

## SONDERVOTUM

### Meta Janssen-Kucz, MdL (Bündnis 90/Die Grünen)

zum Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“

#### **Vorbemerkung:**

Im Namen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen bedanke ich mich für die ausgesprochen konstruktive Zusammenarbeit in der Enquete-Kommission. Nach nunmehr zwei Jahren intensiver Beratungen legt die Enquete-Kommission einen umfangreichen Abschlussbericht mit zahlreichen Handlungsempfehlungen vor, die das niedersächsische Gesundheitswesen stärker an den Bedürfnissen der Menschen ausrichten, die Versorgungsqualität erhöhen und eine moderne Gesundheitsinfrastruktur schaffen können. Trotz grundsätzlicher Zustimmung zu den Ergebnissen der Enquete-Kommission möchte ich zu einzelnen Punkten abweichende oder ergänzende Stellungnahmen abgeben.

### **1. Ambulante medizinische Versorgung**

#### **zu 1. Veränderung/Optimierung der Bedarfsplanung**

Die Bedarfsplanung ist nicht nur im Hinblick auf die Definition der jeweiligen Versorgungsaufträge zu optimieren. Um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, sollte außerdem eine evidenzbasierte Definition von Über- und Unterversorgung entwickelt werden. Die derzeitigen Definitionen von Über- und Unterversorgung (110 bzw. 75%) sind wissenschaftlich nicht begründet und werden der tatsächlichen Versorgungslage kaum gerecht. Demnach gibt es in der hausärztlichen Versorgung 18 formal überversorgte, aber keinen einzigen unterversorgten Planungsbereich in Niedersachsen.



#### **zu 4. Stärkung der Rolle der Hausärztinnen und -ärzte**

Statt mit Sanktionen sollten Versicherte mit Anreizen dazu motiviert werden, die Tarifbedingungen in der hausarztzentrierten Versorgung zu nutzen.

#### **zu 7. Förderung von Mobilität und Erreichbarkeit**

Die Ausweitung der Fahrt- und Transportangebote zum Leistungserbringer empfinde ich insbesondere für den ländlichen Raum als gute Lösung. In die Planung weiterer Angebote sollte jedoch die Auswertung der Modellprojekte aus den Gesundheitsregionen einfließen. Darüber hinaus wäre ein gesetzlich geregelter Anspruch auf Fahrt- und Transportleistungen wünschenswert.

#### **zu 11. Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Studium**

Eine Landarztquote ist kein geeigneter Lösungsansatz für die bereits bestehenden Versorgungslücken, weil sie erst nach Ende der Facharztausbildung – also frühestens in 12 Jahren – ihre Wirkung entfalten würde. Darüber hinaus greift sie tief in die verfassungsrechtlich geschützte Freiheit der Berufsausübung ein und kann zu sozialen Ungleichheiten beim Zugang zum Medizinstudium führen. Ich lehne die Einführung einer Landarztquote daher ab.

## **2. Notfallversorgung**

#### **zu 5. Bessere Steuerung der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes**

Rechtliche Möglichkeiten zur Übernahme von Einsatzkosten bei missbräuchlicher Inanspruchnahme des Rettungsdienstes lehne ich ab, weil sie zu einer erheblichen Verunsicherung in der Bevölkerung führen kann. Die Möglichkeit der Kostenübernahme besteht zudem bereits heute. Da der Rettungsdienst nur sehr selten missbräuchlich in Anspruch genommen wird, erscheinen die möglichen Nachteile einer weitergehenden Regelung größer als die Vorteile.

### **3. Stationäre medizinische Versorgung**

Obwohl der Gesundheitssektor für ca. 4,4% der globalen Treibhausgasemissionen verantwortlich ist, findet er in den Strategien der Landesregierung zur Bekämpfung des Klimawandels bisher keine Berücksichtigung. Mit dem Green-Hospitals-Ansatz können auch Kliniken einen Beitrag zum Klimaschutz leisten und gleichzeitig die Gesundheit der Bevölkerung fördern, indem sie ihren Einfluss auf die Umwelt kontinuierlich reduzieren, indem sie bspw. auf eine effiziente Wassernutzung setzen, Dächer begrünen oder erneuerbare Energien nutzen. Der Green-Hospitals-Ansatz sollte daher bei den Klimaschutzbestrebungen des Landes berücksichtigt werden.

