

Ein Gesundheitsplan für Hessen

*Für qualitativ hochwertige und bürger*innennahe gesundheitliche Versorgungsstrukturen*

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (Weltgesundheitsorganisation, 1948)

DIE LINKE hat klare Vorstellungen, woran das Gesundheitswesen in Deutschland krankt. Ökonomisierung und fortschreitende Privatisierung haben weite Teile des Gesundheitssystems der Logik des Marktes unterworfen. Heute ziehen große Klinikkonzerne Gewinne in Milliardenhöhe ab, die für bessere Personalstandards und höhere Investitionen fehlen. Diese werden vorwiegend von den Arbeitenden über Krankenversicherungs- und Zusatzbeiträge finanziert. Das Fallpauschalensystem, welches angeblich Einsparungen und Wirtschaftlichkeit in die Krankenversorgung bringen sollte, führt zu Druck auf Löhne und Arbeitsbedingungen und aufgrund zahlreicher Fehlanreize zu einer deutlichen Kostenexplosion. Heute entscheidet nicht selten die Erlös- und die Gewinnerwartung, welche Leistungen ein*e Patient*in angeboten bekommt. Im Ergebnis erleben wir eine Vielzahl unnötiger medizinischer Eingriffe, aber auch eine fortgesetzte Einsparung ökonomisch angeblich „unsinniger“ Bereiche. Ganze Krankenhäuser oder Stationen, etwa Geburtskliniken, werden geschlossen, nicht, weil sie für die Nahversorgung der Menschen nicht gebraucht würden, sondern weil sie der Ökonomisierung zum Opfer fallen.

DIE LINKE hat klare Vorstellungen, wie wir diesen Fehlentwicklungen begegnen müssen. Das Gesundheitswesen gehört vollständig zurück in öffentliche Verantwortung. Private Kliniken müssen (re-)kommunalisiert werden, um der Steuerungslogik des Marktes die Interessen von Beschäftigten und Patient*innen entgegenzustellen. Die Fallpauschalen werden abgewickelt, Gewinnerzielung im Gesundheitswesen verboten: Die Kliniken müssen wieder nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung finanziert werden. Krankenhäuser werden nicht mehr dem Verfall preisgegeben, sondern mit ausreichend Investitionen seitens der Öffentlichen Hand ausgestattet. Allgemeine Tarifbindung, ein hoher Grad an betrieblicher Mitbestimmung sowie gesetzliche Vorgaben zur Qualität und Personalbemessung sichern gute Arbeits- und Versorgungsbedingungen. Mit einer tatsächlichen regionalen Gesundheitsplanung, die sich aus den Erfahrungen der Expert*innen und Bürger*innen vor Ort speist, wird Nahversorgung und hoher medizinischer Standard für alle Menschen vereint.

Viele Menschen verstehen und unterstützen diesen politischen Ansatz, nicht zuletzt nach den Erfahrungen der Corona-Pandemie. Der schnelle Aufbau von Intensivkapazitäten in der Krise konnte beispielsweise nur gelingen, weil die Marktsteuerung auf dem Verordnungsweg außer Kraft gesetzt wurde und auch private Kliniken de facto staatlich gesteuert wurden. Schon vor der Pandemie wurde die Kostendeckung in diesem Bereich wieder eingeführt, um mehr Personal in der Krankenpflege gewinnen zu können. Die Grenzen des Marktes sind also offensichtlich. Auch wenn die Kritik an den Fallpauschalen lauter wird - und auch die Leopoldina sich für tiefgreifende

Veränderungen ausgesprochen hat - ist eine Rückkehr zu einem öffentlichen Gesundheitswesen wahrlich kein Selbstläufer. Eher ist eine gegenteilige Entwicklung zu befürchten, weil viele überschuldete kommunale Kliniken angesichts der wirtschaftlichen Rezession nicht mehr auf weitere Zuschüsse aus den kommunalen Haushalten bauen können und weitere Schließungen oder Privatisierungen drohen.

Im Sinne der WHO-Gesundheitsdefinition fängt Gesundheit viel früher an. Wir brauchen Lebensverhältnisse, in den man gesund bleiben kann,

- weil die ökologischen Bedingungen stabilisiert und so neue Krankheiten und gesundheitlichen Belastungen vermieden werden,
- weil das Wohnumfeld ein gesundes Leben und eine gesunde Ernährung möglich machen,
- weil die Arbeitsbedingungen eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen und
- weil Stress als nicht krankmachend erlebt wird.

Wir setzen uns als LINKE für solche Lebensbedingungen in allen Politikbereichen ein und sehen die Aufgabe des Gesundheitssystems darin, Menschen gesund zu halten und in ihrem Heilungsprozess zu unterstützen. Das schließt auch die würdevolle Begleitung am Lebensende ein.

