, Krankenhäuser und die dort erbrachten Leistungen in ein verlässliches und (über-)regional abgestimmtes Versorgungsgeschehen einzubetten. Viele Krankenhäuser in ländlichen Räumen haben nur dann eine Zukunft, wenn sie Bestandteil einer sektorenübergreifenden und stärker regional verankerten Versorgung werden und sie eng zusammenarbeiten sowohl mit ambulanten Einrichtungen, als auch mit Krankenhäusern anderer Versorgungsstufen sowie mit der Reha und der Pflege.

Wir wollen, dass in Krankenhäusern nicht nur Spitzenmedizin für die Patient*innen angeboten wird, sondern Krankenhäuser auch beim Klimaschutz einen wichtigen Beitrag zum Erhalt unserer Lebensgrundlagen leisten. Deshalb muss dies in der Krankenhauspolitik stärker berücksichtigt werden.

Lehren aus der Pandemie

Die Corona-Pandemie zeigt, dass die Stärkung der Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens künftig einen größeren Stellenwert erhalten muss. Die Skalierbarkeit von Kapazitäten muss stärker als bisher berücksichtigt werden. Das heißt nicht, regelhaft ein Überangebot an Kapazitäten bereitzustellen. Vielmehr muss schnell und flexibel auf sich verändernde Anforderungen mit entsprechend ausgestatteten und fachlich hochwertigen Angeboten reagiert werden können. Dazu sind in der Regel größere, spezialisierte Standorte deutlich besser in der Lage.

Entscheidend für eine gute stationäre Versorgung in Krisen wie der Corona-Pandemie sind eine gut abgestimmte, gestufte regionale Versorgung, eine gute Strukturqualität sowie spezielle Kenntnisse zum Beispiel in Infektiologie oder bei der Behandlung und Pflege beatmungspflichtiger Patient*innen. Diese Kompetenzen und technischen Kapazitäten sind vor allem bei Universitätskliniken, Maximalversorgern und Schwerpunktkrankenhäusern vorhanden. Auch die Bündelung von Personal ist entscheidend. Schon heute fehlt es an den entscheidenden Stellen an Intensivpfleger*innen, da diese auf eine große Zahl von Kliniken aufgeteilt sind - das gilt auch für die Corona-Krise. Die Corona-Krise verdeutlicht daher die Notwendigkeit einer stärkeren Bündelung von Kapazitäten und Kompetenzen.

Daneben muss auch die Resilienz der Bevölkerung gegenüber Pandemieereignissen gestärkt werden. Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung, bessere Prävention und eine Versorgung, die die ökonomischen Egoismen der jeweiligen Sektoren überwindet und Qualität und Patientenorientierung in den Mittelpunkt stellt, gehören ganz oben auf die Agenda. Gemäß des „Health in all policies“-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation müssen Gesundheitsaspekte in allen Politikbereichen berücksichtigt werden. Eine ressortübergreifende Strategie für Gesundheitsförderung ist überfällig.

Krankenhausplanung an Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten

Für die stationäre Versorgung der Zukunft sind wir nicht mehr auf alle Krankenhausstandorte aber umso mehr auf alle Beschäftigten und deren Expertise angewiesen. Es ist notwendig, den Versorgungsbedarf fortlaufend zu analysieren, neue ambulante und sektorübergreifende Strukturen zu entwickeln, das Angebot regional aufeinander abzustimmen und Doppelstrukturen, insbesondere in den urbanen Zentren zu vermeiden. Denn diese Überkapazitäten verknappen sowohl personell, medizinisch-technisch als auch finanziell beschränkte Ressourcen, ohne dabei zu mehr Qualität zu führen. Häufig genug schadet Überversorgung den Patient*innen.

