

**Sehr geehrte Senatorin Bernhard,**

als Gruppe von Menschen, die sich kritisch mit dem Gesundheitssystem auseinandersetzen und sich für ein solidarisches Gesundheitswesen einsetzen, begrüßen wir Ihre Berufung zur Senatorin und die Ausrichtung des Koalitionsvertrages. Dieser Vertrag, der sich dafür ausspricht, allen Menschen in Bremen unabhängig von ihrem Status eine medizinische und bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen und den Ausbau regionaler Gesundheitsprogramme zu stärken sowie kommunale Krankenhäuser abzusichern, ist für uns eine Hoffnung darauf, dass sich das Gesundheitssystem in eine solidarischere und bedarfsgerechtere Richtung entwickelt als bisher.

Wir arbeiten angestellt im Gesundheitswesen oder als Gesundheitswissenschaftler\*innen und kommen deshalb aus Theorie und Praxis. Wir unterstützen Ihre Anliegen und möchten zum Gelingen beitragen, indem wir Ihnen unsere Expertise und unser Erfahrungswissen zur Verfügung stellen. Dazu möchten wir mit Ihnen in Austausch treten. In diesem Schreiben möchten wir Themenschwerpunkte aufzeigen, bei denen wir für die zukünftige Gesundheitspolitik in Bremen großen Handlungsbedarf sehen:

**1) Ökonomisierung/Kommerzialisierung/Privatisierung im Gesundheitswesen**

Die Ursache der heutigen schwierigen Situation in der stationären Versorgung sehen wir in der zunehmenden Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen seit den 2000er Jahren. Die marktwirtschaftlichen Komponenten sollten wirtschaftliches Arbeiten anregen und der vermeintlichen Kostenexplosion entgegenwirken. Hierfür wurde das Abrechnungssystem geändert und die Fallpauschalen sowie andere marktwirtschaftliche Elemente eingeführt. Dies führt unter anderem zur Auslagerung von Teilen der Krankenhausbetriebe bis hin zur vollständigen Privatisierung von Krankenhäusern (vgl. **Anhang 1**).

Die Auswirkungen sind jedoch in keinster Weise wie erhofft: Die Kosten haben sich nicht reduziert; gleichzeitig haben sich durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten drastisch verschlechtert<sup>1</sup> und die Patient\*innensicherheit hat sich durch zunehmende Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung verringert<sup>2</sup>. Die fehlende Analyse des tatsächlichen Bedarfes (siehe hierzu Abschnitt 2. Bedarfsplanung) auf der einen Seite gepaart mit den gewinnorientierten Interessen an Patient\*innen führen zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung. Dies wirkt sich wie folgt aus:

***Unterversorgung***

- Die Ausrichtung der Kliniken und Fachgebiete hin zu wirtschaftlich attraktiven Bereichen führt dazu, dass die Bettenzahl bzw. Anzahl von Abteilungen nichtlukrativer Bereiche trotz vorhandener Bedarfe abnimmt (vgl. hierzu Abschnitt 2. Bedarfsplanung sowie **Anhang 2**)
- Patient\*innenselektion: Auch in Bezug auf die einzelnen Patient\*innen werden „kostenintensive“ Fälle häufiger abgelehnt, früher entlassen oder verschoben<sup>3</sup> (siehe **Praxisbeispiel 3** im Anhang).

---

<sup>1</sup> Wehkamp und Naegler 2018, Braun et al. 2010

<sup>2</sup> Wehkamp und Naegler 2018, Aiken 2014, IQWiG 2006

<sup>3</sup> Behandlungsentscheidungen werden zwar von Ärzt\*innen getroffen, diese unterliegen aber der Kontrolle der Verwaltung (Ampelsystem) sowie ihrer Chefärzt\*innen. Die Transparenz des DRG-System macht es möglich, im laufenden Betrieb zu wissen, wie der wirtschaftliche Stand einer Abteilung ist und welche Einnahmen noch erwirtschaftet werden müssen, d. h. welche Maßnahmen in welchem Zeitraum noch durchgeführt werden müssen. Der Druck der Verwaltung wird direkt oder über die Chefärzt\*innen an die Stationsärzt\*innen weitergegeben. Das Krankenhaus unterliegt damit wie eine Firma dem wirtschaftlichen Druck, eine bestimmte Anzahl bestimmter Behandlungen in optimalem Zeitrahmen durchzuführen, anstatt ihren Fürsorgeauftrag im Sinne der Menschen auszuüben. Damit steht die Gesundheit der Patient\*innen nicht mehr im Mittelpunkt der Versorgung.

### ***Überversorgung***

- Die Fallzahlen lukrativer Behandlungen<sup>4</sup> sind mit der Einführung der Fallpauschalen deutlich angestiegen. Vergleiche mit anderen Ländern zeigen, dass dies nicht an höheren Bedarfen liegen kann<sup>5</sup> (vgl. **Anhänge 3-5**).
- Operative Verfahren haben durch Berechenbarkeit von Kosten und die Optimierung/Planbarkeit zeitlicher Abläufe einen wirtschaftlichen Vorteil gegenüber konservativen Verfahren und haben entsprechend zugenommen<sup>6</sup> (vgl. **Anhang 6**; zur Verdeutlichung siehe **Praxisbeispiel 2** im Anhang).

