

„Konsens für große Reformen organisieren“

Wie wird die stationäre Versorgung der Zukunft aussehen? Wie kann das Problem des Pflegepersonalmangels angegangen werden? Im Rahmen des Krankenhausgipfels der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) am 16. März 2022 in Berlin diskutierten Vertreter der Krankenhäuser und Politiker aus Bund und Ländern die Zukunft der Krankenhausfinanzierung und weitere dringliche Probleme der Kliniken in Deutschland. Die Misere der Krankenhäuser hat sich nach zwei Jahren Dauerbelastung noch deutlich verschärft.

Die tiefen Krisen der Gegenwart – die Coronapandemie und der Krieg in der Ukraine – haben massive, existenzielle Auswirkungen auf die Krankenhäuser. Dennoch könnte, diese Befürchtung schwang in allen Beiträgen und Diskussionen des Krankenhausgipfels mit, die dringende Notwendigkeit einer Krankenhausreform und einer auskömmlichen, verlässlichen Finanzierung der stationären Versorgung an Priorität einbüßen und auf den politischen Agenden ins Hintertreffen geraten.

Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach**, der wegen der anstehenden Abstimmung im Bundestag zum Infektionsschutzgesetz seine Teilnahme am Krankenhausgipfel abgesagt hatte, unterstrich in einer Videobotschaft die „herausragende Bedeutung“ der Krankenhäuser bei der Bewältigung der Coronapandemie und danke den Pflegekräften, den Ärztinnen und Ärzten und allen anderen Mitarbeitern der Kliniken für ihren Einsatz: „Sie haben Professionalität und Menschlichkeit gezeigt.“

Nun gelte es, gemeinsam Lösungen zu entwickeln für eine Krankenhausplanung, die eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung für die Zukunft gewährleiste. Er schloss seine Grußbotschaft mit einem Versprechen an die Vertreter der Krankenhäuser: „Ich bin immer für Sie erreichbar!“

Schlechte Stimmung in den Kliniken

Einer Blitzumfrage des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) zufolge sind 75 % der Krankenhäuser nicht mehr in der Lage, ihr vollständiges Leistungsangebot aufrechtzuerhalten.

„Die wirtschaftliche Lage und auch die Stimmung in den Krankenhäusern ist viel schlechter, als Politik und Öffentlichkeit dies wahrnehmen“, warnte der DKG-Vorstandsvorsitzende **Dr. Gerald Gaß** im Rahmen seiner Auftaktrede. Und weiter: „Wenn jetzt nicht gehandelt wird, dann werden wir in den kommenden Jahren Krankenhausschließungen in bisher nie gesehenem Ausmaß haben. Sollten die Zukunftsaufgaben der Krankenhäuser weiter zurückgestellt werden, würden weder die Bürger noch die Beschäftigten dies akzeptieren.“

Zu Corona sei kaum mehr als eine Zwischenbilanz möglich angesichts aktuell wieder steigender Zahlen, so der DKG-Vorstandsvorsitzende. Ohne das leistungsfähige Gesundheitswesen in Deutschland wäre die Krise nicht so bewältigt worden. Die



„Die Stimmung in den Krankenhäusern ist viel schlechter, als Politik und Öffentlichkeit dies wahrnehmen“, berichtet der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß.

ganze Bandbreite der Krankenhäuser in Deutschland habe dazu beigetragen. „Echte“ Triage sei Deutschland erspart geblieben – auch, weil Beschäftigte bis zur Erschöpfung ihr Bestes gegeben hätten. Auch habe die DKG die Politik bei Ihren Maßnahmen in der Pandemie jederzeit unterstützt und war bereit, Verantwortung zu übernehmen, erinnerte Gaß. „Nun laufen die Coronaregelungen aus, und es ist irritierend, wenn politisch Verantwortliche sich streiten, wer wann Masken tragen soll, die Krankenhäuser aber weiterhin im Unklaren gelassen werden, ob und wie der Rettungsschirm angesichts weiter steigender Coronazahlen fortgeführt werden wird.“

Derweil organisieren Krankenhäuser Hilfe für Menschen in der Ukraine und spendeten Güter, die auch zum Zeitpunkt des Gipfels bereits unterwegs in die Ukraine waren. Patienten aus der Ukraine sind bereits in deutschen Kliniken angekommen, weitere werden erwartet, etwa im Rahmen der Evakuierung ukrainischer Krankenhäuser. Mehr als 50 krebskranke Kinder aus der Ukraine sind bereits in deutschen Kliniken eingetroffen und werden weiter versorgt. Die Krankenhäuser bräuchten nun zügig Regelungen für Leistungen jenseits des Asylbewerber-Leistungsgesetzes, die die Krankenhäuser erbringen können. „Es darf kein Streit entstehen, wer die Kosten trägt, jetzt sind unbürokratische Regelungen gefragt“, so Gaß.