Dabei ist es notwendig, eine Antwort auf die Details vor Ort zu geben. Auch ein öffentliches Gesundheitswesen muss im Interesse der Beitragszahler*innen wirtschaftlich sein, soll es nicht zu einer Verschleuderung von Steuermitteln oder Krankenversicherungsbeiträgen führen. Auch ein öffentliches Gesundheitswesen muss Trends wie Ambulantisierung und Digitalisierung und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Versorgungsqualität berücksichtigen. Mit dem vorliegenden Papier beschreiben wir eine Vision für Hessen, die sich daran orientiert.

Ausgangslage

Hessen verfügt über keine angemessene Versorgungsplanung im medizinischen Bereich. Der im August 2020 vorgelegte Krankenhausplan der schwarzgrünen Landesregierung hat daran leider wenig geändert. Im Kern verdient er seinen Namen nicht, da er anhand von Bettenauslastungen für ganz Hessen reißbrettartig Fehl- und Unterversorgungen festschreibt statt qualitative Standards wie notwendige Personalmindestausstattungen oder die reale Versorgungssituation und Erreichbarkeit in den jeweiligen Regionen berücksichtigt. Ausgerechnet in den seit Jahren als allgemein unterversorgt geltenden Fachbereichen wie Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychosomatik und Psychotherapie sieht die hessische Landesregierung Überkapazitäten. Im Ergebnis entscheidet auch weiterhin allein die Kostenentwicklung und die Möglichkeit des Trägers, Defizite zu übernehmen, über den Fortbestand oder die Schließung einzelner Stationen oder ganzer Kliniken. Eine Verzahnung ambulanter mit stationärer Versorgung bleibt weitgehend aus. Von Gesundheitsplanung kann in Hessen keine Rede sein. Im Ergebnis gehen Unterversorgung und Überkapazitäten Hand in Hand.

Symptomatisch für diese Widersprüchlichkeit ist etwa die Situation in der Geburtshilfe: Seit 2008 wurde in Hessen jede dritte Geburtsstation trotz wachsender Geburtenzahlen geschlossen. Trotzdem spricht der schwarzgrüne Krankenhausplan 2020 weiterhin von angeblichen Überkapazitäten. Hebammen beklagen, dass Kliniken als wichtige Bezugspunkte wegbrechen und es an Berufseinsteiger*innen mangelt, auch weil Ausbildungskapazitäten zusammen mit den Kliniken zurückgebaut werden. Schwangere Frauen fürchten weite Wege zur Entbindung, haben aber gleichzeitig berechnete Ansprüche an eine gewaltfreie und qualitativ hochwertige Geburtshilfe. Ambulante Einrichtungen in diesem Bereich, etwa Geburtshäuser, bieten teils individuellere Zugänge zur Geburt und hohe Fachkompetenz, arbeiten unter schwierigen Bedingungen und müssen spätestens im Krisenfall wieder an die Kliniken vermitteln.

Die verschiedenen Bedürfnisse stellen linke (und LINKE) Politik vor eine große Herausforderung. Wir treten für den Erhalt bestehender Angebote und den Erhalt aller Standorte ein, weil wir gemeinsam mit vielen Menschen den Verlust einer funktionierenden medizinischen Nahversorgung befürchten. Gleichzeitig brauchen wir eine qualitativ hochwertige Medizin, die entsprechend der Erkrankung den Patient*innen zur Verfügung steht. Es braucht deshalb einen neuen Zugang zur Frage von Nahversorgung und Qualität, der ganz wesentlich auf einer funktionierenden Gesundheitsplanung basiert. Dabei müssen ambulante und stationäre Versorgung zusammengedacht und langfristig eine sektorenfreie Versorgungsstruktur etabliert werden. Dieser Weg ist jedoch ganz wesentlich von Anpassungen des Bundesrechts abhängig. Deshalb konzentriert sich das vorliegende Diskussionsangebot auf eine klare Landeszuständigkeit, die Krankenhausplanung, ohne darüberhinausgehende Fragestellungen zu ignorieren.

Der LINKE Gesundheitsplan für Hessen

Ohne Planung ist alles nichts

Wenn wir funktionierende Nahversorgung und hohe Qualitätsstandards haben wollen und es weder zu Über- noch zu Unterversorgung kommen soll, kann dies nur mit dem Mittel einer wirklichen Gesundheitsplanung gelingen.