### ***Fehlversorgung***

- Wirtschaftliche Faktoren im Krankenhaus wirken sich auf Aufnahme, Untersuchung, Behandlung und Entlassung von Patienten\*innen aus. Dies führt zu unnötigen Untersuchungen und Behandlungen sowie auf der anderen Seite zum Ausfall bestimmter Untersuchungen/Behandlungen<sup>7</sup> (vgl. **Anhänge 3-4**).

### **Wir fordern daher, dass**

- **medizinische Entscheidungen über ökonomischen Interessen stehen und nicht umgekehrt. Gewinnstreben muss raus aus der stationären Versorgung.**
- **eine bedarfs- und sachgerechte Versorgung mit Stärkung der Daseinsfürsorge umgesetzt wird.**
- **Landeskompetenzen im Rahmen von Personalbemessung genutzt werden, um der zunehmenden Arbeitsverdichtung entgegen zu wirken.**
- **partizipative Ansätze zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Behandlungsqualität in den Krankenhäusern gewählt werden, wie der Einbeziehung von Mitarbeiter\*innen (z. B. durch Befragungen) statt dem Einsatz von Beratungsfirmen.**
- **sich für die Abschaffung der DRGs auf Bundesebene eingesetzt wird, da mit diesem auf Konkurrenz angelegten System keine bedarfsgerechte Medizin möglich ist.**

## **2) Bedarfsplanung**

Im Koalitionsvertrag aber auch im Krankenhausrahmenplan ist das Ziel einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im Land Bremen festgeschrieben<sup>8</sup>. Die Frage ist jedoch, wie sich der Bedarf ermitteln lässt, gerade in einer Zeit, in der ökonomische Anreize die Versorgung mitbestimmen und zu Interessenskonflikten führen.

Die derzeitige Krankenhausplanung in Bremen beruht auf demographischen Entwicklungen sowie retrospektiven Daten zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Das ist das klassische Verfahren, dem die Kritik anlastet, den tatsächlichen Bedarf und die tatsächliche Krankheitslast nicht wirklich abzubilden. Stattdessen werden lediglich bestehende Kapazitäten der Krankenhäuser fortgeschrieben, die in engem Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Druck stehen<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> Die Zunahme lukrativer Behandlungen bezieht sich beispielsweise auf Hüft- und Knieoperationen, Wirbelsäulenoperationen, Herzkatheteruntersuchungen und Gallenblasenoperationen (Beske 2016, , Eggebrecht und Mehta 2015, Gießelmann 2018).

<sup>5</sup> PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019b),

<sup>6</sup> Sachverständigenrat für Gesundheit 2018, Destatis Statistisches Bundesamt 2019, Beske 2016

<sup>7</sup> Fokus online 2019, Sachverständigenrat für Gesundheit 2019, Beske 2016, Flintrop 2006, Apotheken-Umschau 2019

<sup>8</sup> SPD, Bündnis 90/Die Grünen & Die Linke 2019, S.92; § 1 Abs. 1 BremKrhG

<sup>9</sup> Sachverständigenrat für Gesundheit 2018

Neben der Tatsache, dass die Einteilung in Bettenzahl und Fachgebiete zu ungenau ist, zeigen Statistiken Hinweise auf eine angebotsinduzierte Bettenentwicklung<sup>10</sup> (vgl. **Anhang 7**). Damit richtet sich die Krankenhausplanung nicht nach dem medizinischen Bedarf sondern nach wirtschaftlichen Interessen. Seit den 2000er Jahren gab es in der stationären Versorgung Verschiebungen der Bettenzahlen hin zu Abteilungen mit gut dotierten Verfahren<sup>11</sup>. Die jeweiligen Fachgebiete haben sich entsprechend vergrößert, wohingegen sich wenig erlösbringende Abteilungen, beispielsweise die Kinderheilkunde oder die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, zurückentwickelt haben<sup>12</sup> (vgl. **Anhang 2**). Die Zahlen spiegeln allerdings nicht den medizinischen Bedarf wider und fördern eine Manifestierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Die bestehenden Versorgungskapazitäten sollten daher durch die Einbeziehung epidemiologischer Daten und Erkenntnisse aus anderen Quellen<sup>13</sup> diskutiert und an den tatsächlichen Bedarf angepasst werden. So sollte die Krankenhausplanung beispielsweise ebenfalls den medizinisch-technischen Fortschritt und Möglichkeiten der Ambulantisierung berücksichtigen. Die Nutzung von Leistungsbereichen und -gruppen ermöglicht gegenüber der Planung anhand von Fachabteilungen eine detailliertere Bedarfsplanung<sup>14</sup>. Da Bremen einen Großteil der Menschen aus dem niedersächsischen Umland mitversorgt<sup>15</sup>, müssen die Bedarfe der niedersächsischen Bevölkerung mitberücksichtigt werden.

