

Gemeinwohlorientiert, Bedarfsgerecht, Wissenschaftlich

Positionspapier zum Krankenhauswesen in Bremen

Einleitende Anmerkungen: Die diesjährigen Überlegungen von der Geno-Geschäftsführung und der Bremer Gesundheitssenatorin, das strukturelle Defizit der Gesundheit Nord (GeNo) durch Stellenabbau im ärztlichen Bereich zu reduzieren, hat eine emotionale Debatte innerhalb der Landespartei die Linke über den richtigen Weg in der stationären Gesundheitsversorgung entfacht.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Corona-Pandemie erschließen sich Einsparungen im Krankenhausbereich nicht. Mit dem hier vorliegenden Positionspapier wollen wir den aktuellen Stand der Debatte aufgreifen und wissenschaftlich fundierte linke Positionen zu den drängenden Fragen im Krankenhaus- und Gesundheitssektor entwickeln. Als Leitmotive dienen uns dabei die Ideale eines solidarischen Gesundheitssystems, einer qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung und guter Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Krankenhaus und in der ambulanten Pflege.

Position 1: Abschaffung neoliberaler Elemente im Krankenhausbereich wie Fallpauschalenvergütung (DRG-System) und Verbot von Gewinnen im Krankensektor

Wir sind überzeugt, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sowie gesundheitliche Chancengleichheit nur durch ein gutes, solidarisch ausgestaltetes Gesundheitssystem gewährleistet werden können. Die aktuelle, neoliberal geprägte und gewinnorientierte Struktur im Gesundheitssystem, die Kliniken mittels der Abrechnung über Fallpauschalen in eine Konkurrenzsituation um lukrative Fälle zwingt, hat eine bedarfsorientierte Behandlung durch eine gewinnorientierte Versorgung ersetzt. Im Mittelpunkt stehen nicht mehr die Patient*innen und deren sichere Versorgung durch ausreichendes und gut ausgebildetes Personal. Stattdessen stehen die maximale Erlös- und Gewinnsteigerung im Vordergrund, um fehlende staatlichen Investitionen auszugleichen oder Aktionärsinteressen zu bedienen.

Es lassen sich beispielhaft vier negative Auswirkungen, hervorgerufen durch diese Entwicklung, auch mit Bezug zur GeNo aufzeigen.

- Erstens: Erlössteigerung durch eine massive Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Hier lassen sich u.a. Outsourcing mit erheblichem Lohnabbau im tertiären Bereich (Assistenz, Hygiene, Küche etc.) sowie ein Personalabbau bei gleichzeitiger Fallzahlsteigerung im Bereich der Pflege anführen.
- Zweitens: Gewinne werden privatisiert, Verluste sozialisiert. Dieses gängige Muster neoliberaler Wirtschaftspolitik zeigt sich nun auch im Gesundheitssektor nach Einführung der Fallpauschalen und der Möglichkeit, Gewinne zu erwirtschaften. Während private Klinikbetreiber sich auf erlösstarke Eingriffe und Behandlungsmethoden spezialisieren (siehe Roland-Klinik) und Krankenkassen- sowie staatlichen Investitionsbeiträge in Shareholder Value umwandeln, werden verlustreiche Abteilungen, wie Pädiatrie und Geburtshilfe, vorwiegend

durch kommunalen Betreiber geführt, um die öffentliche Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten.

