

Berlin, 21. Juli 2021

## **Daseinsvorsorge verpflichtet – Versorgung und Arbeitsbedingungen für die Zukunft gestalten**

*Positionspapier des Marburger Bundes zur 20. Wahlperiode des Deutschen Bundestages*

Die Coronavirus-Pandemie hat den Wert eines gut funktionierenden Gesundheitswesens als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge deutlich unter Beweis gestellt. Es ist klar geworden, dass die Grundvoraussetzung für eine gute Versorgung die ausreichende Vorhaltung von Kapazitäten ist. Im Vordergrund müssen die Versorgungsnotwendigkeiten stehen – auch und gerade in Krisenzeiten. Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern, mit einem funktionierenden, regional ärztlich geleiteten Öffentlichen Gesundheitsdienst und mit Arztpraxen sowie anderen ambulanten Einrichtungen ist eine verfassungsrechtlich vorgegebene Aufgabe im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Der Anspruch auf eine gute medizinische Versorgung darf nicht rein ökonomischen Erwägungen untergeordnet werden.

Durch die immer stärker wettbewerbsorientierte Gesundheitsversorgung überlagern allerdings vielfach wirtschaftliche Überlegungen notwendige Vorsorge und Vorhaltung. Die unzureichende Vorhaltung von Schutzkleidung, Masken und anderen Materialien zu Beginn der Pandemie hat uns vor Augen geführt, dass die Übertragung industrieller Verfahrensweisen wie die Just-in-time-Lieferung auf das Gesundheitswesen ein absoluter Irrweg ist. Auch abseits der Pandemie haben die zunehmenden Engpässe bei der Versorgung mit bestimmten Arzneimitteln gezeigt, dass der Zug seit einiger Zeit in die falsche Richtung rollt. In der kommenden Legislaturperiode müssen daher die Weichen neu gestellt werden: Die öffentliche Daseinsvorsorge muss im Gesundheitswesen wieder den Stellenwert bekommen, der ihr nach dem Grundgesetz zukommt. Die Waage muss sich wieder in Richtung Patientenversorgung neigen. Gesundheit ist kein marktwirtschaftliches Gut.

Vor allem die Leistungserbringer – Ärztinnen und Ärzte, die Pflege und andere Gesundheitsberufe – stehen ständig unter einem kommerziellen Rechtfertigungsdruck. Humanität und Qualität der Patientenversorgung treten dabei in den Hintergrund.

Das System benötigt eine Neujustierung. Dazu ist es erforderlich, auf allen Ebenen neu zu denken, zu planen und zu gestalten. Ziel muss es sein, die Daseinsvorsorge für die in Deutschland lebenden Menschen effektiv und effizient zu gestalten, ohne die Leistungserbringer im System zu überfordern und die Erwirtschaftung von Renditen über die Patientenversorgung und das Wohl der Mitarbeitenden im Gesundheitssystem zu stellen.

### **Kooperation, Vernetzung und Integration – Versorgung neu gestalten**

Es wird eine der zentralen Herausforderungen der nächsten Jahre sein, die medizinischen Versorgungsstrukturen über die Sektorengrenzen hinweg zu organisieren. Die Sektoren haben sich eingerichtet und schotten sich weitgehend voneinander ab. Die Versorgung muss sich aber an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren und nicht an Sektorengrenzen. Nur durch eine Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche ist eine bedarfsgerechte, flächendeckende und kontinuierliche Versorgung möglich.

#### *Angebote im ländlichen Raum bündeln*

Um die Versorgung auch in der Fläche sicherzustellen, müssen Planungsbereiche flexibilisiert, kleinere Krankenhäuser durch Facharztkompetenz auch aus dem ambulanten Bereich, u.a. durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhausträgern, Krankenhausärzten und Vertragsärzten sowie Zweigpraxen im Krankenhaus, unterstützt werden. Wenn diese regional nicht vorhanden sind, muss das Krankenhaus einen ambulanten fachärztlichen Versorgungsauftrag bekommen.