#### **zu 8. Einführung einer neuen gestuften Versorgungsstruktur**

Die Anzahl der erforderlichen Planbetten für Kliniken der Maximalversorgung sollte auf 500 statt auf 600 Betten festgelegt werden. Nur wenige Kliniken in Niedersachsen würden anderenfalls diese Voraussetzung erfüllen. Insbesondere im Nordwesten und Nordosten Niedersachsens gäbe es dann formal keine Kliniken der Maximalversorgung.

#### **zu 12. Kommunikation und Transparenz**

Den Ausschluss von Krankenhaus- und Rettungsdienstangelegenheiten von Bürgerbegehren nach §32 NKomVG lehne ich ab. Eine frühzeitige Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Transparenz im gesamten Verfahren sind notwendig, um Akzeptanz für neue Krankenhausstandorte oder Umstrukturierungen zu schaffen und ggf. andere Lösungen (z.B. integrierte regionale Versorgungszentren) zu prüfen.

#### **zu 13. Zukunftsorientierte strukturverbessernde Ausrichtung der Finanzierung**

Damit das Land seiner gesetzlichen Verpflichtung zu Finanzierung von Investitionskosten in Kliniken nachkommt, müssen die jährlichen Investitionsmittel dauerhaft auf 8% des Gesamterlöses stationärer Leistungen erhöht werden.

## **zu 18. Ansätze zur Stärkung des Personals**

Fachkräfte aus dem Ausland können helfen, dem Mangel an Fachkräften zu begegnen. Da sie in der Regel jedoch auch in ihren Herkunftsländern gebraucht werden, sollten sie nicht aktiv angeworben oder mit Anreizen zum Auswandern nach Deutschland motiviert werden. Stattdessen sollte es ein Bleiberecht für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte mit Fluchthintergrund geben, die bereits in Deutschland leben und hier arbeiten, studieren oder eine Ausbildung machen.

## **4. Pflegerische Versorgung im Krankenhaus**

### **zu 8.2.1 Sicherheit und Qualität in der Versorgung**

Im Rahmen der Diskussionen der Enquete-Kommission ist deutlich geworden, dass Pflegepersonaluntergrenzen keine verbesserte Personalausstattung bewirken. Sie sind, anders als im Abschlussbericht dargelegt, auch als unterer Richtwert nicht notwendig. Schon heute gelten die Pflegepersonaluntergrenzen als heimlicher Standard. Ziel muss deshalb eine wissenschaftlich fundierte und dem Pflegebedarf entsprechende Personalbemessung sein. Dabei muss in allen Bereichen der Grundsatz „Keine Schicht alleine“ gelten. Auch im Nachtdienst sollte eine Besetzung mit zwei Pflegekräften pro Einheit die Regel sein, davon mindestens eine mit dreijähriger Ausbildung. Vor dem Hintergrund, dass über eine angemessene Personalausstattung schon viele Jahre diskutiert wird, sollte es einen Stufenplan geben, der die nötigen Schritte, den zeitlichen Rahmen und die Verantwortlichkeiten zur Einführung einer wissenschaftlich basierten Personalbemessung aufzeigt.

### **zu 1. Stärkung der Qualität der stationären pflegerischen Versorgung**

Über die im Abschlussbericht genannten Maßnahmen hinaus sollten spezifische Tätigkeitsprofile für Advanced Practice Nurses geschaffen werden, um kontinuierlich pflegewissenschaftliche Expertise in den pflegerischen Alltag zu integrieren. Für

Pflegefachkräfte ist in diesem Zusammenhang eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung anzustreben und durch den Arbeitgeber anzubieten.

