

Der Gesundheitsausschuss: Die Neuen

Nach dem Regierungswechsel hat sich die Gesundheitspolitik auf Bundesebene nicht nur im Ministerium neu aufgestellt. Auch der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags hat nach der Bundestagswahl 2021 viele neue Gesichter. Einige sind erfahrene Mediziner, auch Klinikärzte, die die Probleme des Gesundheitswesens und der Krankenhäuser genau kennen.

Der 42 Mitglieder zählende Gesundheitsausschuss der 20. Wahlperiode erscheint diverser als je zuvor: Die neuen Bundestagsabgeordneten und Ausschussmitglieder – Junge und weniger Junge, männlich, weiblich, divers, interessante Persönlichkeiten mit verschiedenen Bezügen zur Gesundheitspolitik versprechen spannende Perspektiven in die Diskussionen um die entscheidenden Fragen der Gesundheitsversorgung zu bringen. Wer sind „die Neuen“? Das Krankenhaus stellt einige der Newcomer in den kommenden Ausgaben vor. Der Gesundheitsausschuss diskutiert alle Themen der Gesundheitspolitik von der Bewältigung der Coronapandemie über die menschenwürdige, qualitativ hochwertige Pflege bis hin zur flächendeckenden ärztlichen Versorgung und bereitet Entscheidungen vor, um das Gesundheitssystem für die Herausforderungen der Zukunft fit zu machen – so heißt es auf der Website des Deutschen Bundestages zum Gesundheitsausschuss. Wie stehen „die Neuen“ zu den brennenden Themen der Gesundheits- und Krankenhauspolitik? Wir starten die kleine Serie mit und Tina Rudolph (30, SPD) und Prof. Dr. Armin Grau (62, Bündnis 90/Die Grünen).

„Gute bezahlte Arbeit für Pflegekräfte – und Zeit zur Regeneration“

Interview mit Tina Rudolph (SPD)

Sie sind Ärztin und kommen vom Uniklinikum in Jena nach Berlin ins Parlament. Was treibt sie als „Newcomerin“ in die Politik?

Eigentlich hat mich der klassische Weg über viele Stationen in die Politik geführt. Ich bin irgendwann in die SPD eingetreten, weil ich fand, dass viele Dinge anders laufen sollten. Ich wollte aber nicht nur von außen kritisieren, sondern ein Teil der Lösung sein.

Über die SPD-Mitgliedschaft bin ich mit vielen politischen Feldern und Themen in Kontakt gekommen. Ich habe mich aber gleich auch in der Gesundheitspolitik umgesehen. In der SPD gibt es gut organisierte und starke Arbeitsgruppen, und besonders die Arbeitsgruppen Gesundheit sind sehr gut und kompetent besetzt, sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. In Thüringen habe ich mich in diesem Feld stark engagiert und bin dann auch Stadträtin in Jena geworden. Die Kommunalpolitik hat mir gezeigt, dass man wirklich etwas bewegen kann und positive Ergebnisse tatsächlich machbar sind. Und vor allem, dass gute Politik einen Unterschied machen kann.

Diese positiven Erfahrungen in Thüringen haben mich weiter motiviert für die Politik. Ich wollte deshalb auch auf Bundesebene wirken, wo viele gesundheitspolitische Fragenstellungen entschieden und geprägt werden. Mich treibt das Anspruch, vor allem in einem hochentwickelten Land wie Deutschland eine gute Gesundheitsversorgung für alle zu ermöglichen.

Sie sind auf Usedom aufgewachsen – einem Sehnsuchtsort der Berliner. Über Thüringen sind Sie nun in die Hauptstadt gekommen – sind Sie gern in Berlin?

Ich fühle mich sehr wohl in Berlin und kenne die Stadt schon lange recht gut. Ich habe hier einige Pflegepraktika gemacht und später als wissenschaftliche Mitarbeiterin von Edgar Franke, den ehemaligen Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses, der nun Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium ist, gearbeitet.