#### *Kooperationen und Vernetzung fördern*

Nicht nur zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichem Bereich, sondern auch mit der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege sowie Rehabilitationseinrichtungen ist eine Vernetzung notwendig. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den kommenden Jahren kann auch die Öffnung von Krankenhäusern der Grundversorgung für die Übergangspflege/Kurzzeitpflege sinnvoll sein. Wichtig ist und bleibt, dass Krankenhäuser in räumlicher Nähe unabhängig vom Trägerstatus miteinander kooperieren. Das ist nur möglich, wenn der Wettbewerbsdruck durch ein neues Finanzierungssystem reduziert und anstelle von kompetitiven Angeboten die Versorgung mit dem Fokus auf die Patientenbedarfe koordiniert wird.

### *Reform der Notfallversorgung*

Die ambulante und stationäre Notfallversorgung sollte von Krankenhäusern, Vertragsärzten und dem Rettungsdienst in integrativen Strukturen erbracht werden. Der Marburger Bund hat mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits im September 2017 ein Konzept zur Reform der Notfallversorgung aus ärztlicher Perspektive vorgelegt, das die Einrichtung gemeinsamer Anlaufstellen von Vertrags- und Krankenhausärzten vorsieht. Im Krankenhausplan sollten die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser nach Struktur und Umfang auf Grundlage der bundeseinheitlichen Kriterien ausgewiesen werden. Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, halten innerhalb ihres Versorgungsauftrags immer auch eine erforderliche Grundversorgung vor, da der Versorgungsauftrag grundsätzlich umfassend zu erfüllen ist.

### *Fachärztliche Weiterbildung stärken*

Krankenhäuser erfüllen ihre zentrale Rolle als Weiterbildungsstätte zur Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten. Notwendig sind dafür Abteilungsstrukturen, die den Weiterbildungsauftrag ermöglichen, auch im Rahmen einer Verbundweiterbildung, die eine nahtlose Rotation durch alle Weiterbildungsabschnitte gewährleistet. Gute Weiterbildung erfordert zeitliche Ressourcen, die im Stellenplan berücksichtigt werden müssen. Krankenhäuser, an denen ärztliche Weiterbildung erfolgt, sind bei der Krankenhausplanung vorzuziehen.

### **Aktive und stringente Krankenhausplanung**

#### *Versorgungsauftrag nach Versorgungsstufen festlegen*

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ist durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser sicherzustellen. Die Festlegung von Versorgungsstufen im Krankenhausplan sollte verpflichtend sein und nach bundesweit einheitlichen Kriterien erfolgen. Drei Versorgungsstufen - regionale Versorgung, überregionale Versorgung und Maximalversorgung - zuzüglich der Versorgung durch die Universitätsklinika sind vorzusehen. Die Patientinnen und Patienten müssen entsprechend ihrem Versorgungsbedarf behandelt und der jeweils medizinisch notwendigen Versorgungsstufe zugewiesen bzw. dorthin verlegt werden. In Anlehnung an bereits vorhandene Kriterien ist ein zentraler Punkt die Erreichbarkeit der Versorgung. Zusätzlich ist abzustellen auf die Anzahl der Fachabteilungen und die Mindestanzahl und Qualifikation des

ärztlichen Personals. Eine telemedizinische Anbindung erleichtert die Verfügbarkeit von spezialisiertem Fachwissen auch in der regionalen Versorgung. Die Versorgungsaufgaben müssen für jede Stufe definiert werden.

#### *Struktur- und Personalvorgaben definieren*

Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer in der Pflicht, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser sicherzustellen. Dies kann zum Beispiel durch Vorgaben zur Anforderung an Kompetenz und Verfügbarkeit des ärztlichen Dienstes, an apparativer und infrastruktureller Ausstattung erfolgen. Auch die Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte sollte eine solche Strukturvorgabe sein. Zur Krankenhausplanung gehört zwingend, Infektionsbereiche in den Krankenhäusern auszuweisen.