Pflegerischer Präventionsmaßnahmen (z.B. Dekubitus- oder Thromboseprophylaxe) führen nachweislich zu einem besseren Outcome für Patientinnen und Patienten und einer höheren Versorgungsqualität. Sie sollten mit Vergütungsanreizen gefördert werden.

### **zu 11. Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe**

Die Delegation ärztlicher Leistungen führt grundsätzlich zu Mehrarbeit beim Pflegepersonal, nicht aber zu einem größeren Handlungsspielraum. Ziel muss die Erhöhung der Handlungsautonomie durch die Substitution sein, also durch die Übertragung bestimmter heilkundlicher Aufgaben auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.

### **zu 12. Aufwertung der Pflege durch gesetzliche Regelungen und Interessenvertretung**

Die Pflegeberufe sind in den Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens deutlich unterrepräsentiert. Ich begrüße es deshalb ausdrücklich, dass die Enquete-Kommission sich für Mitsprache in Entscheidungsgremien ausgesprochen hat. Konkret schlage ich vor, Vertreterinnen und Vertreter der Pflege in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), den Pandemie-Krisenstab sowie das 90a-Gremium aufzunehmen.

### **zu 13. Gezielte Förderung des Einsatzes von Pflegefachpersonen aus dem Ausland**

Analog zum Einsatz von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland im Kapitel Ambulante Versorgung, plädiere ich auch hier dafür, anstelle der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland zunächst ein Bleiberecht für Menschen mit Fluchthintergrund zu schaffen, die hier bereits in der Pflege tätig sind oder sich in der Ausbildung zu einem Pflegeberuf befinden. Gleiches gilt für die Abwerbung Pflegestudierender aus dem Ausland: Pflegekräfte sollten stattdessen hier in Niedersachsen ein attraktives Studienangebot vorfinden.

## **5. Hebammenversorgung und Geburtshilfe**

Im Gegensatz zur Gesamtbewertung der Enquete-Kommission komme ich, insbesondere nach der Anhörung des Niedersächsischen Hebammenverbandes, zu dem Ergebnis, dass die Hebammenversorgung in Niedersachsen nicht flächendeckend sichergestellt ist. Gerade deshalb versuchen viele Kommunen, ambulante Hebammenleistungen durch Hebammenzentralen besser zu koordinieren. Der Mangel an ausgebildeten Hebammen wird dadurch jedoch nicht behoben. Das zeigt sich auch im stationären Bereich: In jeder 5. Klinik können Planstellen nicht mehr vollständig besetzt werden und in einigen Kliniken kommt es zu kritischen Unterbesetzungen. Der Mangel an Hebammen verschärft sich durch die verzögerte Einrichtung von Studienplätzen zusätzlich.

### **zu 1. Stärkung der Qualität in der stationären geburtshilflichen Versorgung**

Über die von der Enquete-Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen hinaus halte ich die Einführung einer eigenständigen Geburtshilfeplanung für erforderlich, die strukturelle und organisatorische Mindestanforderungen für geburtshilfliche Abteilungen festlegt. Sie ist Voraussetzung für eine gute geburtshilfliche Versorgung nach landesweit einheitlichen Standards.

Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Enquete-Kommission halte ich Mindestmengen in der Geburtshilfe nicht für einen Beitrag zur Versorgungsqualität. In der Geburtshilfe sind Mindestmengen eine rein wirtschaftliche Rechengröße. Sie sind medizinisch nicht begründbar und gefährden eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung für Low-Risk-Geburten. Kleineren Geburtshilfeabteilungen sollten mit Hilfe von Sicherstellungszuschlägen finanziell abgesichert werden.

### **zu 3. Sicherstellung einer landesweiten Hebammenversorgung**

Eine Landeskoordinierungsstelle sollte nur in enger Abstimmung mit den bestehenden Hebammenzentralen eingerichtet werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Ein Konzept zur Einrichtung weiterer regionaler Hebammenzentralen liegt bereits vor. Dieses sollte zeitnah umgesetzt werden. Da die Sicherstellung der Hebammenversorgung

nicht in die originäre Zuständigkeit der Kommunen fällt, sollte das Land sie beim Betrieb von Hebammenzentralen finanziell unterstützen.