Stärker als bisher muss bei der Versorgungsplanung zwischen verschiedenen Versorgungsstufen sowie zwischen unvorhersehbaren und planbaren Krankenhausleistungen unterschieden werden. Leistungen der Grundversorgung müssen jederzeit für alle gut erreichbar sein: Die nicht planbare, medizinisch dringend angezeigte Krankenhausbehandlung von Patient*innen zum Beispiel im Bereich der Notfallmedizin oder der Geburtshilfe muss flächendeckend gesichert sein. Für bestimmte fachärztliche Angebote bzw. Schwerpunktleistungen der stationären Maximalversorgung wie zum Beispiel Universitätskliniken soll hingegen großräumiger geplant werden. Zudem sollen Kriterien der Raumordnung wie etwa Erreichbarkeiten sowie vorhandene Einrichtungen, zum Beispiel in der Rehabilitation, und Schnittstellen zur Pflege einbezogen werden. Insbesondere für hochspezialisierte Leistungen, etwa zur Behandlung von und Forschung zu seltenen Erkrankungen, sind überregional und grenzübergreifend abgestimmte Planungen geboten.

Nötig ist überdies bei der Planung die Überwindung der Sektorentrennung. Hierzu sollen die Länder mehr Kompetenzen als bisher erhalten und auf Landesebene in den so genannten §90a SGB V-Gremien die sektorenübergreifende Versorgungsplanung von Leistungsbereichen anders als heute verbindlich umgesetzt werden. Denn die bestehende Krankenhausplanung erfolgt bisher weitgehend ohne Bezug zu den Angeboten im ambulanten Bereich. Es fehlt eine vorausschauende Planung der Versorgungsstrukturen, in der Qualität und Patientenbedürfnisse berücksichtigt werden. Sie begünstigt dadurch eine stellenweise erhebliche Überversorgung vor allem in urbanen Ballungsgebieten und bestimmten Fachgebieten sowie eine teilweise Unterversorgung in dünn besiedelten Regionen und bestimmten Disziplinen wie etwa der Pädiatrie. Trotz vielfacher Hinweise der Sachverständigen im Gesundheitswesen fehlen immer noch die gesetzlichen Grundlagen für eine sektorenübergreifende Planung.

Eine Planung auf der Grundlage von Betten verhindert bereits im Ansatz eine Einbeziehung ambulanter Kapazitäten. Daher muss sich die Planung künftig auf Leistungsbereiche statt auf Betten und Fachabteilungen beziehen. Das bewirkt mehr Transparenz über die vorhandenen Angebote, ermöglicht damit eine differenziertere Planung und berücksichtigt ambulante Potentiale.

Damit die Menschen überall in Deutschland verlässlich, bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig versorgt werden, schlagen wir vor, auf Bundesebene künftig gemeinsame Grundsätze für die Versorgungs- und Krankenhausplanung zu definieren. Dazu soll der Bund durch eine Grundgesetzänderung die entsprechenden zusätzlichen Kompetenzen erhalten. Zu diesen Grundsätzen gehören insbesondere die Differenzierung nach Versorgungsstufen, Qualitätsanforderungen und Versorgungsanalysen sowie der Bezug auf Leistungsbereiche statt wie bisher auf Betten. Auf Basis dieser Grundsätze soll in den Ländern und Regionen die Versorgung geplant werden. Hierzu sind regelmäßige gründliche Analysen des für die Zukunft prognostizierten Versorgungsbedarfes der Bevölkerung in der Region notwendig. Für diese Analysen könnten den „§90a-Gremien“ auf Landesebene Institute zur Seite gestellt werden, die auf Grundlage von aktuellen Daten fortlaufend wissenschaftsbasierte Planungsempfehlungen für die Versorgungsplanung erarbeiten. Das schafft mehr Gestaltungsmöglichkeiten in den Ländern bzw. vor Ort und ermöglicht eine sektorenübergreifende Planung in den §90a-Gremien.