#### *Flächendeckende und vernetzte Versorgungsstrukturen fördern*

Um eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Wohnort sicherzustellen, muss die Krankenhausplanung auch die Versorgungsfunktion für das Umland berücksichtigen. Dem soll durch Planung von Gesundheitsregionen – unabhängig von Landesgrenzen – Rechnung getragen werden. Die Krankenhauspläne sind mit den Bereichsplänen der Rettungsdienste abzustimmen.

#### *Medizinische Kompetenzbündelungen voranbringen*

In den Krankenhausgesetzen der Länder sollte es Regelungen geben, die es der zuständigen Behörde ermöglichen, ein Krankenhaus ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Planerische Schritte zur medizinischen Kompetenzbündelung und Konzentration von Krankenhausangeboten dürfen nicht durch kartell- oder wettbewerbsrechtliche Hürden zu Lasten der Patientenversorgung konterkariert werden.

### **Krankenhausfinanzierung reformieren – Investitionen aufstocken**

Der Marburger Bund lehnt eine Fortführung des Fallpauschalensystems in seiner heutigen Form ab. Die Anwendung der DRG als pauschaliertes Abrechnungssystem für alle stationären Krankenhausleistungen hat zu viele Fehlanreize. Die bisherigen Bemühungen mit einzelnen Korrekturen waren nicht zielführend. Die Finanzierung muss grundlegend neu aufgestellt werden. Das gegenwärtige DRG-System ist durch ein kombiniertes Vergütungssystem aus krankenspezifischen Personalausgaben und Vorhaltekosten abzulösen und durch eine

vollständige Investitionsfinanzierung der Länder und die Abrechnung landeseinheitlicher pauschalierter Sach- und Betriebskosten zu flankieren.

Das neue System muss eine ausreichende Finanzierung und Planungssicherheit gewährleisten. Ebenso muss es ökonomische Fehlanreize wie Personalabbau und die Ausweitung von Leistungen verhindern. Ein neues Finanzierungssystem muss auch im ländlichen Raum geografische Besonderheiten sowie vermehrte Kosten bei Maximalversorgern wie Universitätskliniken berücksichtigen und auf die Anforderungen des demografischen Wandels besser eingehen können.

Ein erster Schritt in diese Richtung erfolgte mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz, das die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System regelt. Dieser eingeschlagene Weg sollte für alle patientennahen Berufe konsequent weitergegangen werden, sonst besteht die Gefahr, dass Kosteneinsparungen durch Personalabbau lediglich verlagert werden, beispielsweise in den ärztlichen Dienst.

Die Personalkosten der direkten Patientenversorgung müssen zukünftig in Höhe einer aufgaben- und patientenorientierten Personalplanung auf Nachweis durch die Krankenkassen finanziert werden. Dabei sind die Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung ebenso zu berücksichtigen wie die Personalentwicklungskosten. Diese Aspekte werden bisher sträflich vernachlässigt, sind aber auch mit Blick auf das zunehmende Ausscheiden der Babyboomer-Generation aus der Berufstätigkeit von zentraler Bedeutung. Sach- und patientenferne Personalkosten, beispielsweise für Verwaltungs- und Reinigungspersonal, sollten in einer pauschalierten Finanzierung verbleiben.

#### *Vorhaltekosten als erlösunabhängige Vergütungskomponente finanzieren*

Vorhaltekosten müssen entsprechend der Versorgungsstufe eines Krankenhauses als leistungsunabhängige Pauschale von den Krankenkassen finanziert werden. Dadurch erhalten Krankenhäuser nicht nur Planungssicherheit, sondern auch Anreize, damit nicht alle Krankenhäuser das tun, was manche besser können. Die Höhe der Vorhaltepauschalen vereinbart die Selbstverwaltung auf Bundesebene.