#### **zu 7. Stärkung der Finanzierung geburtshilflicher Leistungen**

Die Finanzierung physiologischer Geburten ist bekanntermaßen unzureichend. Eine Prüfung, wie im Abschlussbericht vorgesehen, ist daher obsolet. Die DRG-Kalkulation muss so angepasst werden, dass auch physiologische Geburten unabhängig von ihrer Dauer angemessen refinanziert werden. Bestehende Fehlanreize für Interventionen und Kaiserschnitte können dadurch beseitigt werden.

#### **zu 9. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen in den Kliniken**

Die kürzlich von den Deutschen Gesellschaften für Hebammenwissenschaft und Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam herausgegebene S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ empfiehlt ausdrücklich eine 1:1-Betreuung unter der Geburt. Diese Empfehlung sollten zum Standard in allen Geburtskliniken in Niedersachsen werden. Das Land muss die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen.

### **6. Sektorenübergreifende Versorgung**

#### **zu 1. Vorantreiben der schrittweisen Angleichung der Rahmenbedingungen auf Bundesebene**

Die Empfehlungen der Enquete-Kommission zur Sektorenübergreifenden Versorgung sind insgesamt sehr umfassend und zielgerichtet. Einheitliche Indikatoren, die die Versorgungsqualität auch über Sektorengrenzen hinweg erfassen können, wären ein zusätzlicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung in diesem Bereich.

## **7. Öffentlicher Gesundheitsdienst**

Die Enquete-Kommission hat im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App intensiv über das Spannungsverhältnis zwischen den beiden grundgesetzlich geschützten Rechten auf körperliche Unversehrtheit und auf informationelle Selbstbestimmung diskutiert. In Ergänzung zu den Ausführungen des Abschlussberichtes möchte ich betonen, dass eine Abwägung zwischen Datenschutz und Gesundheitsschutz immer nur anhand des konkreten Einzelfalls erfolgen sollte.

### **zu 1. Schärfung des Profils und der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Ergänzend zum Auftrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und zu den Empfehlungen der Enquete-Kommission schlage ich die Einrichtung einer Landesstiftung für Prävention und Gesundheitsförderung vor. Aufgabe der Stiftung soll es sein, gesundheitsfördernde Lebenswelten in Niedersachsen zu schaffen, Kooperation und Vernetzung der relevanten Akteure zu unterstützen und nachhaltige Strukturen in der Gesundheitsförderung zu schaffen.

## **8. Digitalisierung in der medizinischen Versorgung**

### **zu 1. Verbesserung grundlegender Rahmenbedingungen für die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung**

IT-gestützte Versorgungspfade sollten wegen der hohen Datensensibilität in staatlicher Verantwortung weiterentwickelt werden.



**zu 2. Unterstützung der Innovationsinitiative „Daten für Gesundheit“ (BMBF, BMG, BMWi) zur Verbesserung der Patientenversorgung und der öffentlichen Gesundheit, zur Entwicklung von Gesundheitsinnovationen und zur Förderung des medizinischen Fortschritts**

Insbesondere für kleine und mittlere Kliniken ist die Erhebung qualitativ hochwertiger Daten eine große Herausforderung. Sie sollten gezielt dabei unterstützt werden, damit auch aus ihrer Versorgungspraxis Daten für die Versorgungsforschung genutzt werden können. Auch eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

**zu 3. Stärkung von Vertrauen in digitale Lösungen bei potenziellen Anbieterinnen und Anbietern, Anwenderinnen und Anwendern und Nutzerinnen und Nutzern**

Die Digitalisierung bietet große Chancen für das Gesundheitswesen. Damit alle daran teilhaben können, muss zum einen die Digitalkompetenz älterer Menschen gezielt gestärkt werden. Zum anderen müssen alle Angebote barrierefrei für Menschen mit sensorischen Einschränkungen zur Verfügung stehen.