Ich genieße den Wechsel zwischen Berlin und Thüringen sehr: Wenn ich nach Sitzungswochen wieder in Thüringen bin, mit den Leuten spreche oder – wie zuzeit – die Bürgermeister in meinem Wahlkreis abklappere. Das macht mir großen Spaß. Das erdet einen auch, man wird sich dann immer wieder bewusst, warum man das macht, warum man in die Politik gegangen ist. Nach Usedom komme ich leider nicht mehr so oft, das ist sehr schade.

Hat Ihre Zeit als Mitarbeiterin von Edgar Franke Sie geprägt für die Arbeit im Gesundheitsausschuss?

Dass ich bereits für Edgar als wissenschaftliche Mitarbeiterin arbeiten durfte, hat mir den Einstieg erleichtert. Am Anfang ist es gar nicht so leicht, sich in den parlamentarischen Strukturen zurecht zu finden und so ganz hat sich ehrlich gesagt auch nach vier Monaten noch keine Routine eingestellt. Da war es sehr hilfreich, die Arbeit der AG und des Gesundheitsausschusses

ses schon ein Stück weit zu kennen und die parlamentarischen Prozesse zu einigen gesundheitspolitischen Themen in der letzten Legislatur verfolgen zu können. Jetzt freue ich mich sehr darauf, eigene Schwerpunkte setzen zu können.

Welches ist Ihr Hauptanliegen als MdB bzw. als Mitglied des Gesundheitsausschusses?

Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Aber wir haben gerade in der letzten Zeit gesehen, dass unser Gesundheitssystem zwar einerseits sehr krisenfest ist. Aber wir haben auch gemerkt, dass der Zugang gar nicht so selbstverständlich ist. Die drängendsten Probleme sind nachhaltige Finanzierung, auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des Kostendrucks, generell um Zugang, der für alle Menschen eine gute Gesundheitsversorgung bedeutet.

Was sind die dringendsten Probleme der Kliniken?

Kostendruck, Personalmangel, Digitalisierung größte Herausforderungen. Das müssen wir im Gesundheitssystem anpacken, nicht nur in den Krankenhäusern.

Während der Coronapandemie sind die Mitarbeiter in den Kliniken extrem gefordert und vielfach überlastet. Viele reduzieren die wöchentliche Arbeitszeit oder geben gar den Beruf auf. Was kann dagegen getan werden?

Wir müssen gute Arbeitsbedingungen und eine gute Bezahlung für die Pflege schaffen. Die wenigsten Pflegenden bringen ja ihren Unmut in höheren Gehaltsforderungen zum Ausdruck. Die meisten wollen vor allem geregelte und verlässliche Arbeitszeiten. Dazu gehört beispielsweise auch, anstrengende zusätzliche Schichtdienste angemessen zu honorieren, etwa durch Steuerfreibeträge.

Ich setze mich vor allem für die Reduzierung der Arbeitszeit bei vollem Lohnausgleich ein. Ich glaube, dass wäre ein überzeugender Ausdruck von Wertschätzung: Es bedeutet gute bezahlte Arbeit, aber auch ein Leben danach, mit Zeit für Regeneration und für die Familie.

Wir dürfen aber auch den Pflegeberuf nicht schlecht reden. Das ist ein sehr schöner, extrem sinnstiftender Beruf. Wir sollen auch die Attraktivität der Gesundheitsberufe besser herausstellen und gleichzeitig mehr dafür tun, dass diese erhalten bleibt und der Beruf bis zum Rentenalter auch attraktiv bleibt.

Was kann die Politik zur Lösung des Pflegekräftemangels beitragen?

In der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit der SPD in Thüringen haben wir einen Antrag gestellt, der die 30-Stunden-Woche für Pflegenden bei vollem Lohnausgleich vorsieht. Ich hoffe, dass die Bundeskonferenz der Arbeitsgruppen Gesundheit dieses Ziel auch beschließt. Im Koalitionsvertrag ist das nicht verankert. Aber ich bin überzeugt, dass wir hier ansetzen müssen. Sonst werden wir das Problem nie lösen. Dabei müssen wir selbstverständlich die Tarifpartner einbinden. Es gibt auch vonseiten der Gewerkschaften Forderungen, die in diese Richtung gehen.