#### *Krankenhausinvestitionen – gemeinsame Aufgabe von Bund und Ländern*

Der Bund wird weiterhin durch übergeordnete Rahmensetzung Einfluss auf die Krankenhausplanung haben. Es ist deshalb folgerichtig, dass neben den Bundesländern auch der Bund

einen Anteil an der Investitionskostenfinanzierung trägt, wie es auch zuletzt mit Sonderförderprogrammen schon geschehen ist.

Eine mögliche weitere Ko-Finanzierung des Bundes muss nach klar definierten Zielvorgaben erfolgen. Über den bestehenden Strukturfonds hinaus könnte auch über eine Ergänzung der Gemeinschaftsaufgabe nach Art. 91a ff. GG diskutiert werden. Dafür spricht die Notwendigkeit sektorenverbindender und länderübergreifender Versorgungsnetzwerke und Strukturen in der Krankenhausversorgung.

### **Arztwohl ist Patientenwohl – klare Personalbemessung – Arbeitszeitkontrolle und Teamarbeit**

Das Wohlergehen von Patientinnen und Patienten in Akutkliniken und Rehabilitationseinrichtungen steht in einem untrennbaren ursächlichen Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Ärztliche Tätigkeit ist und bleibt auf den Menschen ausgerichtet und stellt stets die Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Modernste Technik kann die ärztliche Tätigkeit und menschliche Zuwendung nicht ersetzen.

#### *Patienten- und aufgabengerechte Personalbemessung umsetzen*

Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige patientenorientierte Versorgung und deren Vergütung ist die Festlegung einer aufgaben- und patientenorientierten Personalbemessung für die Berufsgruppen der direkten Patientenversorgung. Personalvorgaben müssen so bemessen sein, dass eine qualitativ hochwertige, individuelle Patientenversorgung gewährleistet ist. Das Instrument zur Personalbemessung muss umfassend, verbindlich und durchsetzbar sein. Personaluntergrenzen sind nicht geeignet, da deren Unterschreitung sofort zur Notwendigkeit von Aufnahmestopps oder gar Verlegungen von Patienten führt und wesentliche Aspekte wie Fort- und Weiterbildung nicht berücksichtigt werden.

Die adäquate Versorgung von Patienten kann nur dort gelingen, wo alle am Patienten Tätigen gute Bedingungen für ihre Arbeit vorfinden. Arbeits- und Gesundheitsschutz für Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen haben damit maßgeblichen Anteil am Erfolg oder Misserfolg der medizinischen Behandlung und unmittelbaren Einfluss auf das Wohl des Patienten.

### *Verlässliche und planbare Arbeitszeiten*

Verlässliche und planbare Arbeitszeiten stellen unabdingbare Voraussetzungen für die gesunde, ressourcenschonende und nachhaltige Ausübung des Arztberufes dar.

Gesetzlich vorgeschriebene Pausenzeiten sind in vielen Einrichtungen faktisch nicht mehr vorhanden. Kurzfristig angesetzte Dienste zur Kompensation von Ausfällen werden zur Regel. Angestellte Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus leisten durchschnittlich etwa 65 Mio. Überstunden pro Jahr. Diese Missstände haben nicht nur Auswirkungen auf die Freizeit der Beschäftigten und ihr Familienleben. Die Überlastung des Personals ist ein relevanter Risikofaktor für die Patientensicherheit; Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte leiden darunter. Arbeit unter diesen Bedingungen macht krank und ist eine Ursache von zunehmender Teilzeittätigkeit bis hin zur Aufgabe der Tätigkeit in der Patientenversorgung.