Davon sind wir in Hessen leider weit entfernt. Weder die Behandlungsqualität noch die flächendeckende Sicherstellung einer bürger*innennahen Versorgung bestimmen aktuell das vorhandene medizinische Angebot. Die tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen sind Liquidität und Gewinnmargen der einzelnen Häuser bzw. ihrer Träger. Die Umsetzung einer wirklichen Planung wird zudem nicht nur durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, sondern auch durch die zersplitterte Trägerlandschaft erschwert. Solange wir also nicht zum eingangs beschriebenen Systemwechsel in der Gesundheitsversorgung gelangen, sind Handlungsoptionen begrenzt.

Dennoch kann es auch unter solchen Umständen Fortschritte geben, wie das Agieren von Rot-Rot-Grün in Thüringen zeigt: Im Rahmen der Krankenhausplanung ist es dort gelungen, zusammen mit allen wichtigen Kliniken, ein abgestimmtes Verfahren zu entwickeln, welches auf zugewiesene Spezialisierungen sowie eine garantierte Grundversorgung in allen Kliniken setzt. Voraussetzung dafür war, dass Rot-Rot-Grün vorher erklärt hatte, dass alle Klinikstandorte erhalten bleiben werden, womit lokale und regionale Verlustängste begrenzt werden konnten. Im Ergebnis sind auch in Thüringen Stationen teils geschlossen worden (weil Qualitätsstandards nicht gehalten werden konnten), aber dies geschah nicht willkürlich, sondern nach einer landesweiten Planung, die sicherstellt, dass angemessene Versorgungsangebote in Reichweite sind.

Ein solcher Prozess müsste auch in Hessen umgesetzt werden. Dabei gilt: Qualitativ gute medizinische Nahversorgung ist nicht zwingend mit dem Prädikat „Krankenhaus“ verknüpft. Zudem ist essenziell, dass Planung und Steuerung demokratisch und bürger*innennah erfolgen. Funktionierende Versorgungsstrukturen benötigen das Wissen der lokal beteiligten Menschen, um die Bedürfnisse und Erwartungen vor Ort einbeziehen zu können.

Hessen braucht ein abgestimmtes Mehrebenensystem im Gesundheitswesen

Nicht die bloße Zahl der maximalversorgenden Kliniken entscheidet über die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern ein stimmiges Gesamtgefüge. Eine mehrstufige Systematik kann verhindern, dass die (Nah-)Versorgung wegbriecht und trotzdem die notwendige Spezialisierung für ein höheres Qualitätsniveau ermöglicht wird.

Es ist fraglich, ob es aus Sicht der bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung sinnvoll ist, kleine Kliniken mit Rettungswagen anzufahren, wenn bei nicht so dringlichen Fällen die höhere Behandlungsqualität in der nächsten Großstadt liegt. Diese Frage würde sich dann umso deutlicher stellen, wenn der Rettungswagen wüsste, dass die Fahrtzeit zwar 15 Minuten länger ist, dafür aber in der Klinik der Maximalversorgung bereits die Chefärztin/der Chefarzt mit hochspezialisiertem OP-Team bereitsteht und es zu keinen weiteren Verzögerungen kommt.

Es wäre trotzdem die falsche Schlussfolgerung, dass kleine Kliniken in ländlichen Regionen in einem reformierten Gesundheitswesen keine Aufgabe hätten. Auch mit Blick auf die massiven Schließungen in der Vergangenheit werden wir eher über die Wiederbelebung von Standorten reden müssen. Wohnortnahe Strukturen sind essenziell, um in den Kommunen wesentliche ambulante bzw. teilstationäre Angebote vorzuhalten. Sie sind die zentralen Orte mit Angeboten für Prävention, Rehabilitation, Sprechstunden von Spezialist*innen, ambulante Eingriffe, kurzstationäre Betreuung, Kurzzeitpflege usw. Es geht also bei einer wirklichen Gesundheitsplanung nicht um die Schließung von Kliniken, sondern um die Neuordnung von Aufgaben und Funktionen.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Gesundheitsplanung für Hessen prinzipiell auf fünf Säulen beruhen:

- eine begrenzte Zahl von Kliniken der Maximalversorgung,
- Kliniken der Grundversorgung, die zusätzlich über einzelne Hochspezialisierungen verfügen können, die sie für eine Region vorhalten,
- spezialisierte Kliniken (beispielsweise für Psychiatrie, Kardiologie, etc.),
- intersektorale Gesundheitszentren, die als Brücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dienen, sowie
- flächendeckende ambulante Gesundheitszentren.

Das nächste grundversorgende stationäre Angebot muss in einem Umkreis von 30 Minuten mit dem ÖPNV erreichbar sein.

Mit den sechs Planungsregionen, die wir in Hessen bereits haben, könnte eine solche Struktur prinzipiell umgesetzt werden. Entsprechende Planungsabsichten sind seitens der schwarzgrünen Landesregierung jedoch nicht mal ansatzweise erkennbar.