Tina Rudolph (MdB, SPD). Foto: Maximilian Bubinger

In der Industrie ist das in der Vergangenheit ja bereits gelungen, Arbeitszeit zu reduzieren bei vollem Lohnausgleich. Die Pflegeberufe sind leider nicht so stark in Arbeitnehmervertretungen organisiert wie etwa die Metallindustrie. Es wäre sehr schön, dieses auch einmal in einem dezidiert sozialen Beruf durchzusetzen, auch um zu zeigen, dass politisches und insbesondere auch gewerkschaftliches Engagement etwas bringt und Änderungen erkämpfen kann, die wirklich spürbar Verbesserungen bringen.

Wann wird PPR 2.0 an den Start gehen?

So schnell wie möglich, wir arbeiten daran. Wir brauchen diese Entlastung für die Pflege jetzt. Dabei ist sehr wichtig, dass PPR 2.0 von ver.di, dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickelt wurde: Es ist praxisorientiert und hat Rückhalt bei denen, die es anwenden sollen.

Auch, wenn PPR2.0 nur als Übergangslösung gedacht ist, bietet das Instrument einen guten und praktikablen Ansatz, weil Pflegegeschlüssel entstehen, die den Kliniken eine verlässliche, gute Planung ermöglichen und eine hohe Qualität der Pflege sicherstellen können.

Sind die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) damit Geschichte?

Pflegepersonaluntergrenzen haben ihre Berechtigung als wirkliche Untergrenzen, die einen Minimalstandard definieren. Das wird es auch künftig geben müssen. Wir dürfen aber nicht zulassen, dass Untergrenzen sich als De-facto-Standard etablieren, über den man nicht hinauskommt. Das kann nicht der Anspruch sein.

Die Selbstverwaltung soll ein neues Bemessungsinstrument für die Pflege auf den Weg bringen. Welche Kriterien sollte es erfüllen?

Das Bemessungsinstrument sollte zu einem Personalschlüssel führen, der den Pflegenden ermöglicht, gut zu arbeiten, und für

Tina Rudolph zählt zu den jungen „Neuen“ im Parlament. Die 30jährige Ärztin arbeitete vor ihrer Wahl in den Deutschen Bundestag als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Uniklinikum in Jena und an der Jenaer Universität. Neben ihrer Mitgliedschaft im Gesundheitsausschuss ist sie als stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft und im Verkehrsausschuss.

Gut zwei Jahre lang war die Medizinerin als wissenschaftliche Mitarbeiterin für Edgar Franke tätig, den ehemaligen Opferbeauftragten der Bundesregierung und ehemaligen Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses. Tina Rudolph wuchs in Mecklenburg-Vorpommern auf – auf der Insel Usedom. Vor elf Jahren zog sie nach Thüringen. Während ihres Medizinstudiums arbeitete die Sozialdemokratin nebenbei in der Pflege – damals noch für unter 7 € pro Stunde, wie sie auf ihrer Website hervorhebt. Der SPD habe sie den Mindestlohn zu verdanken, der damals für sie bedeutete, zwei Nachdienste weniger im Monat arbeiten zu müssen.

Während einiger Auslandsaufenthalte in ihrem Studium lernte sie andere Gesundheitssysteme kennen. So hat sie eine Famulatur in Livingstone (Sambia) und ein Terial ihres Praktischen Jahres in Manila (Philippinen) verbracht.

Seit 2019 war Tina Rudolph Mitglied des Jenaer Stadtrates und für die SPD-Fraktion unter anderem im Finanzausschuss, im Werkausschuss des kommunalen Jobcenters, im Nahverkehrsbeirat, im Klimabeirat und Beirat für Bäder und Freizeit.

den Patienten bedeutet, gut gepflegt zu werden. Wenn es die Pflegekräfte immer häufiger sehr starker Belastung ausgesetzt sind, dann heißt das auch, dass immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten bleibt. So passieren durch niedrige Personalschlüssel auch Fehler, die Qualität der Pflege leidet.