### *Verbandsklagerecht für Arbeitnehmerkoalitionen einführen*

Das staatliche Arbeitsrecht hält bereits Schutzregelungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bereit. Der Marburger Bund hat diese Vorschriften in seinen Tarifverträgen beispielsweise durch Regelungen zur elektronischen und manipulationsfreien Arbeitszeiterfassung und -dokumentation ergänzt. Nicht immer werden diese Arbeitsschutzmaßnahmen eingehalten. Wehren sich Arbeitnehmer gegen tarifvertrags- oder gesetzeswidrige Bedingungen, sind karrierehemmende Reaktionen des jeweiligen Arbeitgebers nicht auszuschließen. Solchen Arbeitgebern muss durch regelmäßige, systematische Kontrollen begegnet werden.

Die Überwachung und Durchsetzung des Arbeitszeitrechts werden von den zuständigen Aufsichtsbehörden allerdings nur unzureichend wahrgenommen. Der Marburger Bund fordert daher die Einführung eines Verbandsklagerechts für Arbeitnehmerkoalitionen. Die einzelnen Beschäftigten werden dadurch von der individuellen Durchsetzung arbeitszeitrechtlicher Regelungen befreit. Die Gewerkschaften werden in die Lage versetzt, die staatlichen Stellen in einem formalen Verfahren über systematische Verstöße in Kenntnis zu setzen und damit deren Beseitigung zu unterstützen.

### *Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben als Unternehmenskultur etablieren*

Der demografischen Entwicklung, veränderten Ansprüchen an den Arbeitsplatz und dem Wunsch nach einer geringeren wöchentlichen Arbeitszeit muss mit flexiblen Arbeitsstrukturen Rechnung getragen werden. Gerade im ärztlichen Dienst werden die hohe Arbeitszeit-

belastung und das Festhalten an alten Arbeitszeitmodellen kritisiert. Das gilt insbesondere für die Lebensphasen der Familiengründung und der Angehörigenpflege.

Bei der Kinderbetreuung geht es nicht nur um das Angebot von Betreuungsplätzen. Ein zentrales Thema sind die Öffnungszeiten von Kita und Kindergarten, die häufig nicht mit den ärztlichen Dienstplänen zusammen passen. Insgesamt können Ärztinnen und Ärzte gerade in der Kinder- und Familienbetreuung durch vielfältige Maßnahmen des Krankenhauses unterstützt werden. Diese reichen von der Vorhaltung und Nutzung betriebseigener Einrichtungen bis zur organisatorischen und finanziellen Unterstützung bedarfsgerechter Betreuungsmöglichkeiten.

#### *Aufgabenverteilung im Krankenhaus neu überdenken*

Die vertikal angelegten Personalstrukturen im Krankenhaus sind neu auszurichten, Teamstrukturen müssen gestärkt werden. Alternative Führungsmodelle, beispielsweise im Kollegialsystem, sollten mehr Unterstützung bekommen. Die Vorteile solcher Systeme liegen in einer größeren Mitverantwortung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte und in einer wesentlich flacheren Hierarchie, die dem an Kollegialität und Vernetzung ausgerichteten Charakter der ärztlichen Profession besser entspricht.

#### **Versorgungsqualität: Im Fokus steht der Mensch**

##### *„Werteorientierte Medizin“ umsetzen*

Die Gesundheitsprävention muss in allen Lebenswelten gestärkt werden. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind so zu gestalten, dass genügend Zeit und Raum für Gespräche mit Angehörigen und Patientinnen und Patienten bleibt, um deren individuellen Gesundheitsziele zu ermitteln.

##### *Indikationsqualität stärken*

Ärztinnen und Ärzte müssen frei und unbeeinflusst von ökonomischen Erwartungen Dritter darüber entscheiden können, welche Diagnostik und Therapie sie im individuellen Fall für angemessen und notwendig erachten. Das ärztliche Handeln orientiert sich immer am Wohl des Patienten. Kommerzielle Erwägungen dürfen dabei keine Rolle spielen. Primär ökonomisch ausgerichtete Zielkriterien, die das Risiko in sich bergen, Leistungseinschränkungen oder -ausweitungen zu erwägen, sind unethisch und dürfen deshalb in der Versorgung von Patienten keine Rolle spielen.