**Wir fordern daher, dass**

- **Bedarfsplanung anhand der ermittelten tatsächlichen Bedarfe durch eine gutachterliche Bedarfsanalyse unter Berücksichtigung von Prognosen zur Morbidität und Mortalität vorgenommen wird.**
- **Bedarfsplanung nach medizinischer Sinnhaftigkeit und nicht nach ökonomischen Überlegungen durchgeführt wird.**
  - **Priorisierung des Bedarfsplans unter Beachtung der Versorgungssituation sowie Dringlichkeit in den einzelnen Bereichen.**
  - **Verbesserung der Behandlungsqualität durch sinnvolle Zentrenbildung dort, wo ein Zusammenhang zwischen Menge und Qualität besteht (Einhaltung von Mindestmengen).**
  - **Anzahl der Notaufnahmen reduzieren. Zentralisierung notfallmedizinischer Versorgung (Herzkatheter, Stroke-Unit, MRT-Verfügbarkeit).**
- **Krankenhausverkleinerung/-schließung nach Bedarfsplanung und nicht nach wirtschaftlichen Interessen durchgeführt werden.**
- **eine gemeinsame Krankenhausplanung zwischen Niedersachsen und Bremen für die Grenzregionen umgesetzt wird.**

<sup>10</sup> PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH 2019a, Sachverständigenrat für Gesundheit 2018

<sup>11</sup> Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2019 (a)

<sup>12</sup> Bremer Infosystem 2019, Anhang 2

<sup>13</sup> Daten anderer Bundesländer, zur Gesundheitsversorgung in Deutschland, den EU-Mitgliedsstaaten und dem ambulanten Sektor können als Referenzen dienen. siehe auch Langfassung des Gutachtens zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalens.

<sup>14</sup> Sachverständigenrat für Gesundheit 2018, PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH 2019. In der ‚Kurzfassung des Gutachtens zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalens wird die Kritik an der derzeit gängigen Bedarfsanalyse über Bettenzahl und Fachgebiete deutlich dargestellt. Das Gutachten versucht einen Paradigmenwechsel einzuleiten, indem differenzierte Leistungsbereiche dargestellt und weitere Bewertungskriterien einbezogen werden. Ein ähnliches Vorgehen schlägt auch der Sachverständigenrat für Gesundheit in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 vor.

<sup>15</sup> Bremer Infosystem 2019, Sachverständigenrat für Gesundheit 2018

### 3) Investitionskostenplanung

Über Jahre haben die durch die Länder unzureichend getragenen Investitionskosten dazu geführt, dass Krankenhäuser mit zunehmenden Finanzierungslücken konfrontiert sind. Die Umgestaltung des Finanzierungssystems durch die Einführung von Fallpauschalen hat diese Situation verschärft, indem für Krankenhäuser die Möglichkeit geschaffen wurde, Gewinne zu erwirtschaften. Zu beobachten ist, dass sich die Bundesländer seither zunehmend aus der Investitionskostenfinanzierung zurückziehen, zu der sie gesetzlich angehalten sind<sup>16</sup>. Bezugnehmend auf die „Große Anfrage zum Investitionsstau in den Kliniken des Landes Bremen“ (Juli 2018) wird der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser auf 70–80 Millionen Euro geschätzt. Die aktuell im Raum stehenden Gesamtinvestitionen von rund 38 Millionen Euro<sup>17</sup> für die kommenden Jahre sind somit bei Weitem unzulänglich.

Darüber hinaus ist die Investitionskostenkalkulation mittels Pauschalförderung, basierend auf den Erhebungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), kritisch zu betrachten. Die Daten, die als Grundlage für die Berechnungen dienen, werden in einer Situation jahrelanger Unterfinanzierung erhoben. Bereits seit Jahren decken Kliniken große Teile der Investitionskosten aus eigenen Mitteln. Die Schätzung der von den Ländern zu übernehmenden Investitionskosten fällt daher weitaus geringer aus und der reale Bedarf wird nicht abgebildet. Um die Kosten für notwendige Investitionen selbst zu erwirtschaften, hat es in der Vergangenheit massive Personaleinsparungen, v. a. in der Pflege, gegeben<sup>18</sup>. Die entstandene Arbeitsverdichtung und der daraus resultierende Fachkräftemangel ist die für Patient\*innen spürbarste Konsequenz und dramatischerweise auch u. a. Ursache einer erhöhten Mortalität<sup>19</sup>.

#### **Wir fordern daher, dass**

- **die Investitionskostenfinanzierung in ausreichendem Umfang und nach Bedarf durchführt wird.**
- **die Pauschalförderung abgeschafft und zur Einzelförderung zurückgekehrt wird**
- **ein Investitionskostenplan aufgestellt wird, welcher die Investitionen der Krankenhäuser, die für die Erbringung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gebraucht werden, ermittelt.**
- **sichergestellt wird, dass erwirtschaftete Gewinne ins Krankenhaus reinvestiert werden.<sup>20</sup>**
- **Investitionskosten aus Niedersachsen (Struktur in Bremen wird erheblich aus dem Umland mit genutzt) eingefordert werden.**
- **ausreichend Personal in allen Bereichen des Krankenhauses gewährleistet (Pflege, Therapie, Reinigung) ist, um die Patient\*innensicherheit und Versorgungsqualität zu gewährleisten.**

Wir danken Ihnen, dass Sie sich dieser großen Aufgabe in Bremen annehmen. Gerne stellen wir Ihnen unsere wissenschaftliche Expertise und unser Erfahrungswissen aus der Arbeit im Krankenhaus zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen, **Solimed Bremen**

<sup>16</sup> KHG § 8, Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2019

<sup>17</sup> Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2019

<sup>18</sup> Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2019, Bremer Infosystem 2019, **Anhang 8**

<sup>19</sup> Aiken 2014, Wehkamp und Naegler 2017

<sup>20</sup> Dies könnte beispielsweise durch die Aufnahme einer Regelung in den Investitionskostenplan erfolgen, welche erwirtschaftete Gewinne eines Krankenhauses von den jeweils vorgesehenen Investitionen abzieht. Somit würde man sicherstellen, dass Gewinne reinvestiert werden und der Patient\*innenversorgung zu Gute kommen

## Literatur

Aiken, L.H. 2014: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study, *The Lancet*, 383 (9931): 1824-1830.