Investitionsfinanzierung auf stabile Basis stellen

Die Investitionsmittel der Länder, die für Krankenhäuser bereitgestellt werden, sind seit Jahren nicht bedarfsgerecht. Seit 1991 ist die Investitionsfinanzierung der Länder um etwa 50 Prozent gesunken. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zufolge beläuft sich der Investitionsstau in den vergangenen zehn Jahren ohne Uniklinika auf etwa 30 Mrd. Euro. Wir brauchen dringend eine Reform der Investitionsfinanzierung - auch um zu verhindern, dass Krankenhäuser wegen fehlender Investitionsförderung weiter Defizite machen und Kommunen zur Privatisierung ihrer Krankenhäuser gezwungen werden. Viele Häuser finanzieren ihre notwendigen Investitionen aus den laufenden Betriebseinnahmen, was dazu führt, dass das Geld an anderer Stelle fehlt. Der Staat darf sich aber nicht seiner Verpflichtung zur Daseinsvorsorge entziehen. Wir wollen gemeinsam mit den Ländern den Stillstand bei den Investitionen beenden und schlagen

daher vor, dass Bundesebene und Länder die Investitionsfinanzierung künftig hälftig gemeinsam stemmen.

In diesem Lichte muss auch der bestehende Krankenhausstrukturfonds weiterentwickelt werden. Es wäre deutlich zu kurz gesprungen, ihm - wie nun im Konjunkturpaket der Bundesregierung vorgesehen - einfach nur weitere Finanzierungsaufgaben etwa bei der Digitalisierung zu übertragen. Vielmehr muss es darum gehen, ihn gezielter auf die Transformation von Krankenhäusern als Teil einer sektorenübergreifenden regionalen Versorgung zu fokussieren. So kann die Weiterentwicklung ländlicher Krankenhäuser zu modernen Gesundheits- und Pflegezentren gefördert und unterstützt werden, in denen alle Gesundheitsberufe unter einem Dach für eine gute Versorgung zusammenwirken. Solche ländlichen Versorgungszentren sind der Kern einer regional verankerten Versorgung. Sie bedeuten jedoch nicht nur mehr Kooperation zwischen Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege, sondern auch kürzere Wege etwa für chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Hier sollen die Menschen vor Ort erleben können, dass der Umbau der Versorgung nicht zu weniger, sondern zu mehr Verlässlichkeit und Lebensqualität führt.

Investitionen in Digitalisierung und Green Hospitals

Gleichwohl ist die bedarfsgerechte Finanzierung der nötigen Investitionen etwa beim Aufbau und der Modernisierung der IT in Krankenhäusern und deren Anbindung an Breitbandnetze eine der zentralen Voraussetzungen dafür die Potentiale der Digitalisierung für eine patientenorientierte Versorgung zu erschließen. Gerade mithilfe der Telemedizin besteht die große Chance, unabhängig vom Ort der Versorgung auch hochspezialisierte medizinische Möglichkeiten der Diagnose, Behandlung und des Gesundheitsmonitoring in der Breite zugänglich zu machen. Ohne moderne und interoperable IT-Systeme vor allem in den Krankenhäusern wird es auch nicht gelingen, beispielsweise in nennenswertem Umfang Daten für die Gesundheitsforschung zur Verfügung zu stellen oder die Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringern voranzutreiben.

Ohne sichere Infrastrukturen und Primärsysteme in den Krankenhäusern werden die hohen Sicherheitsanforderungen an die elektronischen Patientenakten ins Leere laufen und die Versicherten kein Vertrauen in die datenschutzgerechte Nutzung ihrer Gesundheitsdaten aufbauen können. Auch vor diesem Hintergrund müssen die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, die nötigen Investitionen zu tätigen. Investitionen in die Krankenhaus-IT dürfen zudem nicht als einmaliges Projekt verstanden werden, das an einem bestimmten Punkt abgeschlossen ist. Die besten Systeme nützen nichts, wenn sich niemand um Wartung, Instandhaltung und Updates sowie Schulung der Mitarbeiter*innen kümmert. Finanzierungsvereinbarungen müssen langfristig gedacht werden, damit die Systeme laufend an den neuesten Stand der Technik angepasst werden und wir nicht in einigen Jahren vor einem erneuten Innovationsstau stehen.