Gleichzeitig muss eine verlässliche Planung möglich sein. Die Kliniken müssen sicherstellen können, dass das Personal auch vorhanden ist. Wenn das nur möglich ist, wenn bei einem etwas höheren Krankenstand wieder in Doppelschichten gearbeitet werden muss, ist das nicht zielführend.

Ist das Pflegebudget ein geeignetes Instrument, den Mangel an Pflegekräften zu beheben?

Die Ausgliederung der Pflege aus dem Fallpauschalensystem ist der richtige Ansatz. Die Kliniken standen unter hohem Druck, mussten aus den erwirtschafteten Erlösen nicht nur die Betriebskosten, sondern gleichzeitig oft noch Investitionskosten aufbringen. Deshalb wurde an den Pflegepersonalkosten zu viel gespart, weil es dort am einfachsten möglich war. Das hat den Mangel an Pflegepersonal deutlich befördert.

Die Pflegebudgets haben aber in vielen Fällen zu einer Dynamik zwischen Kliniken und Krankenkassen geführt, die auch

für Schwierigkeiten gesorgt hat in der praktischen Umsetzung. Diese Uneinigkeit hat auch mit Fehlanreizen zu tun, etwa, was den Einsatz von Pflegekräften und von Hilfskräften betrifft beziehungsweise mit der Frage, was zur Pflege am Bett dazugehört. Das funktioniert nicht immer reibungslos. Da ist ein gezielteres Vorgehen gefragt und eine genauere Definition dessen, was mit dem Pflegebudget finanziert wird.

Soll sich der Bund an der Investitionsfinanzierung beteiligen?

Das ist ein zweiseitiges Schwert. Über das Krankenhauszukunftsgesetz passiert das ja bereits. Damit geht aber einher, dass man sich im Bund dann aber auch einen gewissen Einfluss auf die Strukturplanung erhofft. Das muss zusammengedacht werden.

Die Krankenhausplanung muss ein Stück weit neu gedacht werden. Eine gute Versorgungsstruktur ist die Voraussetzung dafür, dass das System auch gut finanzierbar ist. Der zweite wichtige Ansatz ist die Finanzierung selbst: Hier haben die Fallpauschalen einen sehr hohen Kostendruck erzeugt und zu Fehlanreizen geführt. Diese gilt es zu beheben – ohne zu einem System der Selbstkostendeckung zurückkehren, das die zentralen Probleme der Kliniken auch nicht lösen kann. Das ist die große Herausforderung, vor der wir stehen.

Das Krankenhausfinanzierungssystem muss weiterentwickelt werden, beispielsweise, indem man das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen differenziertes System durch Vorhaltepauschalen ergänzt. Diese Budgets sollen den Kliniken ein Stück weit mehr Unabhängigkeit von den Fallpauschalen geben – zugunsten einer guten Gesundheitsversorgung für alle Patienten. Auch müssen die ambulante und die stationäre Versorgung gut ineinandergreifend funktionieren.

Wie soll die Krankenhausplanung künftig funktionieren? Soll der Bund mehr Einfluss nehmen?

Das Thema wird in den Regionen hochemotional diskutiert, und dies zurecht. Es macht angesichts knapper Ressourcen rational Sinn, bestimmte Angebote auf spezialisierte Zentren zu konzentrieren. Für viele Menschen spielen aber auch andere Dinge wie beispielsweise die Entfernung zur Klinik also die wohnortnahe Gesundheitsversorgung eine große Rolle. Gerade für ältere Personen ist es sehr wichtig, dass Angehörige sie ohne Probleme besuchen können, dass der Kontakt zu Familie und Umfeld auch bei längeren Klinikaufenthalten nicht abreißt. Bei anstehenden Reformen geht es um einen tiefgreifenderen Wandel, um Ambulantisierung, wohnortnahe Versorgung und spezialisierte Versorgung in Zentren, die gut ineinandergreifen sollen. Für die Modernisierung und den Strukturwandel in Bezug auf die stationäre Versorgung sind Investitionen in einem Umfang notwendig, die die Länder in der derzeitigen Situation so nicht angemessen leisten können. Hier müssen sich Bund und Länder zusammensetzen und klar definieren: Wieviel Versorgung ist angemessen in den verschiedenen Versorgungsebenen Grund-, Regel- und Maximalversorgung? Welche Kranken-