Gaß appellierte eindringlich an **Prof. Dr. Edgar Franke**, der als Parlamentarischer Staatssekretär Minister Karl Lauterbach vertrat: „Lassen sie uns nicht im Regen stehen! Sorgen sie zusammen mit ihren Kollegen in den Ländern dafür, dass sich die Lage in den kommenden Jahren nicht weiter zuspitzt!“

Hohe Erlösverluste und milliardenschwere Defizite bei den Investitionsmitteln bei explodierenden Baukosten und unge-



Der Parlamentarische Staatssekretär Prof. Dr. Edgar Franke unterstrich, eine Strukturreform könne nur gelingen, wenn alle Beteiligten zusammenarbeiten.

deckten Personalkostensteigerungen in dreistelliger Millionenhöhe, dazu dramatisch steigende Energiekosten treiben die Kliniken in die Enge.

Die Bürger hätten in den zwei Jahren Coronapandemie den Wert eines funktionierenden Gesundheitssystems schätzen gelernt, so Gaß. Die Reformagenda dürfe auch angesichts der Ukraine Krise nicht auf Eis gelegt werden.

Prof. Dr. Edgar Franke, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, unterstrich, eine Strukturreform könne nur gelingen, wenn alle Beteiligten zusammenarbeiten. Er bekräftigte die Notwendigkeit, die geplante Regierungskommission zügig einzusetzen.

Dr. Gerald Gaß forderte einen geordneten statt eines kalten Strukturwandels. „Wir brauchen eine Strukturreform, die die Balance zwischen Spezialisierung und wohnortnaher Versorgung gewährleistet.“ Der DKG-Chef mahnte ein Umdenken an, sowohl in der Finanzierung als auch in der sektorenübergreifenden Organisation, um die flächendeckende Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung auch in Zukunft zu sichern. Die Pandemie habe gezeigt, dass das Fallpauschalensystem deutlich reformiert werden muss, um den zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden.

Ambulante Potenziale der Kliniken nutzen, sektorenübergreifende Ansätze fördern

In der Versorgung müssten die Krankenhäuser ihre ambulanten Potenziale den Patienten zur Verfügung stellen können und dürfen. Hier gälte es, Hürden abzubauen, denn gerade in Regionen, in denen die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich immer schwieriger werde, könnten Krankenhäuser die ambulante Versorgung sichern. „Doch die ambulanten Potenziale der Kliniken sind keine Lückenfüller. Die Krankenhäuser brauchen die Möglichkeit, im Interesse der Patienten bislang stationär erbrachte Leistungen zukünftig auch ambulant zu erbringen.“ Zu diesen ambulant-klinischen Leistungen gehörten aus Sicht der Krankenhäuser diejenigen Leistungen, die die

Ausstattung und den multiprofessionellen Hintergrund des Krankenhauses benötigten. Die ambulant-klinischen Leistungen könnten, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, über Hybrid-DRGs vergütet werden, die sich an der bisherigen stationären Vergütung orientieren. Dies sei zugleich eine Chance, den sektorenübergreifenden Versorgungsansatz zu fördern, denn Kliniken sollen mit niedergelassenen Ärzten kooperativ zusammenarbeiten können. Gerald Gaß stelle den Zuhörern konkrete Eckpunkte für ein Konzept der ambulant-stationären Versorgung und ihrer Finanzierung vor.

Eckpunkte für ein Konzept ambulant-stationärer Versorgung

Das Konzept, das der DKG-Vorstandsvorsitzende präsentierte, ist ein weitreichender Reformansatz zur Ambulantisierung bisher vollstationärer Behandlungen im Krankenhaus, der in vielerlei Hinsicht die Arbeit im Krankenhaus verbessern würde und den Patienten einen echten Fortschritt in der Gesundheitsversorgung bringen könnte.