### *Qualitätsmanagement und Peer Review voranbringen*

Das Peer Review-Verfahren nach den Vorgaben der Bundesärztekammer ist ein Beispiel für eine niedrigschwellige, interkollegiale und erprobte Qualitätsverbesserungsmaßnahme und sollte in allen Krankenhäusern als solche angewendet werden. Das interne Qualitätsmanagement ist in Krankenhäusern und Arztpraxen von zentraler Bedeutung für die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Patientensicherheit.

### **Öffentlichen Gesundheitsdienst ausbauen und funktionsfähig machen**

Der ÖGD ist auf allen staatlichen Ebenen gefordert: im Bund, auf Länderebene und vor Ort in den Gesundheitsämtern. Der ÖGD versorgt im Rahmen seiner subsidiären und sozial-kompensatorischen Ausrichtung vor allem Bevölkerungsgruppen, für die es keinen oder nur einen erschwerten Zugang zur Regelversorgung gibt.

Das Spektrum der Aufgaben reicht von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Familien mit Kleinkindern, Kita- und Einschulungsuntersuchungen, Untersuchungen und Beratungen von Schwangeren und der Schwangerschaftskonfliktberatung bis hin zu Kontroll- und Überwachungsaufgaben im Bereich des Infektionsschutzes, der Krankenhaus- und Umwelthygiene.

Zu den Aufgaben zählen zudem Beratungs- und Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen, chronisch kranke sowie körperlich behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Menschen. Durch die Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung sowie die unterstützende Beratung bei politischen Maßnahmenplanungen berät der ÖGD politische Entscheidungsträger in Versorgungsfragen und macht auf Versorgungsdefizite aufmerksam.

### *ÖGD und Corona*

Zu den grundlegenden Aufgaben des ÖGD in Zeiten einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gehören die Kontaktpersonennachverfolgung und das Quarantäne-Management von Infizierten und Verdachtsfällen. Diese Aufgaben waren mit dem zur Verfügung stehenden qualifizierten Personal nicht zu bewältigen. Die mit der Pandemie einhergehenden unverzichtbaren, aber zeitaufwändigen Aufgaben konnten teilweise nur zulasten anderer Aufgaben erfüllt werden. Die seit vielen Jahren vorherrschende chronische Unterfinanzierung hat den ÖGD vielerorts – und nicht nur in der akuten Corona-Pandemie-Phase – über die Belastungsgrenzen geführt.

### *Personalaufbau endlich konsequent angehen*

Entscheidend zur dauerhaften Verbesserung und Absicherung der Funktionsfähigkeit des ÖGD ist die Verbesserung der personellen Situation. In den nächsten 10 bis 15 Jahren werden rund drei Viertel der Ärztinnen und Ärzten, die derzeit im ÖGD arbeiten, in den Ruhestand gehen. Bundesweit sind aktuell nur noch rund 400 Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen im ÖGD tätig.

Es müssen nun endlich die Stellenpläne im ÖGD alltags- wie pandemiegerecht aufgestellt werden. Dabei muss sich die Eingruppierung insbesondere der Ärztinnen und Ärzte an den arzt-spezifischen Tarifen der in Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen und Ärzten orientieren und nicht an denen anderer Berufsgruppen in der öffentlichen Verwaltung, deren Ausbildung, Tätigkeit und Verantwortung nicht mit denen der Ärztinnen und Ärzte vergleichbar ist.

Darüber hinaus bedarf es einer grundlegenden Verbesserung der technischen und digitalen Ausstattung des ÖGD durch eine zügige flächendeckende Anbindung an DEMIS und die Sicherstellung von interoperablen digitalen Systemen über die Landesgrenzen hinaus, um die Frühwarnsysteme und Meldeverfahren zu beschleunigen.