Ohne ausreichend Personal keine gute Medizin

Im Fallpauschalensystem lässt sich Gewinnerzielung vor allem dann erreichen, wenn möglichst viele (teure) Behandlungen mit möglichst wenig Personal umgesetzt werden. In der Folge galt seit den frühen 1990er Jahren: Was nicht ausgegliedert werden kann, muss wenigstens zusammengestrichen werden. Hauptleidtragende dieser bewussten Fehlsteuerung waren die Pflegekräfte. Zwischen 1995 und 2007 wurden fast 100.000 Pflegestellen gestrichen. Die durchschnittliche Arbeitsbelastung einer Pflegekraft liegt heute 30% höher als in den 1990er Jahren. Der Pflegemangel ist also in weiten Teilen von den Verantwortungsträgern verschuldet und bewusst in Kauf genommen worden. Ein erstes Gegensteuern gelang durch gewerkschaftliche Kämpfe der betroffenen Kolleg*innen und daraus resultierende tarifvertragliche Regelungen. Von einer Trendwende kann aber noch lange nicht gesprochen werden, auch wenn Bundesgesundheitsminister Jens Spahn aufgrund des hohen gesellschaftlichen Widerstands notgedrungen die Pflege aus den Fallpauschalen herausnehmen musste.

Auch in Hessen fehlen mindestens 11.000 Pflegekräfte, ambulant wie stationär. Um diese zu gewinnen, braucht es höhere Löhne, flächendeckende Tarifbindung, besseren Arbeits- und Gesundheitsschutz. In allen Bereichen der stationären Versorgung müssen Personalmindestausstattungen vorgeschrieben werden. Ein erstes wirksames Instrument würden die Standards der Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0 bieten, die von ver.di zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat entwickelt wurden. Gleichzeitig

muss an einem wissenschaftlich fundierten Pflegepersonalbemessungsinstrument gearbeitet und dieses umgesetzt werden. Davon profitieren auch direkt die Patient*innen, welche die Konsequenzen der dauerhaften Personalnot buchstäblich am eigenen Leib erfahren.

Die ambulante und häusliche Krankenpflege braucht eine deutliche finanzielle und inhaltliche Aufwertung, etwa, wenn durch neue Kompetenzzuschreibungen bisher rein ärztliche Zuständigkeiten interprofessionell auch von gut qualifiziertem Pflegepersonal übernommen werden können. Dies wird gerade im ländlichen Raum eine zunehmende Notwendigkeit.

*Ambulantisierung mit Blick auf das Patient*innenwohl voranbringen*

Seit Jahrzehnten gehen weltweit Hospitalisierungszeiten zurück. Dazu trägt in erster Linie der medizinische Fortschritt bei, der es ermöglicht, dass Behandlungen zielgenauer erfolgen und weniger negative Nebeneffekte entstehen. Viele kleinere Eingriffe können heute komplett ambulant erfolgen, die früher automatisch zu einem mehrtägigen Klinikaufenthalt führten. Dieser Trend ist zu begrüßen. Wer verbringt schon gern mehr Zeit als notwendig in einem Krankenhausbett?

Zu einem Problem wird dies jedoch dann, wenn ökonomische Faktoren und nicht der Gesundheitszustand der betroffenen Person über die Entlassung aus dem Krankenhaus entscheiden. Deutschland hat im europäischen Vergleich noch immer sehr lange Hospitalisierungszeiten. Diese sind oft nicht medizinisch intendiert, sondern entstehen durch unzureichende Möglichkeiten der ambulanten Nachsorge. Gleichzeitig berichten Reha-Einrichtungen, dass sie Patient*innen überwiesen bekommen, die für eine Rehabilitation überhaupt noch nicht ausreichend gesundet sind.

Dies verweist auf eine Lücke im System, die sich zwischen der klassisch stationären und ambulanten Versorgung auftut. Gerade in diesem Segment könnten kleine Kliniken als Gesundheitszentren ein wichtiges Standbein der Zukunft sein: Sie bieten infrastrukturell eine volle medizinische (Nach-)Betreuung an, ergänzt um erste Schritte in die Rehabilitation. Die Wohnortnähe begünstigt Kontakte zu Familien und Freund*innen. Damit wird dem Ansatz „ambulant vor stationär“ weit mehr entsprochen, ohne die gesundheitliche Versorgungsqualität zu gefährden.

In solchen ambulanten Gesundheitszentren können weitere Angebote gebündelt werden: neben Allgemeinmediziner*innen auch Psycholog*innen, Heilmittelerbringer*innen, Rehabilitation, Pflegeangebote etc. Räume für regelmäßige fachärztliche Sprechstunden sind vorzuhalten und diese sind vertraglich hierfür zu binden. Es benötigt mehr qualifizierte Pflegeangebote, um einer Ambulantisierung Vorschub zu leisten. Die Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt und ambulanter Eingriffe kann oft nicht familiär geleistet werden. Sie muss aber ambulant oder stationär (Kurzzeitpflege, Reha, Verhinderungspflege) organisiert und finanziert werden. Hier und bei der Versorgung mit genügend Mitarbeiter*innen in der Langzeitpflege sind die Kommunen angesprochen, für eine entsprechende Infrastruktur zu sorgen.