- Drittens: Über-, Unter- und Fehlversorgung der Bevölkerung. Es zeigen sich eindeutige Tendenzen, dass die in Deutschland praktizierte Vergütung mittels Fallpauschalen zu einer Verzerrung der Versorgungslage und zu gleichzeitig vorhandener Über- wie Unterversorgung geführt hat. Eingriffe und Krankenhausaufenthalte werden zur Stabilisierung der Klinikfinanzen vermehrt durch ökonomische Motive gelenkt und nicht primär durch den vorhandenen Bedarf oder die medizinische Notwendigkeit. Dadurch leidet die Behandlungsqualität der Bürgerinnen und Bürger, da sie einerseits, durch nicht zwingend indizierte Eingriffe, unnötigen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und Ihnen andererseits notwendige und zeitnahe Gesundheitsversorgung und gesundheitliche Infrastruktur verwehrt bleibt.
- Viertens: Konkurrenz zwischen einzelnen Abteilungen innerhalb eines Hauses oder zwischen den einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen, welche eine bestmögliche Patient*innenversorgung verhindert. Eine Fachabteilung oder ein Krankenhaus erhält nur dann finanzielle Mittel aus dem Fallpauschalen-System, wenn Patient*innen dort behandelt werden, nicht aber, wenn diese in eine geeignetere Abteilung oder Versorgungsstruktur weitergeleitet werden. Es besteht somit kein Anreiz für eine sinnvolle interdisziplinäre sowie sektorenübergreifende Zusammenarbeit – das Gegenteil ist der Fall. Durch das aktuelle Finanzierungssystem wird Konkurrenzdenken befeuert und Patient*innen erleben eine gestückelte und schlecht organisierte Versorgung.

Unter Beachtung des oben Gesagten ist ein Stellenabbau bei der GeNo Ausdruck eines neoliberalen Gesundheitssystems, das nicht die qualitativ hochwertige und bedarfsorientierte Versorgung der Bevölkerung und auch nicht die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitsbereich im Blick hat, sondern einzig und allein als Maskerade der unzureichenden öffentlichen Investitionen in die Klinikstrukturen und der Gewinnmaximierung privater Klinikkonzerne dient. Wir fordern daher die Abschaffung der derzeitigen Fallpauschalen-Vergütung und ein Verbot von Gewinnen im Krankenhausbereich, um einem guten und solidarischen Gesundheitssystem näherzukommen.

Position 2: Die Versorgung muss dem Bedarf der Bevölkerung entsprechen

Nachdem im vorangegangenen Punkt bereits kurz auf die Verzerrung in der Krankenhauslandschaft (Über- und Unterversorgung) auf Grund von Fehlanreizen im Vergütungssystem eingegangen wurde, soll die Gestaltung der Krankenhauslandschaft an dieser Stelle nun tiefergehend thematisiert werden.

Im Koalitionsvertrag aber auch im Krankenhausrahmenplan ist das Ziel einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im Land Bremen festgeschrieben (§ 1 Abs. 1 Brem-KrhG). In diesem Zusammenhang ist es zunächst notwendig, darüber zu diskutieren, was unter einer bedarfsgerechten Versorgung überhaupt zu verstehen ist und wie eine bedarfsgerechte stationäre Leistungsplanung gelingen kann. Eine bedarfsgerechte Versorgung sollte eine ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall sicherstellen. Dazu gehört

auch, Strukturen für Notfälle und Krisen vorzuhalten (was man auch als Daseinsvorsorge bezeichnen kann). Es sollte weder zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung noch zur Verschwendung knapper Ressourcen kommen.

Die medizinischen Strukturen im Land Bremen sollten kritisch auf die genannten Punkte hin überprüft werden. Zur Erhebung dessen kann ein einmaliges wissenschaftliches Gutachten als Grundlage durchgeführt werden, welches systematisch den medizinischen Bedarf der Bevölkerung im Land Bremen und im niedersächsischen Umland erfasst. In diesem Rahmen sollen auch Indikatoren ermittelt werden, die Aussage für die zukünftigen Bedarfe treffen können. Zur umfassenden Erfassung können mehrere Methoden zum Einsatz kommen. Eine partizipative Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern kann Aufschluss über die subjektiven Bedürfnisse der Bevölkerung geben, welche maßgeblich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mitbestimmen. Zudem können Daten von Krankenkassen und Krankenhäusern sowie statistische Daten des Landes genutzt werden, um die Morbiditäts- und Demographiestruktur sowie die tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen. Wir halten es für sinnvoll, eine gemeinsame Krankenhausplanung mit Niedersachsen anzustreben. Anschließend sollten die bestehenden Strukturen im Land Bremen mit dem ermittelten Bedarf abgeglichen werden.