Das Krankenhaus der Zukunft ist grün. Krankenhäuser sind die einzigen öffentlichen Gebäude, die 365 Tage im Jahr, 24 Stunden am Tag geöffnet sind. Sie verbrauchen mehr Energie, produzieren mehr Abfall und Verkehr als vergleichbare Einrichtungen. Öffentliche Fördermittel sollen daher gezielt für nachhaltige Konzepte bereitgestellt werden. Der Grundgedanke der Nachhaltigkeit sollte auf allen Ebenen berücksichtigt werden, vom Management (durch das Aufstellen ökologischer Ziele) über den Ressourcenverbrauch (etwa im Wärme- und Energiebereich) bis hin zur Bereitstellung ökologischer und regionaler Verpflegung. Dieser tiefgreifende Systemwandel hin zu "Green Hospitals" ist im Angesicht der Klimakrise notwendig; er muss sich in der Investitionsfinanzierung und der Krankenhausplanung widerspiegeln.

Ein neues sektorenübergreifendes Denken in der Finanzierung

Wichtiges Ziel unserer Gesundheitspolitik ist es, die Zusammenarbeit der Akteure stärker zu fördern und stationäre Aufenthalte durch Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung möglichst zu vermeiden. Bislang fehlt es Krankenhäusern wie auch ambulanten Leistungserbringern hierzu an den nötigen Anreizen, weil sie einen Rückgang der Fallzahlen mit niedrigeren Erträgen assoziieren. Die bisherigen nach Sektoren getrennten Vergütungssysteme verengen den Blick auf das jeweils – also sektorspezifische – eigene wirtschaftliche Ergebnis. Es bedarf hier einer kooperativen Ökonomie, deren Ziel in jedem einzelnen Fall die optimale Versorgung der Patient*innen ist und die somit den Blick aller Akteure für das Ganze fördert. Hierzu schlagen wir regionale Versorgungsnetzwerke („Gesundheitsregionen“) vor. In solchen Regionen wird durch ein übergreifendes (virtuelles) Budget die bestehende Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung bei der Finanzierung überwunden. Das erhöht die Betreuungskontinuität, reduziert Sektorbrüche und steigert so die Qualität der Behandlung für Patient*innen. Für Krankenhäuser wie für alle anderen Akteure in solchen Gesundheitsregionen wird der Blick über den eigenen ökonomischen Tellerrand gefördert und das Interesse angeregt sich stärker als bisher – ohne die Fesseln einseitiger Trägerinteressen – um eine gute Versorgung und die Gesundheit der Bevölkerung in der Region zu kümmern.

Durch eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems müssen darüber hinaus die Möglichkeiten zur bedarfsgerechten ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser ausgebaut werden. Das verbessert die Fokussierung ärztlicher und pflegerischer Aktivitäten auf die Bedürfnisse der Patient*innen und erhöht ihre Sicherheit gerade mit Blick auf Pandemieereignisse oder Krankenhausinfektionen. Zudem führt es zu einer geringeren Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung, was sich wiederum positiv auf die Beitragszahlenden auswirkt. Dazu sollte der vorhandene Katalog an ambulant erbringbaren Leistungen ausgeweitet und einheitliche ambulante Vergütungen für alle Erbringer dieser Leistungen definiert werden.

Weniger Fehlanreize, mehr Verlässlichkeit – vor allem bei der Versorgung von Kindern

Eine Reform des Systems diagnosebezogener Fallpauschalen („DRG-System“) ist unausweichlich. Die Vergütung muss sich stärker als bisher am bestehenden Bedarf vor Ort ausrichten, sie muss gewährleisten, dass jedes bedarfsnotwendige Krankenhaus den jeweiligen Versorgungsauftrag auf hohem Qualitätsniveau erfüllen kann. Finanzielle Fehlanreize müssen abgebaut werden. Nicht das kurzfristige Schielen auf die lukrativste Leistung, sondern die bedarfsgerechte Versorgung und die Qualität müssen endlich im Mittelpunkt stehen und belohnt werden. Nachholbedarf gibt es hier außer in der Geburtshilfe besonders bei der Versorgung von Kindern und älteren Patient*innen sowie Menschen mit Behinderung, in der Notfallversorgung und bei der Grundversorgung im ländlichen Raum.