### **Digitalisierung aus ärztlicher Sicht gestalten und flächendeckend fördern**

Deutschland steht bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems weit hinter anderen Ländern zurück. Die Digitalisierung könnte die Gesundheitsversorgung durch ein sektorenübergreifendes und zeitnahes Vorliegen von Behandlungsinformationen verbessern, Ärzteschaft und Pflege mehr Zeit für die Patientenversorgung geben und die Patientensicherheit erhöhen. Das Patientenwohl muss der Maßstab sein, an dem sich die Digitalisierung des Gesundheitswesens auszurichten hat.

Die Erarbeitung von Digitalisierungszielen und ein Umsetzungsplan sind wichtige Voraussetzungen, um die Finanzierung sicherzustellen. So gilt es z.B., Investitionen in die Digitalisierung im stationären Sektor zu fördern, ohne dabei ineffiziente Krankenhausstrukturen zu konservieren. Kurzfristig sollte die dortige diskretionäre Finanzierung der Digitalisierung bereits an zielorientierte Strukturveränderungen geknüpft werden, langfristig sollten die Investitionskosten der Digitalisierung in die Regelfinanzierung übernommen werden.

In zu schneller Taktung hat der Gesetzgeber die Einführung digitaler Anwendungen der Telematikinfrastruktur vorgegeben: Notfalldaten, eMedikationsplan, elektronische Patientenakte, eRezept und elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) seien beispielhaft genannt. Die Anbindung an die Prozesse in der Versorgung und die Interoperabilität muss besser gewährleistet werden.

### *Das Krankenhaus der Zukunft muss digital sein*

Das Zukunftsprogramm zur Modernisierung der Krankenhaus-IT in Deutschland, das mit dem Krankenhauszukunftsgesetz eingeführt wurde, ist ein Meilenstein für die Digitalisierung der Krankenhäuser.

Bei der Implementierung muss die Sichtweise derjenigen berücksichtigt werden, die als Anwenderinnen und Anwender, also Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräfte, am besten beurteilen können, welche digitalen Lösungen ihren Arbeitsalltag und damit auch die Versorgung tatsächlich verbessern würden. Um dies strukturiert abzusichern, müssen IT-Beiräte in allen Krankenhäusern eingerichtet werden, in denen die Geschäftsleitung, die IT-Abteilungen sowie die eigentlichen Anwenderinnen und Anwender in der Ärzteschaft und Pflege zusammenarbeiten.

Wer für die Zukunft plant, muss die Expertise hochqualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Klinik in seine Förderanträge einbeziehen – sonst ist das Geld womöglich an der falschen Stelle investiert.

### **Klimaschutz und Gesundheit**

Die Erderwärmung und der damit einhergehende Klimawandel mit all seinen verheerenden Folgen sind bereits heute eine Gefahr für die Gesundheit vieler Menschen. Die mit Hitze verbundene Mortalität bei Menschen über 65 Jahren ist in den letzten 20 Jahren um 53,7 Prozent gestiegen. Die drittmeisten Hitzetoten in dieser Altersgruppe hatte dabei im Jahr 2018 Deutschland zu verzeichnen (nach China und Indien). Insgesamt starben 2018 weltweit 296.000 Menschen durch extreme Hitze.

### *Planetary Health*

Klimawandel und Gesundheit lassen sich nicht trennen. Sämtliche Indikatoren, die der Lancet Report zu den Auswirkungen des Klimawandels analysiert hat, haben sich in den vergangenen

Jahren verschlechtert und ziehen weitreichende Konsequenzen für die globale Gesundheit nach sich. In der Folge wird der Bedarf an medizinischer Versorgung klimabedingter Erkrankungen zunehmen.

Insbesondere die Ärzteschaft ist der gesundheitlichen Prävention, der Schaffung und dem Erhalt aller gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Umweltbedingungen verpflichtet. Der Stopp des vom Menschen gemachten Klimawandels und damit seiner Folgen auf die menschliche Gesundheit muss absolute Priorität auch im gesundheitspolitischen Handeln haben.