Auf dieser Grundlage sollte die zukünftige Bedarfsplanung aufbauen und fortgeschrieben werden. Die reine Fortschreibung von bestehenden Kapazitäten anhand der demographischen Entwicklungen sowie retrospektiver Daten zur Leistungsanspruchnahme, wie es derzeit in der Bremer Krankenhausplanung der Fall ist, ist dabei kein zukunftsfähiges Modell. Bei diesem Verfahren bleiben der tatsächliche Bedarf und die tatsächliche Krankheitslast unberücksichtigt, da bestehende Kapazitäten nicht selten in engem Zusammenhang wirtschaftlichen Druck stehen. Über-, Unter und Fehlversorgung werden so manifestiert. Es ist notwendig, zunächst diese Fehlstrukturen zu beseitigen und in die zukünftige Planung auch weiterhin sowohl epidemiologische Daten mit einzubeziehen (Stichwort morbiditätsorientierte Krankenhausplanung) als auch subjektive Erfahrungen und Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger. In der Bedarfsanalyse sollten weiterführend der medizinisch-technische Fortschritt sowie Ambulantisierungspotenziale von stationären Leistungen berücksichtigt werden. Die Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials sowie Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollte in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen durchgeführt werden.

Da Bremen ein kleines Bundesland ist, was zudem vor den Problematiken in der Leistungsplanung eines Flächenlandes weitgehend verschont bleibt, hat Bremen und die Linkspartei hier eine große Chance, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Die Spielräume, die ein Bundesland mit dem Instrument der Krankenhausplanung hat, sollten zur aktiven Gestaltung der stationären Versorgungslandschaft anhand des ermittelten Bedarfes genutzt werden. Die Nutzung von Leistungsbereichen und -gruppen kann hier gegenüber der Planung anhand von Fachabteilungen eine detailliertere Bedarfsplanung ermöglichen. Vorbild könnte hierfür, das nach Leistungsbereichen und -gruppen aufgeteilte Gutachten zur Analyse der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen sein. Versorgungsaufträge sollten nur an für den jeweiligen Leistungsbereich, beziehungsweise die Leitungsgruppe zuständige und damit ausreichend spezifiziert und qualifizierte

Krankenhäuser vergeben werden, um eine qualitativ hochwertige Behandlung sicherzustellen. Insbesondere im Bereich der Inneren Medizin, in Hinblick auf dort durchgeführte komplexere interventionelle Verfahren, ist eine weitere Aufteilung nach Leistungsbereichen notwendig. Als Beispiel können hier Herzschrittmacherimplantationen durch Kliniken der allgemeinen Inneren Medizin in Bremen genannt werden, die bei weitem nicht die Stückzahl an Behandlungen und die (Prozess-)Qualität besitzen, wie sie zum Beispiel von einer kardiologischen Abteilung erreicht wird. Dem könnte mit einer weiteren Differenzierung in Leitungsbereiche (am Beispiel des NRW Gutachtens für Innere Medizin: Herz, Pneumologie, Gastroenterologie) und innerhalb dieser in Leistungsgruppen (am Beispiel Herz: interventionelle Kardiologie, Herzchirurgie, EPU/Ablation) entgegengewirkt werden, sodass Krankenhäuser nur Leistungen, für die sie ausreichend qualifiziert u.a. eine Mindestmenge an Eingriffen nachweisen können, abrechnen können. Versorgungsaufträge können zudem mit weiteren strukturellen Qualitätsvorgaben, bspw. mit der Vorgabe fester Personalschlüssel, gekoppelt werden, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen. Bremen sollte hier neue und innovative Wege gehen, um eine Vorreiterrolle in der medizinischen Bedarfsplanung einzunehmen.