Um Anreize zur medizinisch nicht sinnvollen Ausweitung von Fällen zu verringern, soll insbesondere der Anteil von Finanzierungselementen erhöht werden, die in keinem direkten Zusammenhang zur Fallzahl stehen. Dabei sollten gezielt Besonderheiten der Versorgungslandschaft berücksichtigt werden und diese durch Vorgaben zur Mittelverwendung abgesichert werden. Das betrifft vor allem Investitionen sowie die Kosten zur Vorhaltung bedarfsnotwendiger, fallzahlunabhängiger Leistungen sowie zum schnellen Aufbau notwendiger Reservekapazitäten. Dies dient der Grundversorgung ländlicher Räume, der Notfallversorgung und der pädiatrischen Versorgung in besonderer Weise. Auch die Finanzierung von Innovationszentren, in denen neue Behandlungsmethoden erprobt werden oder von Tumorboards in der Onkologie soll künftig ebenfalls pauschaliert erfolgen.

In pädiatrischen Abteilungen ist der Anteil von Notfällen bislang deutlich höher als in anderen Abteilungen. Um die Vorhaltung notwendiger pädiatrischer Leistungen vor diesem Hintergrund dennoch verlässlich zu finanzieren, sollte – ähnlich wie für die Notfallversorgung vorgeschlagen –, künftig ein Anteil der Mittel für Betriebskosten als fallzahlunabhängige Grundpauschale gezahlt

werden. Die heutigen Sicherstellungszuschläge sollen auch mit Blick auf die pädiatrische Versorgung weiterentwickelt werden. Dazu sollen pädiatrische Abteilungen eigenständig förderfähig werden, soweit sie für die Versorgung notwendig sind.

Stärkere Differenzierungen insbesondere nach bundesweit definierten Versorgungsstufen sind auch bei den DRGs notwendig. Maximalversorger und Universitätskliniken, die schwerere und eine spezialisierte Versorgung erfordernde Fälle behandeln und dafür gut ausgebildete Ärzt*innen und Pflegekräfte sowie technische Kapazitäten stets vorhalten, haben eine andere Kostenstruktur als ein Krankenhaus der Grundversorgung. Letztere können vor finanzielle Probleme gestellt werden, wenn sie nicht genügend Fallzahlen für eine ausreichende Finanzierung von nötigen Vorhaltekosten haben, etwa weil die Region dünn besiedelt ist.

Darum sollten etwa für versorgungsrelevante Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Räumen einerseits und für hochspezialisierte Maximalversorger andererseits differenzierte Anpassungsfaktoren für die Fallpauschalen entwickelt werden, die eine passgenauere Betriebskostenfinanzierung ermöglichen. Dadurch würden die tatsächlichen Kostenstrukturen der jeweiligen Krankenhäuser besser abgebildet.

Zudem müssen Notfälle in der DRG-Systematik besser gekennzeichnet werden und dadurch eine kostendeckende Vergütung der Notfallbehandlung erreicht werden. Sinnvoll sind außerdem Zuschläge auf die Fallpauschalen für komplexe Krankheitsbilder, wenn die Behandlungen in spezialisierten Einrichtungen erbracht werden. Davon können auch Krankenhäuser und –abteilungen profitieren, die sich auf die Behandlung geriatrischer Patient*innen oder von Menschen mit Demenz spezialisiert haben.

Um Fehlanreize zu vermeiden, soll die Finanzierung von Investitionen künftig über fallzahlunabhängige Pauschalen erfolgen. Zugleich sollen diese Pauschalen stärker nach Versorgungsstufen differenziert werden.