„Wir wissen aus internationalen Erfahrungen, und dies bestätigt auch das IGES-Gutachten zur Zukunft des ambulanten Operierens, dass Deutschland weit hinter seinen Möglichkeiten zurückbleibt, wenn es darum geht, qualitativ hochwertige ambulante Versorgung auch bei komplexeren Krankheitsbildern in den Krankenhäusern anzubieten“, so Gaß. Wissenschaftliche Studien kämen zu dem Ergebnis, dass bei entsprechenden Rahmenbedingungen durch die an den Krankenhäusern vorhandene medizintechnische Infrastruktur und das dort beschäftigte interdisziplinäre Fachpersonal im günstigsten Falle bis 20 % bisher vollständig stationär erbrachter Krankenhausleistungen auch klinisch-ambulant erbracht werden können, erklärte der DKG-Vorstandsvorsitzende: „Wenn es uns gemeinsam gelingt, in einem verantwortlich gestalteten Transformationsprozess die dafür notwendigen Strukturen und Prozesse an den Krankenhäusern aufzubauen, dann können wir gleich mehrere gesundheitspolitische Ziele erreichen und damit unser Gesundheitssystem vor allem für die Patientinnen und Patienten weiterentwickeln“, so der DKG-Chef weiter.

Der Vorschlag der DKG zur ambulant-stationären Versorgung sei nicht nur realistisch, sondern könne auch im Konsens mit den wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen umgesetzt werden. Auf Basis des IGES-Gutachtens könne ein Katalog an stationärsersetzenden Leistungen definiert werden, nach dem die Krankenhäuser zukünftig nach medizinischen Aspekten selbst entscheiden, ob sie diese Leistungen klinisch-ambulant oder stationär erbringen. „Diese Behandlungen gehen in ihrer Komplexität deutlich über den bisherigen Katalog des klassischen ambulanten Operierens hinaus und müssen deshalb auch zur Patientensicherheit durch entsprechende Strukturvorgaben als Vorbehaltsaufgaben für die KH definiert werden“, so Gaß. Die Krankenkassen finanzieren diese Leistungen einheitlich, unabhängig davon, ob ein KH diese klinisch-ambulant oder stationär versorgen, zunächst weiterhin auf Basis der bisher dafür kalkulierten Fallpauschale. Diese Form der Finanzierung setze in die-

Anzeige

ser Entwicklungsphase einen starken Anreiz, den Ambulantisierungsprozess zu beginnen und die dafür notwendige Umstellung in den Krankenhäusern für diese stationersetzenden Leistungen zu realisieren.

Dieser Vorschlag bedeute keine Mehrkosten für die Krankenkassen, so Gaß weiter. In der Perspektive würde die Solidargemeinschaft von den Vorteilen der Ambulantisierung profitieren. Die Ambulantisierung bisher vollstationär erbrachter Leistungen greife auch nicht in das Behandlungsgeschehen der Kassenärztlichen Vereinigungen ein. „Es gibt kein Konfliktpotenzial an der Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung“, so der DKG-Vorstandsvorsitzende.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte könnten auf Basis von Kooperationsverträgen in dieses neue Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern einbezogen werden. „In einem solchen Konzept erreichen wir mehrere Ziele, die bisher als zentrale Probleme unseres Gesundheitssystems identifiziert worden sind“, unterstreicht Gaß: „Wir bieten den Patientinnen und Patienten ein neues attraktives Versorgungsgebiet an, wobei sie qualitätsgesichert auf hohem Niveau die Versorgung eines Krankenhauses in Anspruch nehmen und dennoch einen stationären Aufenthalt vermeiden können. Wir öffnen die Krankenhäuser mit ihrer hochwertigen medizintechnischen Infrastruk-

Das Konzept ambulant-stationärer Versorgung

- Die ambulant-stationärer Versorgung bietet Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, auch komplexere Behandlungen qualitätsgesichert und mit allen Vorteilen der Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen und dennoch stationäre Aufenthalte zu vermeiden.
- Fachpersonal könnte stärker auf die verbliebenen Fälle stationärer Patientinnen und Patienten konzentriert werden, denn im Bereich der klinischen ambulanten Versorgung werden deutlich weniger Pflegekräfte benötigt. Dies bedeutet eine spürbare Entlastung vor allem des Pflegepersonals und damit ein wichtiger Beitrag zur Reduzierung des Fachkräftemangels.
- Das Konfliktpotenzial und damit die Belastung durch Regulierung und Bürokratie mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst würde erheblich reduziert, weil der Streit um die Frage, ob ein Patient tatsächlich stationär im Krankenhaus behandelt werden musste, in diesem hybriden Leistungsgeschehen keine Rolle mehr spielt.
- Die Krankenhäuser mit ihrer hochwertigen medizintechnischen Infrastruktur würden für die intensivere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geöffnet und damit die Barrieren zwischen den Sektoren spürbar abgebaut.