Apotheken-Umschau (2019): Retten statt Abnehmen. Abgerufen am 1.12.19 unter <https://www.apotheken-umschau.de/Gesundheit/Retten-statt-abnehmen-Wird-zu-oft-amputiert-556135.html>

Beske, F. (2016): Perspektiven des Gesundheitswesens: Geregelte Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft, Springer Verlag.

Braun, B.; Klinke, S. und Müller, R. (2010): Auswirkungen der DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: *Pflege & Gesellschaft* 15 (1): 5-19.

Bremer, P. (2015): 10 Jahre „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) in deutschen Krankenhäusern. Eine Zwischenbilanz aus ökonomischer Perspektive. In: *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* 11/2015.

Bremische Bürgerschaft Drs. 19/1756 vom 31.7.18. Wie groß ist der Investitionsstau in den Kliniken des Landes Bremen? Abgerufen am 10.12.2019 unter <https://www.bremische-buergerschaft.de/dokumente/wp19/land/drucksache/D19L1756.pdf>.

Bremen Infosystem (2019): Gesundheit und Pflege – Krankenhäuser. Abgerufen am 28.10.2019 unter: [http://www.statistik-bremen.de/bremendat/statwizard\\_step1.cfm](http://www.statistik-bremen.de/bremendat/statwizard_step1.cfm)

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2019): Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen: Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen. Abgerufen am 28.10.2019 unter: [https://www.betriebundgewerkschaft.de/wp-content/uploads/Foliensammlung\\_KrankenhausstattFabrik.pdf](https://www.betriebundgewerkschaft.de/wp-content/uploads/Foliensammlung_KrankenhausstattFabrik.pdf).

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2019) (a): Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser. Abgerufen am 04.12.2019 unter: <https://www.krankenhausstattfabrik.de/196>

Destatis, Statistisches Bundesamt (2019): Krankenhausentbindungen in Deutschland, 1991-2017. Abgerufen am 10.12.2019 unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhausentbindungen-kaiserschnitt.html>

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (2019): Krankenhaus-Investitionsförderung im Land. Abgerufen am 10.12.2019 unter: [https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheitswesen/oeffentliche\\_foerderung\\_von\\_krankenhaeusern-2169](https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheitswesen/oeffentliche_foerderung_von_krankenhaeusern-2169)

Eggebrecht, H. und Mehta, R.H. (2015): Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014: on its way to standard therapy for aortic valva stenosis in the elderly? *EuroIntervention* 11(5): 1-7.

Flintrop, J. (2006): Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge, *Dtsch Arztebl* 103(46): 3082 – 3085.

Focus online (2019): Klinik macht offenbar Geschäfte mit künstlicher Beatmung. Abgerufen am 01.12.19 unter [https://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/bonuszahlungen-fuer-arzt-klinik-macht-offenbar-geschaeft-aus-kuenstlicher-beatmung\\_id\\_11108991.html](https://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/bonuszahlungen-fuer-arzt-klinik-macht-offenbar-geschaeft-aus-kuenstlicher-beatmung_id_11108991.html)

Geraedts, M. (2019). Qualität trotz oder wegen der DRG? In A. Dieterich, B. Braun, T. Gerlinger & M. Simon (Hrsg.), Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems (S. 253-272 ). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Gießelmann, K. (2018) Ärzteblatt: Konservative Medizin im Aufwärtstrend. Abgerufen am 1.12.19 unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/196079/Konservative-Medizin-Im-Aufwaertstrend>

IQWiG 2006: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht; Köln 2006.

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019a): Kurzfassung des Gutachtens zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalens. Abgerufen am 04.12.2019 unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen-kurzfassung/3042>.

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019b): Langfassung des Gutachtens zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalens. Abgerufen am 04.12.2019 unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041>

Reifferscheid, A., Pomorin, N. & Wasem, J. (2015). Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Med Wochenschr 140: S. e129-e135.

Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Abgerufen am 04.12.2019 unter [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf).

SPD, Bündnis 90/Die Grünen & Die Linke (2019): Vereinbarung zur Zusammenarbeit in einer Regierungskoalition für die 20. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2019-2023. Abgerufen am 08.12.2019 unter: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjR5sqm-6XmAhULYIAKH8LBkgQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.spd-land-bremen.de%2FBinaries%2FBinary6330%2FKoalitionsvereinbarung-RGR-2019-2023-mitU-final.pdf&usg=AOvVaw3nvBDdVN1U6TpTuadvSlqU> [08.12.2019]

Wehkamp, K.H. und Naegler, H. (2017): The commercialization of patient-related decision-making in hospitals—a qualitative study of the perceptions of doctors and chief executive officers. Dtsch Arztebl Int 114: 797–804.