Ambulante Gesundheitszentren in öffentlicher oder genossenschaftlicher Trägerschaft sollten flächendeckend etabliert werden. Begonnen werden sollte damit im ländlichen Raum, wo es schon heute kaum möglich ist, über die klassische Arztsitzvergabe Nachfolger*innen für in den Ruhestand eintretende Ärzt*innen zu finden.

Für eine gelingende medizinische Breitenversorgung ist es zudem unerlässlich, die Allgemeinmedizin deutlich aufzuwerten. Der allgemeinmedizinische Anteil sollte bereits im Studium deutlich erhöht werden, wie es auch der Masterplan Medizinstudium 2020 vorsieht. So könnten etwa studienbegleitende und Blockpraktika in der Allgemeinmedizin vorgeschrieben werden. Wichtig ist auch, dass der Fokus im Rahmen der Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium mehr auf die Kompetenzen und Erfahrungen und weniger auf den Numerus Clausus setzt. Diese Maßnahmen erscheinen vielversprechender als die viel diskutierten Landarztquoten.

Notfallversorgung neu organisieren

In Hessen haben aktuell die Rettungsdienste nur begrenzten Einfluss darauf, ob ein Rettungswagen in die Notaufnahme, zum ärztlichen Bereitschaftsdienst oder zur nächsten Fachpraxis fährt.

Hier bräuchte es eine deutliche Kompetenzerweiterung, auch um Notaufnahmen in den Krankenhäusern deutlich zu entlasten, Wartezeiten zu verkürzen und insbesondere dem Personal den Rücken freizuhalten und vor zunehmender Gewalt zu schützen.

Es braucht dringend eine klare Struktur und eine Versorgung aus einer Hand, die das Nebeneinander von ärztlichem Bereitschaftsdienst, der auf deutliche Kritik bezüglich Qualität und Geschwindigkeit stößt, den überlasteten Notfallambulanzen der Kliniken und den Rettungsdienstleitstellen beendet. Dies führt nur zu einer Verunsicherung der Bevölkerung. Es braucht flächendeckend und nicht nur als Modellprojekte sog. „gemeinsame Tresen“. Es braucht eine Telefonnummer, die die Triage für die Versorgung gewährleistet bzw. Möglichkeiten für Notärzte und Notärztinnen sowie die Rettungswagenbesatzung über Anfahrtsziele entscheiden zu können, wie es das kürzlich gestartete „SaN-Projekt“ aktuell in drei hessischen Landkreisen erprobt.

Für eine menschengerechte psychiatrische Versorgung

Die psychiatrische Versorgung stellt aufgrund der besonderen Aufgaben im Vergleich zu den somatischen Kliniken noch mal einen besonderen Baustein dar. Aber auch hier gilt prinzipiell, dass der Ansatz „ambulant vor stationär“ einer dringenden Stärkung bedarf. Psychiatrische Ambulanzen, Home Treatment, aufsuchende Arbeit und Rund-um-die-Uhr-Krisenberatung, Krisenwohnungen und -Pensionen sind genauso wie der gemeindepsychiatrische Dienst auszubauen. Stationäre Einrichtungen, die es für einen Teil der Patient*innen auch weiterhin brauchen wird, müssen dringend in einen baulichen Zustand versetzt werden, der der Gesundheit dient. In diesem Sinne braucht es auch den stärkeren Fokus auf offene Stationen.

Zwangsmittel müssen vermieden werden. Die Landesregierung muss mit einem klaren Zeitplan und kombiniert mit Investitionen und Qualifizierungen Vorgaben zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie anordnen. In Dänemark wurde beispielsweise in einem vergleichbaren Schritt eine Halbierung der Zwangsmaßnahmen innerhalb von vier Jahren vorgegeben.

Für einen gut aufgestellten öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Aufgaben nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen sind sehr umfangreich, doch die Ausstattung der Gesundheitsämter entspricht nicht diesen Anforderungen. Es wird hoch qualifiziertes Personal benötigt, das meist nicht zu den Bedingungen des TVöD zu bekommen ist. Deshalb sind viele Personalstellen unbesetzt. Für Kreise und kreisfreie Städte ist das Engagement im Gesundheitswesen teilweise nur eine ungeliebte Pflichtaufgabe. Die Evaluation des Gesundheitsgeschehens, Prävention und Planung der Gesundheitsversorgung spielen eine zu geringe Rolle.