tur für die intensivere Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und bauen so die Barrieren zwischen den Sektoren spürbar ab“, so Gaß.

Das knappe Fachpersonal könnten mit diesem Konzept besser auf die verbleibenden stationären Fälle konzentriert werden, weil im Bereich ambulant-stationärer Versorgung deutlich weniger Pflegekräfte benötigt würden. So wäre eine spürbare Entlastung des Pflegepersonals möglich, was einen wichtigen Beitrag zur Behebung des Fachkräftemangels darstelle. Auch würde das Konfliktpotenzial mit den Kassen und dem Medizinischen Dienst reduziert, weil der Streit um die Frage, was ambulant, was stationär behandelt werden muss, keine Rolle mehr spielen würde.

„Das zeigt, wir sind offen und bereit für Veränderungen. Wir fordern aber von der Politik auch Respekt und Anerkennung für herausragende Leistungen in der Spitzenmedizin ebenso wie für die enormen Anstrengungen bei der wohnortnahen Versorgung und dem Aufrechterhalten von Notfallstrukturen auch im ländlichen Raum“, so Gaß weiter.

Von den Ländern erwarteten die Krankenhäuser, dass sie sich an der Gestaltung dieser Zukunftsaufgabe angemessen mit ausreichenden Investitionsmitteln beteiligen und gezielt den Aufbau dieser neuen ambulanten Strukturen wie etwa den Aufbau von somatischen Tageskliniken fördern.

Diese Behandlungen gehen in ihrer Komplexität deutlich über den bisherigen Katalog des klassischen ambulanten Operierens hinaus und müssen deshalb auch zur Patientensicherheit durch entsprechende Strukturvorgaben als Vorbehaltsaufgabe für die Krankenhäuser definiert werden.

Konsens ist gefragt

Die großen krankenhauspolitischen Reformen sollen in einer Regierungskommission vorbereitet und dann in einer Bund-Länder Arbeitsgruppe abgestimmt werden, so heißt es im Koalitionsvertrag. „Eine solche Regierungskommission muss vor allem den Konsens zwischen Politik, den betroffenen Akteuren und der Gesellschaft organisieren“ so der DKG-Vorstandsvorsitzende: „Denn wir haben kein Erkenntnis-, sondern ein Konsensproblem.“ Es brauche keine weitere Expertenrunde, die die bekannten Vorschläge noch einmal darlege. „Das Gesundheitswesen leidet seit vielen Jahren daran, dass niemand den Konsens für große Reformen organisieren konnte. Die Kliniken stünden bereit für Reformen, erwarteten aber auch, an der geplanten Regierungskommission beteiligt zu werden“, so Gerald Gaß weiter.

In der Vergangenheit sei der G-BA, die Selbstverwaltung von der Politik auch missbräuchlich eingesetzt worden, so Gaß. Diese sei beauftragt worden, Veränderungen „herbeizuregulieren“, statt ein gemeinsames Zielbild von Bund und Ländern zu entwerfen. Dies sei aber in der Verantwortung der Politik: Es sei immer auch eine gesellschaftspolitische Frage, was wollen wir und wie wollen wir die Versorgung organisieren? Diese Balance kann die Selbstverwaltung nicht gewährleisten. „Wir brauchen einen Konsens zwischen Bund und Ländern, wieviel Wohnort-



nähe, welche Rahmenbedingungen wollen wir. Dann wären wir auch in der Lage, die Bevölkerung mitzunehmen bei Strukturveränderungen.