Wehkamp, K.H. und Naegler, H. (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

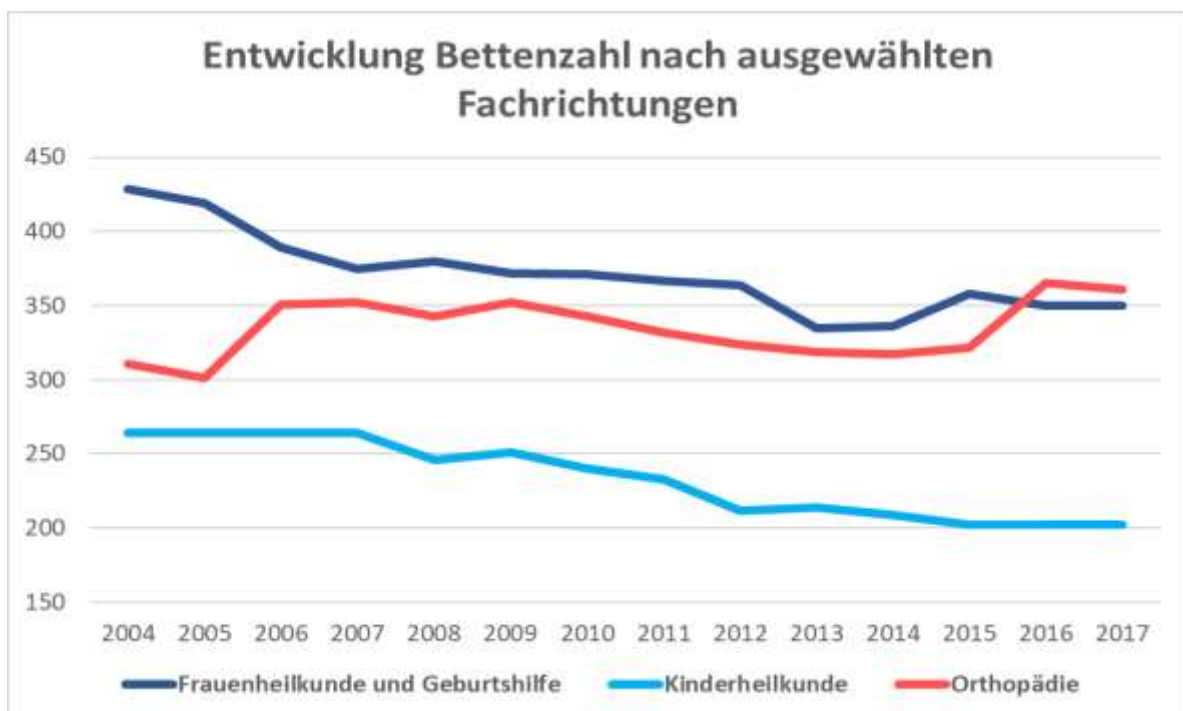


## Anhang

### Anhang 1: Entwicklung der Krankenhausträgerschaft nach Einführung der DRGs (Quelle: Bremer 2015)

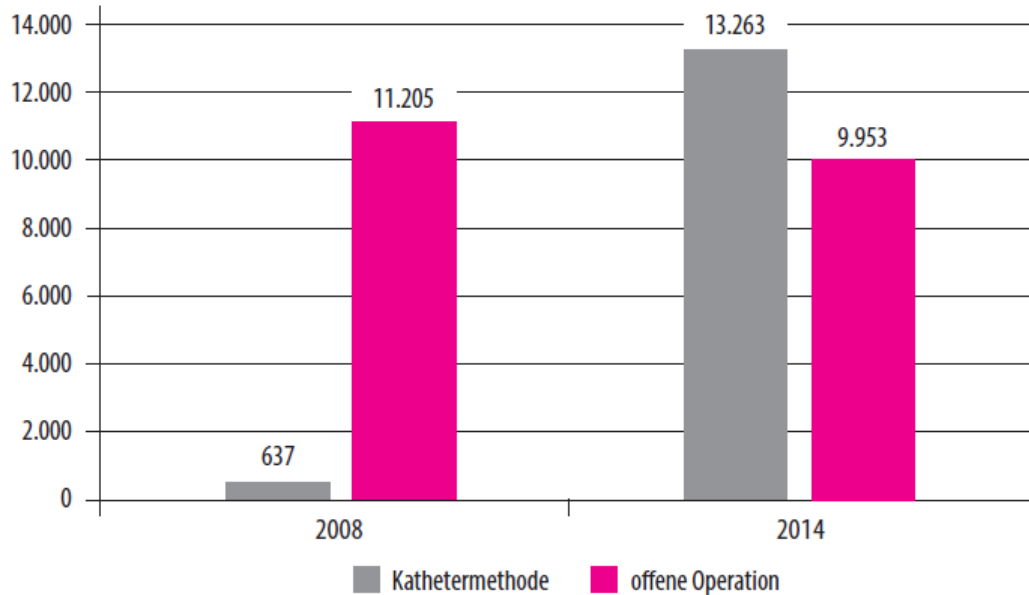
Bundesland	Krankenhäuser insgesamt			Davon								
				öffentliche Einrichtungen			freigemeinnützige Einrichtungen			private Einrichtungen		
	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %
Baden-Württemberg	316	272	-13,0	139	99	-28,8	76	64	-15,8	101	109	+ 7,9
Bayern	387	386	- 5,4	221	167	-24,4	53	50	- 5,7	113	149	+ 31,9
Berlin	71	81	+ 14,1	3	2	-33,3	38	35	- 2,8	32	44	+ 37,5
Brandenburg	47	55	+ 17,0	22	21	- 4,5	18	15	-16,7	7	19	+ 171,4
Bremen	14	14	0,0	5	5	0,0	7	7	0,0	2	2	0,0
Hamburg	47	52	+ 10,6	10	4	-60,0	19	12	-36,8	18	36	+ 100,0
Hessen	172	172	0,0	64	54	-15,6	62	43	-30,6	46	75	+ 63,0
Mecklenburg-Vorpommern	34	39	+ 14,7	8	7	-12,5	13	12	- 7,7	13	20	+ 53,8
Niedersachsen	206	197	- 4,4	72	51	-29,2	77	76	- 1,3	57	70	+ 22,8
Nordrhein-Westfalen	456	370	- 18,9	90	81	-10,0	317	247	-22,1	49	42	- 14,3
Rheinland-Pfalz	98	91	- 7,1	20	17	-15,0	59	56	- 5,1	19	18	- 5,3
Saarland	26	21	-18,2	11	9	-18,2	15	12	-20,0	0	0	0,0
Sachsen	86	79	- 8,1	40	34	-15,0	17	18	+ 5,9	29	27	- 6,9
Sachsen-Anhalt	51	48	- 5,9	24	14	-41,7	15	17	+ 13,3	12	17	+ 41,7
Schleswig-Holstein	105	95	- 9,5	32	16	-50,0	32	31	- 3,1	41	48	+ 17,1
Thüringen	50	44	-12,0	19	15	-21,1	15	11	-26,7	16	18	+ 12,5
<b>Deutschland</b>	<b>2 166</b>	<b>1 996</b>	<b>- 7,8</b>	<b>780</b>	<b>596</b>	<b>-23,6</b>	<b>831</b>	<b>706</b>	<b>- 15,0</b>	<b>555</b>	<b>694</b>	<b>+ 25,0</b>