Dies muss sich grundsätzlich ändern. Gesundheitsämter und damit den Kommunen kommt eine wesentliche Aufgabe in der Versorgung der Bevölkerung, aber auch in der Gefahrenabwehr zu. Sie müssen verpflichtet werden, gemeinsam mit anderen Akteur*innen im Gesundheitswesen regelmäßig den Bedarf und die Deckung des Bedarfs bzw. die Lücke zwischen beiden zu erheben. In kommunalen Gesundheitskonferenzen sollten die Weichen für eine Bedarfsdeckung gestellt werden. Um einen Zusammenhang zwischen den Einwirkungen aus der Umwelt und Erkrankungen herzustellen, sind Untersuchungen (und deren Finanzierung) erforderlich.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat neben der Planung auch die Aufgabe der Demokratisierung von Gesundheitsplanung und Bedarfsdeckung, die ansonsten nur auf Ebene von Institutionen und Trägern der Gesundheitsdienstleistungen verläuft. Kreise und Städte müssen dann in den regionalen Gesundheitskonferenzen diese Erfahrungen zusammentragen und eine regionale Gesundheitsplanung entwickeln.

Digitalisierung bietet Effizienzgewinne – aber nur mit den richtigen Rahmenbedingungen

Verfügbare digitale Daten bieten große Möglichkeiten einer effektiven Gesundheitssteuerung im Interesse der Patient*innen. Zugleich ergeben sich daraus auch unverkennbar Risiken bezüglich Datenschutz und -sicherheit in einem hochsensiblen Bereich. Beides gilt es stets abzuwägen, gerade mit Blick auf individualisierbare Daten muss auch im Gesundheitswesen strikte Datensparsamkeit herrschen.

Allgemein sind qualifizierte Daten essenziell für Makroanalysen und eine Gesundheitsforschung, die Qualitätsparameter im Gesundheitswesen festlegen soll. Dabei sind im Sinne des Datenschutzes neben der Anonymisierung vor allem die Datenzugänge (z. B. privatwirtschaftliche Verwertungsinteressen) zu beschränken. Ein Datenzugriff ohne entsprechenden Auftrag und Zustimmung von Seiten der Patient*innen muss mit Entzug der Berufserlaubnis bestraft werden und die Abrufung von Daten jederzeit von den Patient*innen kontrolliert und eingeschränkt werden können. Eine zeitgemäße und transparente Qualitätssicherung im Sinne des Patient*innenwohls ist ohne diese Daten jedoch kaum realisierbar.

Auch für viele weitere Entwicklungen ist eine fortschreitende Digitalisierung kaum verzichtbar. Beispielhaft seien hier Entscheidungshilfen für Ärzt*innen, personalisierte Medikationen, erleichterte Forschung zu Krankheiten und Therapien oder auch Konsilien mit Kolleg*innen genannt.

Eine digitale Umstrukturierung erfordert ggf. auch immer eine Umstrukturierung der Rahmenbedingungen. Dabei muss das Patient*innenwohl stets im Vordergrund stehen, also insbesondere eine möglichst hohe Qualität der Versorgung bei Beachtung der datenschutzrechtlichen Aspekte.

Exkurs: Notwendige Schlussfolgerungen aus der Corona-Pandemie

Eine zentrale Lehre aus der Corona-Pandemie muss sein, dass ein Umbau des Gesundheitswesens nicht dazu führen darf, dass die Möglichkeit, auf medizinische Extremlagen zu reagieren, reduziert wird. Dies gilt beispielhaft für die Intensivpflege. In nicht-pandemischen Zeiten können natürlich auch auf Intensivmedizin ausgelegte Räumlichkeiten anderweitig genutzt werden – den Krankenhäusern müssen jedoch die Vorhaltekosten finanziert werden. Im Sinne des Infektionsschutzes, etwa mit Blick auf die Übertragung multiresistenter Erreger, wären auch bauliche Anpassungen, etwa die allgemeine Etablierung von Einzelzimmern nicht nur für Privatpatient*innen. Gegebenenfalls können solche Einzelzimmer schneller zu einem Intensivstandard aufgerüstet werden.

Ein wesentliches Problem waren zudem nicht nur die Verknappung von Schutzmaterialien, sondern auch die strittige Verteilung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsträgern. Die Fokussierung auf die Krankenhäuser in Hessen bleibt fragwürdig, da damit zwar die Versorgung von Infizierten geregelt ist, jedoch der Infektion selbst nicht vorgebeugt wird. Eine umfassende Gesundheitsplanung muss deshalb nicht nur über Produktion und Verfügbarkeit in Notlagen befinden, sondern auch Verteilungskonzepte sicherstellen, die verhindert, dass verschiedene Versorgungsbereiche gegeneinandergestellt werden.

