

Landesfrauenrat M-V e.V. / Heiligengeisthof 3 / 18055 Rostock

An das
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport
Mecklenburg-Vorpommern
19048 Schwerin
Funktionspostfach
-per E-Mail-

Flora Mennicken
Vorsitzende

Monique Tannhäuser
Geschäftsführerin

Heiligengeisthof 3
18055 Rostock

Telefon 0381 – 490 24 42
tannhaeuser@landesfrauenrat-mv.de
www.landesfrauenrat-mv.de

24. Januar 2025

Stellungnahme des Landesfrauenrates M-V im Rahmen der Verbandsanhörung zum Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)

Sehr geehrte Frau Wark, sehr geehrter Herr Goffrier,

ich bedanke mich für die Zusendung des Entwurfs des o. g. Gesetzentwurfs und die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme. Als größter Dachverband für gleichstellungspolitische Verbände und Initiativen in Mecklenburg-Vorpommern beschäftigt uns die Thematik vor allem hinsichtlich der gleichstellungsrelevanten Aspekte der Krankenhausversorgung.

Zu §8 Beteiligte

Abs. 2

Als weitere Beteiligte empfehlen wir ausdrücklich, den Landeshebammenverband oder eine adäquate Vertretung (z.B. Amtshebamme) aufzuführen.

Die Geburtshilfe zählt zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen eines Krankenhauses, die u.a. spezielle planungsrelevante Qualitätsindikatoren erfüllen muss, um bundesweit einheitliche Standards zu gewährleisten. Darüber hinaus erfordert die Geburtshilfe oft eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, z.B. mit der Kinder- und Jugendmedizin, was bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden muss. Auch die spezifisch strukturellen und personellen Voraussetzungen, wie z.B. die Möglichkeit einer Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt, sind planerisch zu berücksichtigen.

Zu § 29 Aufnahme und Versorgung

Die Anforderung einer patientenzentrierten, diskriminierungsfreien und barrierefreien Behandlung incl. Verweis auf das AGG begrüßen wir ausdrücklich. Offen bleibt hier allerdings, wie das konkret umgesetzt wird und welche Folgen die Nichtumsetzung bzw. eine nicht hinreichend konsequente Umsetzung hat.

Beispielsweise würde die mangelnde Berücksichtigung von Erkenntnissen der Gendermedizin in der Diagnostik und Behandlung gegen den hier formulierten Grundsatz verstoßen. Um die konsequente Umsetzung und das allseitige Verständnis dafür zu befördern, sollten konkrete Umsetzungsmaßstäbe in weiteren Verordnungen o.ä. zu setzen.

Der Hinweis im Begründungstext:

„Durch die Krankenhäuser verantwortete Forschung muss geschlechtersensibel und diskriminierungsfrei erfolgen. Gleiches gilt für Forschungsansätze die in die Versorgung implementiert werden sollen sowie zugehörige und allgemeine Aus-, Fort- und Weiterbildungen“

fokussiert auf weitere Voraussetzungen zur Gewährleistung einer diskriminierungsfreien Behandlung. Auch diese sollten in den Gesetzestext aufgenommen werden, da sie allein in der Begründung keinerlei verbindliche Wirkung erlangen.

Zu § 30 Versorgung besonderer Patientengruppen

Wir empfehlen die Umformulierung des Artikels in: „Versorgung von Patient*innengruppen mit besonderen Bedürfnissen“. Die Variante der geschlechtergerechten Schreibweise passen Sie bitte entsprechend der aktuellen Verwaltungsvorschrift an.

Frauen, Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung etc. sind keine „besondere“ Gruppe, vielmehr haben diese je nach Kontext spezifische Bedürfnisse, die zu berücksichtigen sind. Die Einstufung „besonderer Gruppen“ kann die Abweichung und Andersartigkeit von einer „Norm“ implizieren, die nicht selten zu Ausgrenzung und Stereotypisierung führt. Damit kann eine solche Bezeichnung unbeabsichtigt negative Konnotationen transportieren und zur Verstärkung von Vorurteilen beitragen.