### Anhang 2: Entwicklung ausgewählter Fachbereiche in Bremen (eigene Berechnung anhand der Daten des Bremer Infosystems)



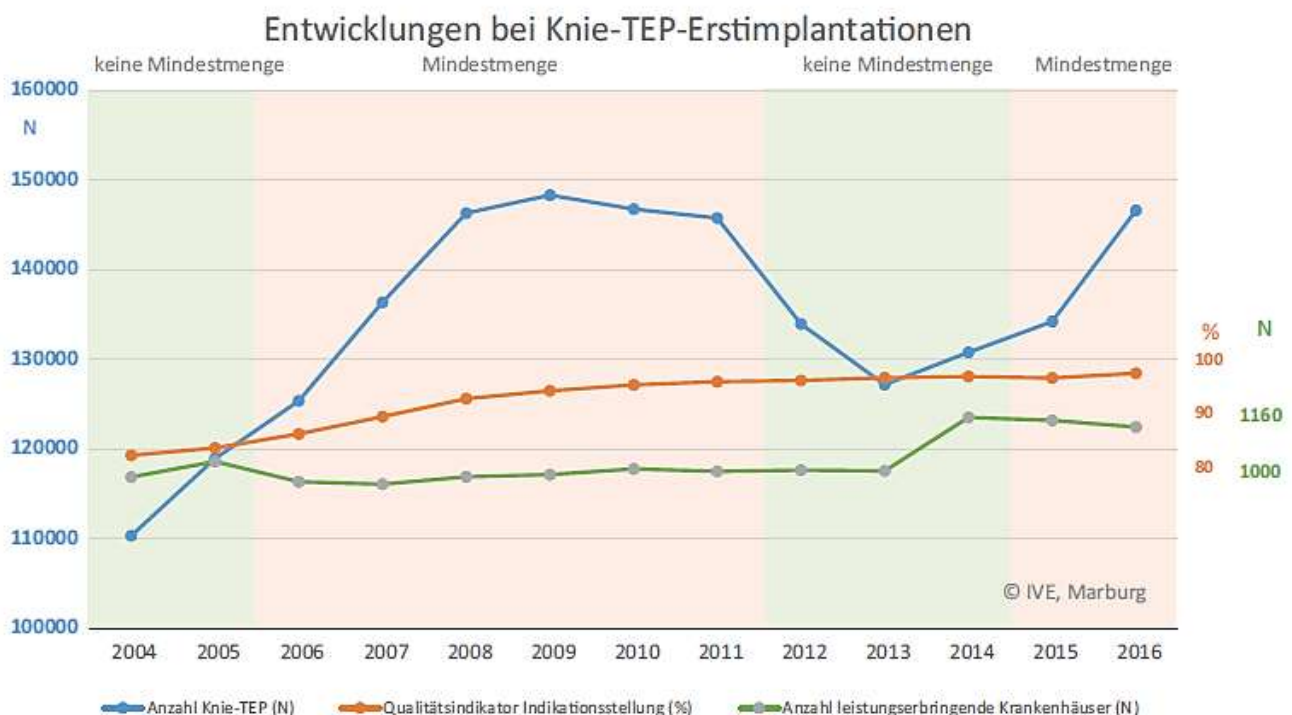
### Anhang 3: Fallzahl zum Ersatz der Aortenklappe am Herzen

Abbildung nach Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2019); Quelle der Daten: Eggebrecht & Mehta (2016); Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) ist ursprünglich für Patient\*innen, für die eine offene Operation zu riskant ist. Von 2007–2014 ist ein enormer Anstieg der TAVI Eingriffe zu beobachten (2007: 157 TAVI, 12.116 Operationen; 2014: 13.263 TAVI, 9.953 offene Operationen). Der Betrag für offene Operationen liegt zwischen 16.800 und 24.600 Euro (bei sog. Basisfallwert von 3.000 Euro) und für eine TAVI bei 33.600 Euro. Kliniken können bei Anwendung der Kathetermethode u. a. durch gefallenen Preis für Transkatheter-Aortenklappen einen Gewinn erzielen.