Im Zusammenhang mit einer zielgenaueren Planung muss auch die aktuelle Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser kritisch hinterfragt werden. Zunächst muss das Land Bremen die Investitionskosten in ausreichendem Maße tragen, um gute Strukturen in den Krankenhäusern sicher zu stellen. Daneben können die finanziellen Mittel mit Einzelleistungsförderung deutlich genauer und bedarfsgerechter an die Krankenhäuser verteilt werden, als mit der Pauschalförderung. Eine Einzelleistungsförderung ist daher auch im Anbetracht von knappen finanziellen Ressourcen der Pauschalförderung vorzuziehen.

Position 3: Strukturen des Gesundheitssystem an Patientinnennutzen ausrichten /Bedarfsorientiertes Gesundheitssystem braucht neue Strukturen

Nachdem in Punkt 2 die Notwendigkeit einer verbesserten Bedarfsplanung dargelegt wurde, sollen unter diesem Punkt noch einmal genauer auf die notwendigen Strukturen, welche für eine bedarfsorientierte, qualitativ hochwertige und allen zugängliche Patient*innenversorgung nötig sind, eingegangen werden. Zudem werden die aktuellen Strukturen in der stationären Versorgung in Bremen näher beleuchtet.

Entgegen der weitverbreiteten Annahme, dass eine hohe Dichte an Krankenhäusern mit einer guten Gesundheitsversorgung gleichzusetzen ist, führt diese, im Vergleich zu einer reduzierten Anzahl großer maximalversorgender Krankenhäuser, mitunter zu einer schlechteren Behandlungsqualität und einer höheren Mortalität. Bezogen auf die Notfallversorgung fehlt häufig sowohl die fachliche Expertise als auch die technische Ausstattung um eine hochqualitative Versorgung sicherzustellen (keine Fachärzte vor Ort, CT, Herzkatheter, MRT nicht 24h im Einsatz). In Hinblick auf schwierige Eingriffe oder komplexe Krankheitsbilder, die auf Grund einer zersplitterten Krankenhauslandschaft jeweils nur mit geringen Fallzahlen gesehen oder durchgeführt werden, ist durch die mangelnde Erfahrung

des Personals und die unausgereifte Prozessqualität, eine erhöhte Mortalität wissenschaftlich nachgewiesen.

Im Wissen um obige Fakten ist eine Bündelung insbesondere der Notfallversorgung in einem städtischen Gebiet wie Bremen unabdingbar. Bis dato werden sieben Notaufnahmen im Stadtgebiet vorgehalten, die alle nur einen Ausschnitt der spezialisierten Notfallversorgung leisten können. Zeitverluste bei kritisch Kranken (gleichzusetzen mit einer erhöhten Mortalität) und unnötige Bindung von personellen Ressourcen und Rettungswägen für Sekundärtransporte prägen den Bremer Alltag.

Auch die Durchführung von (komplexen) Eingriffen sowie die Behandlung von komplexen, schwerkranken Patientengruppen (Onkologie, Rheumatologie etc.) kann in einem Stadtgebiet wie Bremen problemlos gebündelt werden. So ist z.B. durch die Zusammenführung verschiedener onkologischer Tageskliniken (Durchführung von Chemotherapien), bei weiterhin guter Erreichbarkeit, eine gebesserte Patientenversorgung erwartbar. Als positiver Nebeneffekt entstehen auf der Kostenebene Synergieeffekte, die bei entsprechendem politischem Willen für bessere Arbeitsbedingungen im Krankenhaussektor genutzt werden könnten.

Wir fordern die Erarbeitung langfristiger Versorgungsstrategien für den Bremer Krankenhaussektor, die nicht den zersplitterten Status quo der Bremer Krankenhauslandschaft fortschreiben, sondern anhand wissenschaftlicher Kriterien die Behandlungsqualität der Bremerinnen und Bremer verbessern. Mittels sukzessive angepasster Bremer Krankenhauspläne – als Gestaltungselement der Bundesländer – wollen wir eine Bündelung insbesondere der Notfallversorgung und komplexer Eingriffe sowie den Ausbau maximalversorgender Krankenhäuser erreichen. Doppelstrukturen mit nachweislich geringer Behandlungsqualität (viele Allgemein- und Viszeralchirurgien mit jeweils geringen Fallzahlen) gilt es abzubauen und durch spezialisierte Zentren zu ersetzen. Ein Arbeitsplatzabbau wird dabei nicht angestrebt. Vielmehr sollen die freiwerdenden personellen und finanziellen Ressourcen für eine Verringerung der Arbeitsdichte im Gesundheitssektor, sprich für bessere Arbeitsbedingungen, genutzt werden.