Maßnahmen gegen klimabedingte Gesundheitsauswirkungen müssen umgehend geplant und umgesetzt werden. Dazu gehört es, vulnerable Bevölkerungsgruppen zu identifizieren, die Kapazität der öffentlichen Gesundheitssysteme zu bewerten, Vorsorgemaßnahmen zu entwickeln und in diese zu investieren. Das Thema Klimawandel muss in das Curriculum des Medizinstudiums, in die Weiterbildungsordnungen und Fortbildungsprogramme aufgenommen werden.

#### *Klimafreundliches Krankenhaus*

Krankenhäuser sind ressourcenintensive Großverbraucher und können gleichzeitig einen erheblichen Beitrag zum Klimaschutz leisten. Einsparungen in den Bereichen Energie und Wasser, Beschaffung, IT, Mobilität, Abfallvermeidung und Speisenversorgung sind notwendig und möglich. Klimasiegel und Best Practice-Modelle fördern das Bewusstsein für Verbesserungsmöglichkeiten und geben Orientierung.

Die notwendigen finanziellen Mittel für Veränderungen müssen zweckgebunden zusätzlich zu den bisherigen Investitionsmitteln zur Verfügung gestellt werden. Sie zahlen sich schnell aus und werden den zukünftigen Investitionsbedarf reduzieren.

Ärztinnen und Ärzte sind bereit, Vorreiter beim Klimaschutz zu werden, um auch so präventiv zu wirken.

#### **Gewerkschaften stärken – Tarifeinheitsgesetz abschaffen**

Das Tarifeinheitsgesetz ist ein politischer Irrweg, dessen beste Korrektur die völlige Aufhebung des Gesetzes wäre. Durch das Gesetz werden Branchengewerkschaften gegenüber Berufsgewerkschaften bevorzugt. Berufsspezifische Tarifverträge wie die des Marburger

Bundes für die angestellten Ärztinnen und Ärzte, die von Gewerkschaften mit einem hohen Organisationsgrad in der jeweiligen Berufsgruppe abgeschlossen werden, könnten von Branchentarifverträgen verdrängt werden, in denen die Interessen solcher Berufsgruppen aufgrund ihres Minderheitenstatus nicht berücksichtigt werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat 2017 diesen Mangel erkannt und Nachbesserungen verlangt, die der Gesetzgeber allerdings nur unzureichend umgesetzt hat. Die verfassungsrechtlichen Einwände gegen den beispiellosen Eingriff in die Koalitionsfreiheit sind nach wie vor berechtigt.

*„Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, ist es notwendig, kein Gesetz zu machen.“ (Montesquieu)*

Bislang kam das Tarifeinheitsgesetz zwar noch nicht zur Anwendung, eine möglicherweise drohende Unterordnung bestimmter Berufsgruppen unter die Tarifhoheit sogenannter Einheitsgewerkschaften ist aber ein ständiger Begleiter in den Tarifverhandlungen. Die Anwendung des Gesetzes würde mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer größeren Zahl von Konflikten in den Betrieben führen, die letztlich die Beschäftigten und die Gewerkschaften insgesamt schwächen würden. Der Marburger Bund hat daher zusammen mit Verdi Vorkehrungen getroffen, diese Konflikte in den Krankenhäusern zu vermeiden.

Der Gesetzgeber täte dennoch gut daran, das Tarifeinheitsgesetz gänzlich abzuschaffen und so einen substantiellen Beitrag zur Stärkung der Tarifautonomie zu leisten. Das Grundgesetz gewährleistet die Koalitionsfreiheit für jedermann und alle Berufe (Artikel 9 Absatz 3 GG). Eine Privilegierung bestimmter Gewerkschaftsformationen widerspricht dem freiheitlichen Geist der Verfassung.