### Anhang 4: Entwicklung der Fallzahlen bei Kniegelenks-Totalendoprothesen in Bezug zu den operierenden Krankenhäusern und den Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung von 2004–2016

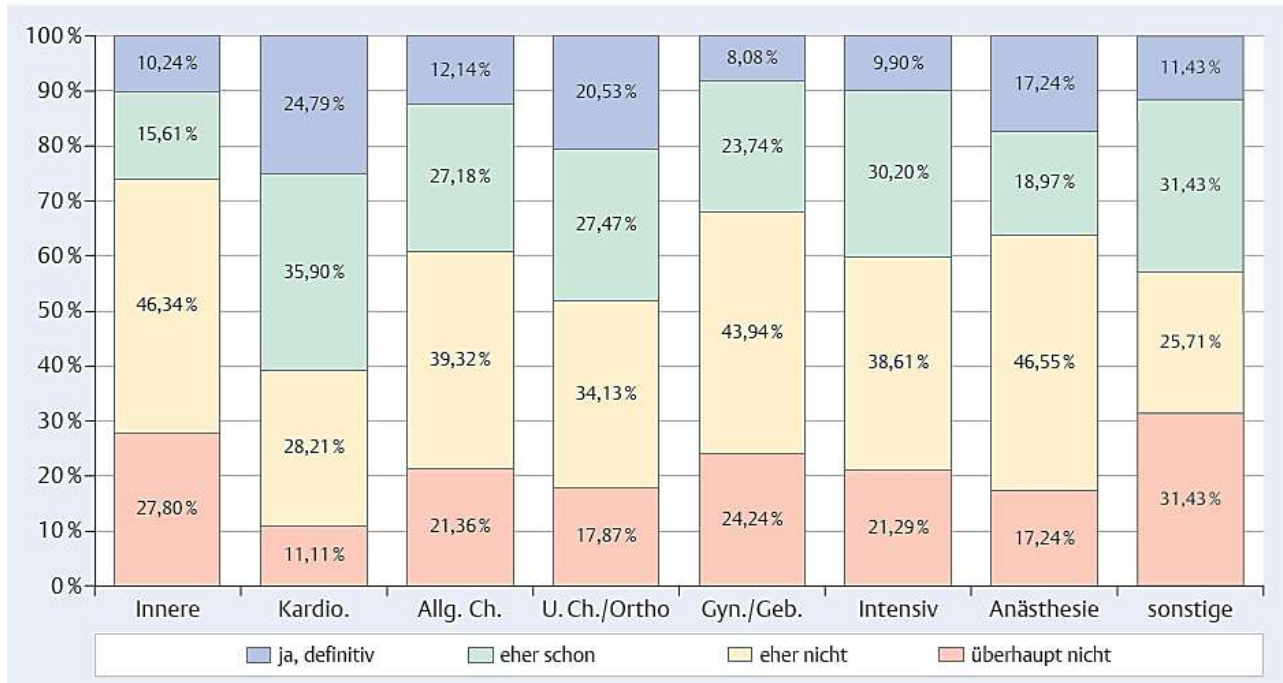
Abbildung nach Geraedts (2019); Quelle: eQs-Berichte der Institutionen BQS, AQUA, IQTIG; Darstellung einer Indikationsausweitung im Zusammenhang mit den Mindestmengen anhand Knie-TEP Fallzahlen. Anstieg der Eingriffe 2004–2008, die bis 2011 konstant blieben (2008: 110.000; 2008: 150.000). 20.000 Eingriffe weniger im Zeitraum 2012–2014. Immenser Anstieg ab 2015 (2015: 134.000; 2016: 147.000). Verbesserung der Erreichung des Qualitätsindikators zur Indikationsstellung und Zahl der operierenden Krankenhäuser blieb nahezu konstant. Hintergrund: Im Jahr 2006 besteht Mindestmenge von 50 Knie-TEP Eingriffen, um den Eingriff durchführen zu dürfen und Vergütung zu erhalten. 2012–2014 wurde die Mindestmenge vom GBA ausgesetzt – 20.000 weniger durchgeführte Eingriffe. 2015 wurde die Mindestmenge wieder eingeführt – erneuter Anstieg der Knie-TEP Eingriffe.