Um nur einige eklatante Beispiele einer massiven, seit Jahrzehnten fortgeschriebenen Fehlversorgung zu nennen:

- HNO Klinikum Bremen Mitte / St. Joseph Stift (Entfernung 1,8km), im restlichen Bremer Stadtgebiet keine HNO- Versorgung.
- 7 zentrale Notaufnahmen, keine kann alle Notfälle versorgen
- 3 zentrale Notaufnahmen im Umkreis von 4km (Klinikum Bremen Mitte, Rote Kreuz Krankenhaus, St. Joseph Stift)
- Thematisch eng kooperierende Abteilungen liegen geographisch weit auseinander (Kardiologie Links der Weser / Pulmologie Klinikum Bremen Ost → Hauptsymptom Luftnot)
- Kein Krankenhaus hat eine komplette internistische Abteilung.

- Neurologie geteilt auf zwei Standorte mit zwei Chefärzten die beide kleine Kliniken mit wenigen Mitarbeitern betreuen -> Bündelung in einem Standort mit einem Chefarzt zwingend notwendig

Durch die Bündelung von Teilen der stationären Versorgung in maximalversorgenden Kliniken, soll keinesfalls die wohnortnahe Gesundheitsversorgung abgebaut werden. Diese hat für uns weiterhin einen sehr hohen Stellenwert. Zu schaffende Notfallpraxen und quartiersbezogene Gesundheitszentren, könnten die niedrighschwellige und wichtige wohnortnahe Versorgung übernehmen. Während Notfälle, komplexe Eingriffe und komplizierte fachübergreifende Krankheitsbilder durch erfahrene Experten in hochspezialisierten Zentren mit hoher Behandlungsqualität versorgt werden, kann eine Ersteinschätzung und Versorgung kleinerer Notfälle, die Nachsorge nach Operationen und ähnliche niedrighschwellig angesiedelte Versorgungsaufträge weiterhin vor Ort erfolgen. Hierfür gilt es gemeinsam mit der kassenärztlichen Vereinigung eine effizientere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung zu erreichen und durch einen guten Informationsaustausch eine sichere Patient*innenbetreuung zu ermöglichen.

Position 4: Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem müssen eine gute Patientinnenversorgung ermöglichen

Neben bedarfsgerechten Strukturen und einer ausreichenden Finanzierung sind die Beschäftigten des Gesundheitssystems ein elementarer Bestandteil für eine sehr gute Patient*innenversorgung. Wir brauchen für alle Mitarbeiter*innen an Bremer Krankenhäusern faire Arbeitsbedingungen. Die Realität zeigt hier in Bremen einen erheblichen Handlungsbedarf auf. Aufgrund der aktuellen Arbeits(über)belastung, vor allem in der Pflege aber auch im ärztlichen Bereich, brauchen wir eine festgelegte Personalbemessungsgrenze um bedürfnisorientierte Pflege zu ermöglichen und eine ausreichende Patient*innensicherheit bei der Behandlung sicherzustellen. So können Fehler durch Überlastung, die zur Gefährdung von Patient*innen führen, vermieden werden. Ein Ansatz hierfür besteht bereits mit der PPR 2.0, welche als Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument vom Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di entwickelt worden ist und anhand von Pflegezeitbedarf pro Patient*in den jeweiligen Personalbedarf der Krankenhäuser, Stationen und Schichten bemisst. Die Einführung der PPR 2.0 als Modellprojekt für Bremen gibt den Bremer Krankenhäusern die Möglichkeit ihre Personalplanung in der Pflege selbst zu gestalten und nach dem tatsächlichen Bedarf auszurichten. Des Weiteren können Daten zur wissenschaftlichen Evaluation und zur Weiterentwicklung der PPR 2.0 genutzt werden und somit die Grundlage zur Planung der Ausweitung auf weitere Fachgruppen (Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdienst, Reinigungskräfte etc.) bilden. Der in den letzten Jahren zunehmenden Abwanderung von Fachpersonal, sowohl ins Ausland (vor allem Skandinavien, Schweiz), aber auch durch Wechsel in andere Tätigkeitsfelder oder einen vorzeitigen Berufsausstieg, muss entgegengewirkt werden. Ursachen hierfür sind eine deutliche erhöhte Arbeitsbelastung durch Kompensation erkrankter Kolleg*innen oder nicht besetzter Stellen, Dienstpläne, die nicht eingehalten werden, was insbesondere die vorgeschriebenen Ruhezeiten zwischen den Diensten betrifft, häufiges Einspringen an freien Wochenenden, was zu mangelnder Erholung führt sowie fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Familie führt. Laut der Studie „Ich pflege wieder wenn“, durchgeführt von der Arbeitnehmerkammer Bremen in Kooperation mit dem Socium der Universität Bremen, sind etwa 2/3 der befragten Pflegefachkräfte gewillt in den Pflegeberuf zurück-