Abs. 1

Wir empfehlen die Ergänzung und Umformulierung dieses Absatzes (Änderungen sind kursiv markiert):

Die Krankenhäuser ergreifen geeignete Maßnahmen, *auf Grundlage diesbezüglich existierender strategischer Ziele auf Bundes- und Landesebene*, um den *Bedürfnissen und davon abgeleiteten* Bedarfen von Frauen *und Familien* vor, während und nach der Geburt ihres Kindes Rechnung zu tragen. Insbesondere *müssen* die Maßnahmen dazu beitragen, *eine physiologische Geburt zu ermöglichen* und das Selbstbestimmungsrecht der Frau während der Geburt zu wahren. *Familien* sind nach der Geburt ihres Kindes auf *Hebammenbetreuung*, Angebote der Wochenpflege *sowie* Beratungsangebote ~~insbesondere~~ aus dem Bereich der Frühen Hilfen hinzuweisen oder auf Wunsch der Patientin zu vermitteln. Krankenhausträger sollen mit Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern zusammenarbeiten oder können eigene Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger vorhalten.

Der Verweis auf existierende Ziele auf Bundes- und Landesebene (z.B. das Zielbild Geburtshilfe und Pädiatrie 2030, das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“) als Grundlage für zu treffende Maßnahmen sollte im Gesetzestext verbindlich verankert werden, um die sehr vage Formulierung „geeignete Maßnahmen“ näher zu spezifizieren.

Der Festlegung von Bedarfen geht immer schon ein Abgleich der zur Verfügung stehenden Ressourcen voraus, daher sind sie nicht deckungsgleich mit den Bedürfnissen einer individuellen Person. Das Bedürfnis nach einer sicheren Geburtsumgebung z.B. kann individuell sehr unterschiedliche Bedarfe erzeugen bzw. kann der Bedarf von Ärzt*innen, Pflegepersonal, Hebammen etc. sehr unterschiedlich interpretiert werden. Daher sollte hier zuallererst auf das Bedürfnis der gebärenden Frauen abgestellt werden.

Die ursprüngliche Formulierung „möglichst interventionsarm“ lässt zu viel Interpretationsspielraum. Ziel aller Maßnahmen muss die Ermöglichung einer physiologischen Geburt sein, denn diese dient der Erhaltung und Stärkung der Gesundheit von Mutter und Kind. Zu viele bzw. teils unnötige Interventionen erschweren die Erreichung dieses Ziels jedoch enorm.

Zielgruppe für die Versorgung rund Geburt sind nicht nur die schwangere/gebärende Frau, sondern auch deren familiäre Bezugspersonen, da auch bei ihnen ein Teil der Verantwortung für das Neugeborene liegt. Der alleinige Fokus auf Frauen impliziert und verstärkt eine geschlechterstereotype Arbeitsteilung, wonach in allererster Linie die biologische Mutter für Schwangerschaft und Versorgung des Kindes zuständig sei.

Abweichungen vom Selbstbestimmungsrecht der Frau sind in keinem Szenario hinnehmbar. Insofern kann in dem entsprechenden Satz nur eine Muss-Bestimmung formuliert werden.

Abs. 7

Das Angebot für Schwangerschaftsabbrüche muss im Sinne der Selbstbestimmung von Schwangeren flächendeckend vorhanden sein. Wir plädieren daher ausdrücklich für eine Muss-Bestimmung.

Nach § 13 Abs. 2 SchKG muss das Land „ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen“ sicherstellen. Insofern muss die Vorhaltung des Angebotes für Krankenhäuser verpflichtend geregelt werden, auch ungeachtet der Regelung in §12 Abs. 1 SchKG. Es obliegt dann den Trägern, entsprechendes Personal einzustellen, das dem Gewissen nach in der Lage ist, dem Versorgungsauftrag nachzukommen. Mit der hier formulierten Soll-Bestimmung scheint der Gesetzgeber die Perspektive der Leistungserbringer vorwegzunehmen, das ist jedoch nicht seine Aufgabe.

Zudem entfällt nach §12 Abs. 2 SchKG die Gewissensfreiheit, wenn "von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung" abgewendet werden muss. Krankenhäuser, die kein Angebot zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen vorhalten, können dieser gesetzlichen Vorgabe nicht entsprechen. Bei allen anderen Eingriffen wird als Qualitätsmaßstab eine gewisse Durchführungsroutine (in Form von Fallzahlen) bei den zuständigen Ärzt*innen erwartet. Das dieser Anspruch bei einem Schwangerschaftsabbruch nicht gelten soll, entbehrt jeder Begründung.