Gut versorgt - auch in der stationären Geburtshilfe

Für die bedarfsgerechte Versorgung Schwangerer, Gebärender und Wöchner*innen haben Krankenhäuser eine große Bedeutung. Die Möglichkeit, Patient*innen an gut erreichbare Krankenhäuser verweisen zu können, muss bei der Krankenhausplanung ebenso mitgedacht werden wie die Tatsache, dass gute Qualität in der stationären Geburtshilfe eine hinreichende Zahl von jährlichen Geburten voraussetzt. In der stationären Geburtshilfe dürfen überdies nicht weiter Personalnot und Zeitdruck den Alltag bestimmen, wie dies vielerorts der Fall ist. Wir können es uns nicht leisten, gut ausgebildete und erfahrene Hebammen wegen unzureichender Arbeitsbedingungen und Überbelastung (auch durch fachfremde Aufgaben wie Bring- und Putzdienste) und geringer Vergütung zu verlieren. Deswegen müssen Reformbemühungen für die stationäre Geburtshilfe insbesondere das Ziel haben, attraktivere Bedingungen für Hebammen zu schaffen und sie von anderen Tätigkeiten entlasten.

Zudem müssen Fehlanreize in der Vergütung beseitigt werden, die medizinisch unnötige invasive Eingriffe während der Geburt begünstigen. Mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe sollten deshalb Tarifsteigerungen für in Geburtskliniken mit hoher Auslastung angestellte Hebammen refinanziert werden, gebunden an verbindliche Qualitätskriterien wie etwa eine 1:1-Betreuung in den wesentlichen Phasen der Geburt. Mittels eines Personalbemessungsinstruments für die Hebammenversorgung wollen wir sicherstellen, dass bestehende personelle Engpässe endlich überwunden werden.

Die Vergütung der physiologischen Geburt sollte der Vergütung des Kaiserschnitts gegenüber so angeglichen werden, dass dem oft wesentlich höheren zeitlichen Aufwand der physiologischen Geburt Rechnung getragen wird und der finanzielle Fehlanreiz für Kaiserschnittgeburten entfällt. Kliniken sollen außerdem dazu verpflichtet werden, ihren Hebammen-Betreuungsschlüssel, ihre Interventionsraten (einschließlich Kaiserschnitte) und von ihnen ergriffene Maßnahmen zur

Vermeidung nicht indizierter Interventionen zu veröffentlichen. Zu einer guten Versorgung von Schwangeren gehört auch, die Anzahl hebammengeleiteter Kreißsäle zu erhöhen.

Finanzierung der Pflege

Die Finanzierung der Pflege wurde aus dem DRG-System herausgelöst. Parallel zu einer Reform des DRG-Systems sollte auch die Pflegefinanzierung stärker als bisher die Bedürfnisse der Patient*innen und den notwendigen Aufwand berücksichtigen. So sollte die erbrachte Fachpflege deutlich als qualitative Leistung hervorgehen und honoriert werden. Hierbei sind nicht nur die sprechende, beratende und edukative Pflege, sondern vor allem auch neue Tätigkeitsprofile der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen (in Form von spezialisierten, weitestgehend autonom agierenden Pflegeexpert*innen, für den Einsatz in hochkomplexen Pflegesituationen wie bspw. die Versorgung von schwerstbrandverletzten oder querschnittgelähmten Patient*innen) zu berücksichtigen. Investitionen in gute Pflege müssen sich für die Krankenhäuser lohnen. Auch spezielle Qualifikationen, wie sie beispielsweise für die Pflege von Demenzkranken im Krankenhaus hilfreich sind, sollten berücksichtigt werden.

Pflege als professioneller Kern der Patientenorientierung im Krankenhaus

Pflege ist eine eigenständige Profession, mit charakteristischen, gerade auch arztunabhängigen Kompetenzen und Zielen. Damit sind, auch im Krankenhaus, nicht nur die Förderung von Gesundheit, die Prävention von Krankheit und die ganzheitliche Versorgung kranker und sterbender Menschen und Menschen mit Behinderung gemeint. Es geht auch um die Unterstützung der Patient*innen in ihrem persönlichen Krankheitsmanagement, um die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf, einschließlich ihres Lebensumfelds, sowie um die Vermittlung von Gesundheitskompetenz und Sicherheit. Fachpfleger*innen sind in ihrer Rolle als zentrale Kontaktpersonen von der Einweisung bis zur Entlassung ausschlaggebend für das Patientenwohl und die Patientenorientierung. Die fachliche Grundlage bilden dafür heute immer stärker die verschiedenen Pflegewissenschaften und akademischen Spezialisierungen.