Reform der ambulanten Notfallversorgung

Auch die ambulante Notfallversorgung bedarf einer Reform, so Gaß. Für die Krankenhäuser stehe fest, dass die Sicherstellung im niedergelassenen Bereich verbleibt. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss und soll gelten. Um aber die ambulante Notfallversorgung dauerhaft gewährleisten zu können, sei eine enge Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Krankenhäusern notwendig: „Unser Reformvorschlag setzt auf den bereits existierenden Versorgungsstrukturen auf und entwickelt diese weiter.“

Die DKG formulierte vier Zielsetzungen im Sinne der Patienten: Nachvollziehbare und eindeutige Strukturen, klare Verantwortlichkeiten, qualitativ hochwertige medizinische Behandlungen, flächendeckende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgung und den effizienten und effektiven Einsatz finanzieller Mittel.

Grundsätzlich sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) zukünftig der Behandlungsbereich für die ambulanten Notfälle sein. INZ soll es dann an den Krankenhäusern geben, die eine stationäre Notfallstufe nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben. Patienten durchlaufen eine standardisierte Ersteinschätzung am gemeinsamen Tresen durch qualifizierte Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder des Krankenhauses. Klarheit und Definition von Zuständigkeiten, aber auch Abgrenzung seien wesentliche Voraussetzungen für eine gute Kooperation. „Dazu haben wir ein Konzept erstellt, das klare Definitionen, beispielsweise der Zeiten, wann Portalpraxen oder Kliniken die Versorgung übernehmen, enthält. Zudem muss die Vergütung der ambulanten Notfälle auskömmlich sein“, so Dr. Gerald Gaß.

Fachkräftemangel, Bürokratie und Überregulierung

Dass nach der Pandemie Reformen in der Krankenhauspolitik nötig werden, bestätigten die Vertreterinnen und Vertreter aller beteiligten Parteien und Fraktionen. Insbesondere der anhaltende Personalmangel wird die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre begleiten. „Wir werden den Wettbewerb um die jungen Menschen für die sozialen Berufe in den Krankenhäu-

Ziele für die ambulante Notfallversorgung

- Nachvollziehbare und eindeutige Strukturen, klare Verantwortlichkeiten
- Qualitativ hochwertige medizinische Behandlungen
- Flächendeckende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgung
- Effizienter und effektiver Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel

Die Vielfalt der Pflegebranche

Seien Sie dabei, wenn sich die Pflegebranche 2022 endlich wieder in Stuttgart trifft. Die PFLEGE PLUS bietet mit der attraktiven Kombination aus Fachmesse und Kongress neue Impulse, wichtige Fortbildungsinhalte und ein breites Ausstellungsportfolio für Management und Fachpersonal.

Hauswirtschaft im Fokus

Pflege und Hauswirtschaft gehören zusammen. Bei den ausstellenden Unternehmen, im Forum und im begleitenden Fachkongress der PFLEGE PLUS erhalten Sie umfangreiche Informationen zu beiden Themengebieten.

www.pflegeplus-messe.de

17.-19. MAI 2022
MESSE STUTT GART



Die Probleme der Krankenhausversorgung nach der Pandemie diskutierten Dr. Gerald Gaß, Dr. Eibo Krahmer, Sachsen-Anhalts Gesundheitsministerin Petra Grimm-Benne, Stephan Pilsinger (MdB, CDU/CSU), moderiert von Cornelia Wanke. Fotos: DKG/Lopata

„... und damit auch unsere Zukunftsfähigkeit verlieren, wenn die Politik in dieser Legislaturperiode nicht handelt“, sagte DKG-Vorstandsvorsitzender Gaß.

Besonders ächzten die Krankenhäuser unter der nach wie vor hohen Bürokratielast. Nicht nur in Zeiten des Pflegepersonalmangels und gesteigerter Ausfälle durch Krankheit und Quarantäne sei es nicht akzeptabel, dass Krankenhausbeschäftigte mehrere Stunden täglich für medizinisch und pflegerisch oft nicht notwendige Dokumentationsarbeiten verbringen. Übermäßige Bürokratie und Regulierung behindere auch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit; gerade auch, wenn es um die ambulanten Potenziale der Krankenhäuser geht. „Es muss aufhören, dass Pflegekräfte ihre wertvolle Arbeitskraft stundenlang für bürokratische Arbeiten verschwenden müssen, statt die Patientinnen und Patienten zu betreuen.“, so Gerald Gaß.