hausstandorte sollen wie umgewandelt oder gar geschlossen werden? Hier braucht es konkretere Vorgaben, die aus meiner Sicht auch auf Bundesebene mitgestaltet werden müssen.

Das ist für die Länder und die Kommunen vielleicht nicht einfach zu akzeptieren. Auf der anderen Seite ist es aber ein Unding, dass die Länder ihrer Verantwortung für die Investitionsfinanzierung nicht gerecht werden und die Kliniken gezwungen werden, für Investitionen Mittel aufzubringen, die eigentlich für Betriebskosten, zum Beispiel Personal, gedacht sind. Das ist ein seit Jahren andauernder Missstand, der die Kliniken in existenzielle Not bringt und den wir so nicht weiter hinnehmen können.

Sehen Sie Reformbedarf beim Gemeinsamen Bundesausschuss?

Ja. Die Pflege muss dort besser repräsentiert werden.

Alle Koalitionspartner haben eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung gefordert. Der Koalitionsvertrag ist an dieser Stelle nicht sehr konkret.

Unser Anliegen ist sehr klar, wir brauchen bessere sektorenübergreifende Versorgung. Über welche Instrumente das funktioniert, wird sich in den kommenden Jahren erst herauskristalisieren müssen. Das wird sicher kein einfacher Prozess.

Für die Gesundheitsversorgung außerhalb großer Ballungszentren wollen wir auch stärker Elemente der soziale Gesundheitsversorgung etablieren, etwa Community Nurses und Gesundheitskioske, die niedrigschwellige, gut erreichbare Angebote darstellen.

Unser Themenschwerpunkt im Februarheft befasst sich mit Frauen in Führungspositionen. Der Anteil der Frauen im Gesundheitswesen und in den Kliniken ist sehr hoch. Ihr Anteil in den leitenden Positionen aber weiterhin gering. Was tun?

Das Bewusstsein für dieses Ungleichgewicht ist aber gewachsen und auch die Strukturen haben sich hier und da zugunsten der Frauen verbessert. Doch spätestens, wenn man sich für Kinder entscheidet, wird es schwer, beides unter einen Hut zu bekommen. Leider ist es aber oft noch immer die Frau, die im Zweifel kürzertritt, und das mag dann der entscheidende Knick auf der Karriereleiter sein.

In Sachen Vereinbarkeit von Familie und Beruf gibt es noch einiges zu tun, obwohl sich da schon sehr viel getan hat. Viele Kliniken sind da auf einem guten Weg. Sie können es sich gar nicht leisten, auf die weiblichen Fachkräfte zu verzichten und helfen ihnen, Familie und Beruf in Einklang zu bringen. Viele haben betriebseigenen Kitas oder bieten flexible Schichtmodelle an, die auf individuelle Wünsche in Bezug auf die Arbeitszeit eingehen. Übrigens ist es auch für junge Väter oft nicht einfach, wenn sie für ihre Kinder die Arbeitszeit reduzieren wollen. Mir scheint, dass dies bei Männern nicht in gleicher Weise akzeptiert wird.

Das Gespräch führte Katrin Rüter



Die Plattform für Pflegeprofis

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.

Impulse für die Klinik

Führungskräfte und Pflegepersonal von Kliniken erhalten auf der PFLEGE PLUS bei interessanten Vorträgen im Forum sowie im begleitenden Fachkongress wertvolle Impulse zu den Themen Personalmanagement, stationäre Pflege sowie Umgang mit Demenz.

www.pflegeplus-messe.de

17.-19. MAI 2022
MESSE STUTT GART