Damit professionelle Pflege auch in Deutschland ihr volles Potenzial entfalten kann, müssen sich wesentliche Voraussetzungen in den Krankenhäusern ändern. Wir brauchen eine breit aufgestellte Strategie, die zum Ziel hat, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und somit die Attraktivität des Berufs zu steigern. Es ist richtig, die Ausnahmeregelungen der Pandemiebekämpfung so schnell wie möglich zurückzunehmen. Ganz ausschlaggebend ist eine tariflich abgesicherte Bezahlung, die dem Wert der geleisteten Arbeit auch gerecht wird. Die Systemrelevanz der Pflege ist allen deutlich vor Augen geführt worden und das muss sich auch in der Bezahlung niederschlagen.

Außerdem müssen die Personaluntergrenzen so schnell wie möglich durch Regelungen abgelöst werden, die keine unteren Haltelinien definieren, sondern eine Personalausstattung einfordern, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten orientiert. Mit einer Neuauflage der früheren Pflegepersonal-Regelung (PPR 2.0) liegt dazu ein Vorschlag auf dem Tisch, dessen Umsetzbarkeit umgehend geprüft werden muss.

Um die Pflege attraktiver zu machen, ist eine Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auf Augenhöhe, ein Qualifikationsmix in der professionellen Pflege aus hoch- und berufsschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen sowie der Einsatz von bundeseinheitlich, generalistisch ausgebildeten Pflegeassistenten ausschlaggebend. Hierfür werden dringend gesetzliche Weichenstellungen nicht nur auf Landes-, sondern vor allem auch auf Bundesebene benötigt. Wichtig sind neben Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz auch verlässliche Arbeitszeiten und Arbeitszeitmodelle, die den verschiedenen Lebensphasen Rechnung tragen, etwa Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder auch altersgerechtes Arbeiten unterstützen. Zudem braucht es endlich eine Strategie für eine durchschaubare, ehrliche und auf Langfristigkeit ausgelegte Integration ausländischer Pflegefachkräfte. Notwendig sind unter anderem feste Ansprechpersonen auf den Stationen sowie Raum für Austausch und Beratung, damit zugewanderte Fachkräfte und ihre

Kolleginnen und Kollegen bei der Integration in den Arbeitsalltag unterstützt werden und die unterschiedlichen Vorkenntnisse, Erfahrungen und Qualifikationen in der Arbeitsorganisation für alle Seiten zum Gewinn werden.

Ganz wesentlich ist es, dass die Pflege ihre Expertise im Gesundheitswesen einbringen und es mitgestalten kann. In den Krankenhäusern muss die Pflege dazu in den Leitungsgremien fest verankert sein, um die pflegerische Kompetenz im Management voranzubringen. Nur so gelingt eine ganzheitliche Patientenorientierung. Außerdem sind Pflegefachpersonen bei der Planung und Ausgestaltung entscheidender Infrastrukturprojekte, vor allem der Digitalisierungsstrategien der Krankenhäuser, vollständig einzubeziehen. Ohne ihre Perspektive, ihre Erfahrung und ihr Fachwissen kann die Umsetzung solcher Projekte vor Ort nicht erfolgreich gelingen.

Um diese Mitbestimmung auch politisch zu erreichen und die professionellen Perspektiven der Pflege nachhaltig zu verbessern, benötigt unsere Gesellschaft eine starke Selbstverwaltung der Pflege in Form von Pflegeberufekammern auf Landes- und Bundesebene. Sie müssen vollumfängliche Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Versorgung in- und außerhalb des Krankenhauses im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie selbstverständlich im Qualitätsausschuss Pflege haben. Auch die Registrierung der Fachkräfte mit ihren Fort- und Weiterbildungen ist eine wichtige Aufgabe solcher Kammern, wie die Covid-19-Pandemie eindrucksvoll gezeigt hat.