Im Rahmen der politischen Runde verwies Sachsen-Anhalts Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, **Petra Grimm-Benne**, auf die Notwendigkeit, Modelle der integrierten Versorgung im ländlichen Raum zu etablieren, um die Versorgung zu sichern: „Wir haben bestimmte Bereiche im ländlichen Raum, die wir nicht mehr aufrechterhalten können, wie etwa die Geburtshilfe und die Kinder- und Jugendmedizin.“ Modelle der integrierten Versorgung könnten hier Verbesserung erreichen. „Bis wir hierfür eine Finanzierung bekommen, wird es noch zwei Jahre dauern“, prophezeit die Ministerin.

Diese Versorgungsmodelle müssten so attraktiv ausgestaltet werden, dass auch Fachkräfte in ländliche Gebiete kommen würden. „Und auch die Patienten müssen Vertrauen haben in die Integrierte Versorgung vor Ort“, so Grimm-Benne. Bei der Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung ländlicher Gebiete spiele auch Digitalisierung eine wichtige Rolle, so die Gesundheitsministerin.

Dr. Eibo Krahmer, Geschäftsführer Finanzmanagement, Infrastruktur und Digitalisierung bei Vivantes, mahnte angesichts der Folgewirkungen des Ukrainekrieges, die es gesamtwirtschaftlich zu schultern gelte, vor einem ungeordneten Strukturwandel mit negativen Folgen für die flächendeckende stationäre Versorgung.

„Mit Klein-Klein kommen wir nicht weiter. Die kommunalen Krankenhäuser haben investiert in Spezialisierung, die Grund- und Regelversorgung ist dabei zu kurz gekommen“. Er sprach von einer Kannibalisierung aus Ertragsgründen als Fehlentwicklung durch Fehlanreize. Die Patienten wollen schnell und gut versorgt werden – vor Ort. Deshalb brauchen wir ein tragbares gutes Konzept der Vorhaltekosten. Wir müssen uns fragen: Welche Versorgung wollen wir? Welches Qualitäts- und Leitungsniveau? Das müssen wir endlich überdenken und diskutieren.“

„Die Ambulantisierung muss von Bürokratie entfesselt werden; forderte **Stephan Pilsinger** (MdB, CDU/CSU). Die Politik müsse Krankenhäuser befähigen, ambulante Versorgung auszubauen. „Starre Sektorengrenzen können wir uns nicht mehr leisten“, so Pilsinger weiter.

Pilsinger fragte nach der Zusammensetzung der geplanten Expertenrunde und mahnte an, Digitalisierungsexperten in die Kommission zu integrieren. „Auch Frauen sollten eine größere Rolle in der Kommission spielen, so der CDU-CSU-Abgeordnete – eine größere jedenfalls als im Auditorium des Krankenhausgipfels, auf dem nur vereinzelt Frauen ausfindig zu machen waren.“

Dr. Gerald Gaß: Wir sind bei den starren Sektorengrenzen an einem Punkt angekommen, wo wir nicht weiterkommen. Eine Grundversorgung 24/7 ist im heutigen Finanzierungssystem nicht abgebildet und hat keine Chance auf Refinanzierung ihrer Kosten.

Nadine Hobuß, Intensivpflegerin der Charité, betonte, dass für Anerkennung der Leistungen der Pflegefachkräfte nicht nur eine bessere Bezahlung entscheidend ist. Es müssten zahlreiche Zahnräder ineinandergreifen, etwa auch Maßnahmen zur Entlastung der Pflegekräfte beispielsweise durch Hilfskräfte. Arbeitsteilung könnte helfen, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Wichtig sei auch die Akademisierung der Pflege sowie die Selbstverwaltung durch Pflegekammern.

DKG-Präsident **Ingo Morell** berichtete, besonders frustrierend würden die Pflegepersonaluntergrenzen erlebt, an denen der Personaleinsatz ausgerichtet werden müsse. „Wir sollten den Einsatz von Pflegekräften am Bedarf der Patienten ausrichten.“

Ateş Gürpınar (MdB/ Die Linke) spricht sich für die Einführung der PPR 2.0 aus, dem Vorschlag der DKG, des Deutschen Pflegerats und ver.di. Die Anwerbung von ausländischen Pflegekräften sieht er kritisch: Es sei gegenüber den betroffenen Ländern, die die Pflegekräfte ausgebildet hätten, ein unfairer Brain drain. Besser wäre, so der Abgeordnete, geflüchteten konsequent Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten in der Pflege zu ermöglichen.

Katrin Rüter