zukehren, wenn die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Hierzu gehört Anerkennung und Wertschätzung, auch in finanzieller Hinsicht. Ein flächendeckender Tarifvertrag würde nicht nur eine angemessene Lohnzahlung sichern, sondern darüber hinaus als beispielhaftes Vorbild für das Land Bremen dienen und somit zu einem Wettbewerbsvorteil bei der Anwerbung von dringend benötigten Fachkräften führen.

Des Weiteren muss auch für die nicht direkt am Patienten arbeitenden Berufsgruppen eine Tarifbindung nach dem Tariftreue- und Vergabegesetz und somit eine Sicherstellung einer angemessenen Lohnzahlung gewährleistet werden. Insbesondere Reinigungskräfte sind oft von schlechten Arbeitsbedingungen, einer hohen Arbeitsbelastung und niedrigen Löhnen sowie fehlender Absicherung, u.a. aufgrund von unsicheren Anstellungen über Drittfirmen, betroffen.

Zusammengefasst fordern wir:

- Vergütung durch Fallpauschalen (DRG) abschaffen, vollumfänglicher Ausgleich der angefallenen Versorgungskosten durch die Krankenkassen
- Unterstützung im Bundesrat für eine Abschaffung des DRG- Fallpauschalensystems, da diese nur auf Bundesebene erfolgen kann
- Gewinne durch stationäre Gesundheitsversorgung verbieten.
- Die Krankenhausplanung sollte sich an dem Bedarf der Bevölkerung ausrichten und sich nicht nur auf die Fortschreibung bestehender Kapazitäten beschränken.
- Der Bedarf sollte durch ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachten ermittelt werden – Bürgerinnen und Bürger sollten in die Bedarfsplanung mit einbezogen werden.
- Eine Neuordnung der Bremer Krankenhauslandschaft sollte entsprechend der ermittelten Bedarfe und unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten erfolgen.
- Bündelung der Notfallversorgung in wenigen Krankenhäusern die alle Notfälle versorgen können.
- Aufbau von Notfallpraxen und quartiersnahen Gesundheitszentren
- Bündelung von Fachabteilungen und sinnvolle Verteilung mittels Krankenhausplan im Stadtgebiet, Abbau von Doppelstrukturen.
- Wissenschaftlich ermittelte Personalbemessung (ähnlich PPR2) ausgerichtet am tatsächlichen Bedarf.
- Flächendeckender Tarifvertrag mit angemessener Lohnzahlung für alle an den Bremer Krankenhäusern Tätigen.
- GND auflösen und Anstellung aller ehemals dort Beschäftigten nach TVÖD.

AG Gesundheit und Pflege, DIE LINKE. Bremen

Stand 05.11.2021