Deshalb ergeben sich aus den aktuellen Erfahrungen aus der Corona-Pandemie weitere Mindestanforderungen aus LINKER Sicht:

1. Pandemie- und Katastrophenpläne weiterentwickeln

- Einbeziehung auch der ambulanten Versorgungssysteme (Praxen, therapeutische Heilberufe, häusliche Pflege) sowie der Alten- und Behindertenhilfeeinrichtungen in die Planungen, um Kliniken möglichst lange zu entlasten und medizinisches Personal langfristig zu schützen
- Stärkung und dauerhafter Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- räumliche Festlegungen langfristig und vorab klären (z. B. Standorte für Testcenter)
- soziale, existenzielle Fragen vorab klären und einbeziehen (z. B. Kinderbetreuung)
- Maßnahmen zur Sicherstellung des Fortgangs von Schule und Ausbildung aufnehmen
- „Spezialfälle“ regeltechnisch vormerken, um oft erlebtes Nachsteuern zukünftig unnötig zu machen (z. B. Versorgung von obdachlosen Menschen, Sicherung sozialer Angebote, Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen, Versorgung von Nichtversicherten sicherstellen)

2. Das Gesundheitssystem gesundmachen

- Gesundheitswesen staatlich organisieren
- Schutzausrüstungen, Medikamente, Desinfektionsmittel zentral bevorraten
- Personalvorgaben im Gesundheitswesen umsetzen // „Pandemiepuffer“ vorsehen
- Investitionsstaus zeitnah auflösen
- Ausbildung im Gesundheitswesen stärken
- Planung auch für Pandemie-, Krisen-, Katastrophenzeiten, kurzfristige Bereitstellung von Intensivbetten, Beatmungsgeräten, Überwachungsmonitoren, etc.

3. Soziale Sicherung stark machen

- Menschen brauchen die Sicherheit, nicht von der Hand in den Mund leben zu müssen
- ausreichende Sicherungssysteme, die z. B. Tafeln überflüssig machen, so dass deren Wegbrechen nicht zu existenziellen Krisen führen kann

4. Produktion von Medikamenten, Geräten und Schutzausrüstung global und national diversifizieren / wesentliche Produktionen in staatlicher Verantwortung halten

Statt eines Schlussworts: Ein richtiges Leben im Falschen?

Im Rahmen unserer Diskussion zu einer bürger*innennahen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Hessen und Deutschland gilt es einerseits grundsätzliche und andererseits tagesaktuelle Fragen zu beachten.

Die hier vorgelegten Vorschläge zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung des hessischen Gesundheitswesens sind von Voraussetzungen geprägt, die wir tagesaktuell nicht vorfinden – beginnend mit dem politischen Willen zu einer wirklichen Krankenhausplanung und einer bundesweiten Abkehr von einer vorrangig auf Ökonomisierung setzenden Gesundheitspolitik.

In der Konsequenz kann es also sein, dass wir für ein oben beschriebenes Mehrebenensystem eintreten, zugleich trotzdem um jedes Krankenhaus vor Ort in bestehender Form kämpfen, weil die drohende Schließung eine deutliche Verschlechterung bedeuten würde – wie aktuell bei der Kreisklinik Wolfhagen. Zugleich gilt es, Spielräume zu nutzen, etwa, wenn die Klinik in Groß-Gerau in ein intersektorales Versorgungszentrum umgewandelt werden kann, um die Insolvenz abzuwenden und zugleich mit einem Globalbudget der bisherigen Marktlogik in Teilen etwas entgegengesetzt (und mit dem vorhandenen Personal das Gesundheitsamt gestärkt) wird.

Diesen vermeintlichen Widerspruch gilt es produktiv zu nutzen. Der vorgelegte Gesundheitsplan für Hessen bietet eine Leitlinie, an der wir uns politisch orientieren können. Im Ergebnis muss nicht jede Umstrukturierung dogmatisch abgelehnt werden, zugleich gibt es klare Haltepunkte:

- Gesundheit ist eine zentrale Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge.
- Sie wird staatlich organisiert (insb. Kliniken), nahversorgende Gesundheitseinrichtungen sind kommunal, genossenschaftlich oder (frei)gemeinnützig umzusetzen.
- Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenbehandlung: Präventive Angebote müssen deutlich und flächendeckend ausgebaut werden. Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes wissen wir um die soziale Dimension von Gesundheit.
- Die Finanzierung der Krankenhäuser muss auf dem Prinzip der Selbstkostendeckung funktionieren. Gewinnerzielung ist zu verbieten. Die Fallpauschalen sind abzuschaffen.
- Wir brauchen eine gesetzliche Festsetzung der Personalbemessung im Krankenhaus für alle Berufsgruppen.
- Wesentlich zur Sicherung des Fachkräftegebots sind hervorragende Standards und ausreichende Kapazitäten in der Ausbildung, die angemessene Vergütung der Beschäftigten und deren tarifliche Absicherung, sowie eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen.
- Gesundheitsplanung muss evidenzbasiert und am Gemeinwesen orientiert durch Bund und Länder erfolgen; die Kompetenzen und Erfahrungen lokaler, regionaler und überregionaler