Zum Begründungstext § 30 Abs. 1

Bitte ergänzen: „die Einführung *zertifizierter* Hebammengeleiteter Kreißsäle“, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Der Begriff hebammengeleitet allein ist noch kein Qualitätsmerkmal, da ihm kein definierter Kriterienkatalog zugrunde liegt. Seit 2024 können sich Hebammenkreißsäle risikoauditieren lassen. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit den deutschlandweit größten Haftpflichtversicherern für Krankenhäuser und dem Deutschen Hebammenverband (DHV).

Bitte ändern und ergänzen: „*Gebärende* sind außerdem auf den *Anspruch einer Hebammenbetreuung* sowie auf Unterstützungs- und Beratungsangebote hinzuweisen.“

Zu § 32 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Abs. 3

Die Zahlung einer Entschädigung sollte mindestens als Soll-Bestimmung formuliert werden. Die Funktion der Patient*innenfürsprechenden ist mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden (z.B. feste Sprechzeiten, jährlicher Bericht), der eine verbindliche Entschädigung mehr als rechtfertigt. Das würde nicht nur die Wertschätzung der bedeutenden Arbeit zum Ausdruck bringen, sondern auch das Ehrenamt attraktiver machen und langfristig die Qualität der Patient*innenvertretung gewährleisten. Zudem erhalten andere kommunale Wahlämter (z.B. Mitglieder kommunaler Vertretungen) mit einem vergleichbaren Verantwortungs- und Aufgabenumfang ebenfalls verbindlich festgelegte Entschädigungsleistungen.

Zu §33 Ausbildung und Berufsrecht

Abs. 1

Wir empfehlen, die Förderung der *multiprofessionellen* Aus-, Fort-, und Weiterbildung zu ergänzen. Diese tragen nachweislich zur Verbesserung der Patient*innen-Versorgung bei.

Zu §34 Qualitätssicherung

Abs. 1

Für eine konsequente Qualitätssicherung sollte die Umsetzung aktueller Leitlinien (höchster Standard S3) gefordert werden: „Das Krankenhaus ist verpflichtet, Leistungen *entsprechend den aktuellen fachlichen Leitlinien (mind. S3)* und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen [...]“

Damit wird das geforderte Qualitätsmanagement ergänzt, da dies lediglich selbstaufgelegte Qualitätsstandards anstelle der aktuell evidenzbasierten vorgibt.

Leitlinien unterstützen Ärzt*innen und Patient*innen bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung. Sie fördern die Transparenz medizinischer Entscheidungen und fassen den aktuellen Wissensstand aus Wissenschaft und Praxis zusammen. Sie tragen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung bei, indem sie evidenzbasierte Handlungsempfehlungen geben. Sie sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin und bewerten die Aussagekraft der publizierten Literatur.

Zu § 36 Krankenhaushygiene und Umwelt

Abs. 3

Die Wirtschaftlichkeit von Umwelt- und Klimaschutzmaßnahmen sollte nicht nur auf Grundlage von Anschaffungskosten betrachtet werden. Auch Folgekosten und zu erwartende zukünftige Einsparpotentiale durch Nutzung klimafreundlicher Alternativen sind zu berücksichtigen.

Durch nachhaltige Beschaffungsprozesse können Krankenhäuser ihre Emissionen signifikant reduzieren. Bei der Beschaffung müssen daher auch die Lebenszykluskosten von Produkten, einschließlich Anschaffungs-, Nutzungs- und Entsorgungskosten, sowie die externen Umweltkosten in Betracht gezogen werden. Dies bedeutet, dass es nicht nur die direkten Kosten, sondern auch die ökologischen Auswirkungen eines Produkts über dessen gesamte Lebensdauer zu berücksichtigen gilt. Dies sollte im Begründungstext ausgeführt werden.

Formulierungsvorschlag für den Gesetzestext: „Im Rahmen der Landeskrankenhausförderung und beim Betrieb der Krankenhäuser sind *langfristig ausgelegte Umwelt- und Klimaschutzmaßnahmen zum Schutz der Patient*innen und zur Vermeidung von Folgekosten umzusetzen.*

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser des Landes nicht ausreichend auf Folgen des Klimawandels (z.B. langandauernde Hitzewellen) vorbereitet. Insofern sollten auch Klimafolgenanpassungskonzepte in das Gesetz aufgenommen werden.

Mit besten Grüßen



Monique Tannhäuser