- Expert*innen müssen demokratisch eingebunden werden.
- Dabei darf es sich keinesfalls um einen Top-Down-Prozess handeln: Die Planung des Bedarfes und der Ausstattung der Krankenhäuser durch Länder, Kommunen und betroffene gesellschaftliche Gruppierungen erfolgt nach den Regeln der demokratischen Beteiligung und Kontrolle. Dafür sind die hessischen Gesundheitskonferenzen in allen sechs Regionen auszubauen und zu qualifizieren.
- Der Gegensatz von ambulant/stationär ist zu überwinden, insbesondere in der Finanzierung, und durch eine enge Verzahnung zu ersetzen. Wir wollen eine sektorenfreie Medizin, die sich in erster Linie an den Bedarfen der Patient*innen orientiert. Wir treten für entsprechende bundesrechtliche Anpassungen ein.
- Hessen ist aufgefordert, sich seiner Verantwortung in der Investitionsförderung endlich zu stellen, auch in Fragen der Digitalisierung und Datensicherheit. Dies bedeutet eine gesetzliche Garantie für die vollständige Übernahme der Investitionskosten der im Landeskrankenhausplan genehmigten Krankenhäuser.

GLOSSAR

Ambulantisierung: durch medizinisch-technischen Fortschritt ermöglichte Reduzierung von notwendigen Krankenhausaufenthalten.

Fallpauschalen (auch: Diagnosis Related Groups, DRGs): Abrechnungssystem zur Vergütung von Gesundheitsleistungen. Dabei werden einzelnen Diagnosen bestimmte finanzielle Mittel zugeordnet (Festpreissystem), die unabhängig von den realen Kosten ausgezahlt werden. Vorhaltekosten und notwendige Investitionen werden nicht berücksichtigt. Zentrale Grundlage der heutigen Krankenhausfinanzierung in Deutschland.

Gemeinsamer Tresen: Anlaufstelle für Akuterkrankungen, die je nach Ersteinschätzung die Patient*innen zum passenden medizinischen Angebot weiterleitet. Soll zu kürzeren Wartezeiten und Entlastung von Notaufnahmen beitragen. Erfolgreich erprobt in Hessen am Klinikum Frankfurt-Höchst.

Gewaltfreiheit bei der Geburt: In den letzten Jahren kommt es vermehrt zu Berichten über Erfahrungen der Respektlosigkeit und Gewalt während der geburtshilflichen Betreuung. Dies hängt oftmals mit Personalnot und daraus resultierendem Zeitdruck zusammen. In der Folge erleiden Gebärende und teils auch das beteiligte Personal Traumatisierungen. Zur weiteren Information: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe“ vom 24. Juli 2020 (online abrufbar unter www.dghwi.de).

SaN-Projekt: Aktueller Pilotversuch in drei hessischen Landkreisen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in ambulanten Notfallversorgung. Mit der Verzahnung verschiedener digitaler Systeme wird dabei ermöglicht, dass Rettungsdienste minderschwere Versorgungsfälle nicht zwangsläufig in eine Klinik, sondern auch in Haus- oder Facharztpraxen bzw. zum ärztlichen Bereitschaftsdienst übermitteln können.

Home Treatment: (Fortgesetzte) Behandlung von Erkrankungen im häuslichen Umfeld. Dabei wird dem Grundgedanken gefolgt, dass eine vertraute Umgebung wesentlich zur Genesung beitragen kann.

Maximalversorgung: Die höchste der vier Versorgungsstufen bei Krankenhäusern. Krankenhäuser der Maximalversorgung sind deutlich breiter aufgestellt, halten hoch differenzierte medizinisch-technische Einrichtungen sowie Großgeräte vor.

Selbstkostendeckung: Bis 1996 in Deutschland geltendes Vergütungsprinzip für Krankenhäuser. Dabei werden den Kliniken die Mittel pauschaliert zur Verfügung gestellt, gemäß den Ausgaben der Vorjahre. Zum Jahresende werden Gewinne/Verluste automatisch ausgeglichen. Gewinnerzielung ist nicht möglich.

Triage: medizinische Ersteinschätzung von Patient*innen zur Bestimmung der Schwere der Erkrankung und notwendigen Behandlungsart