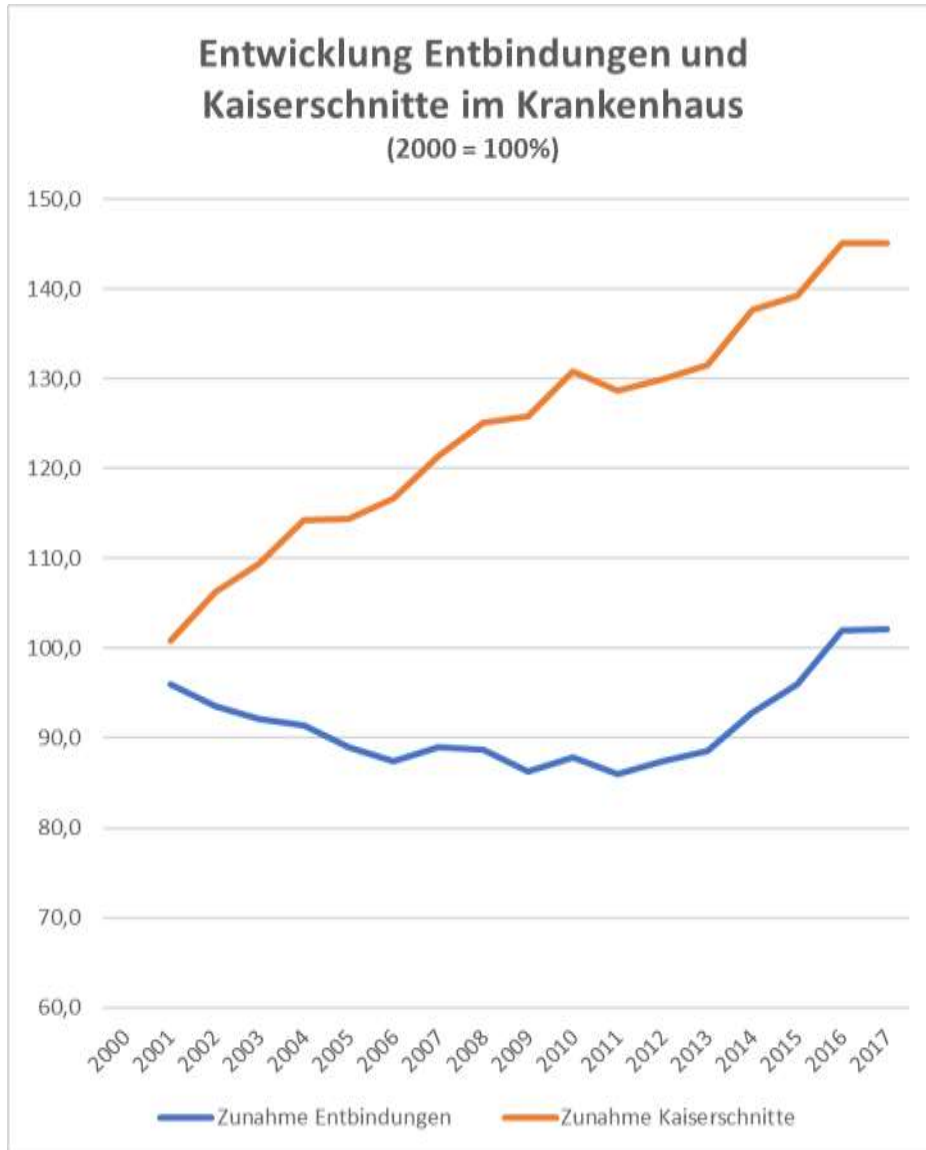


## Anhang 5: Wahrnehmung von überhöhten Fallzahlen von Chefärzt\*innen im eigenen Fachgebiet nach Reifferscheid et al. (2015)

Ergebnisse einer Befragung von 1432 Chefärzt\*innen verschiedener Fachabteilungen. In der Abbildung wird die Wahrnehmung von Überversorgung seitens der Chefärzt\*innen für ihre jeweilige Fachabteilung dargestellt. Insgesamt geben demnach 39 % der Chefärzt\*innen an, dass Überversorgung aufgrund von wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stattfindet. In den Bereichen Kardiologie und Orthopädie wird der Aspekt der Überversorgung mit 61 % bzw. 47 % signifikant stärker eingeschätzt.



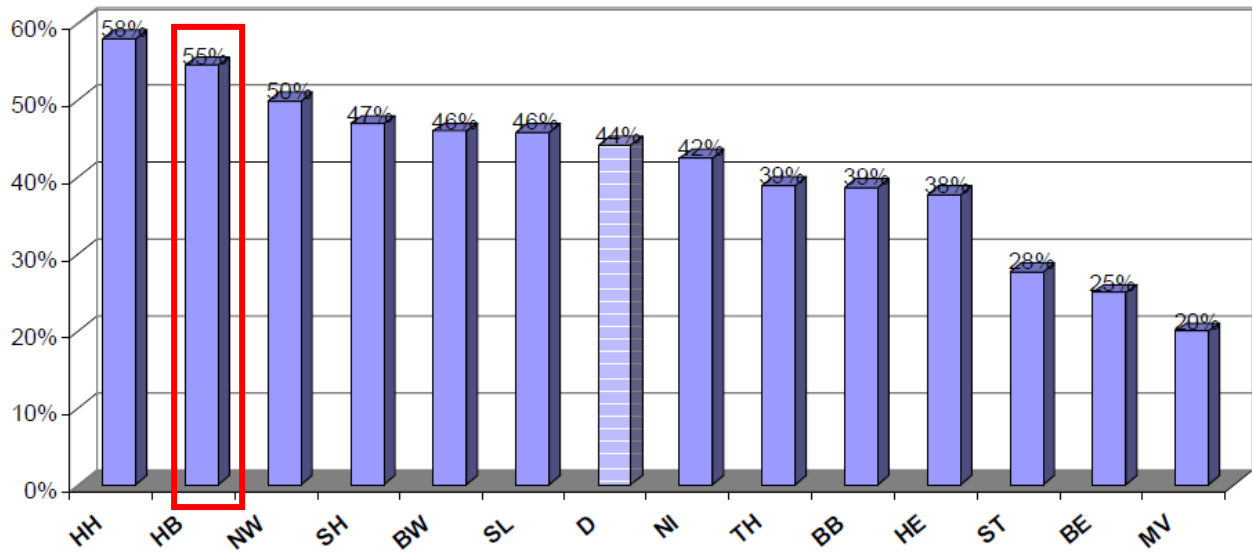
**Anhang 6: Ausweitung operativer Verfahren** (Quelle: Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2019)



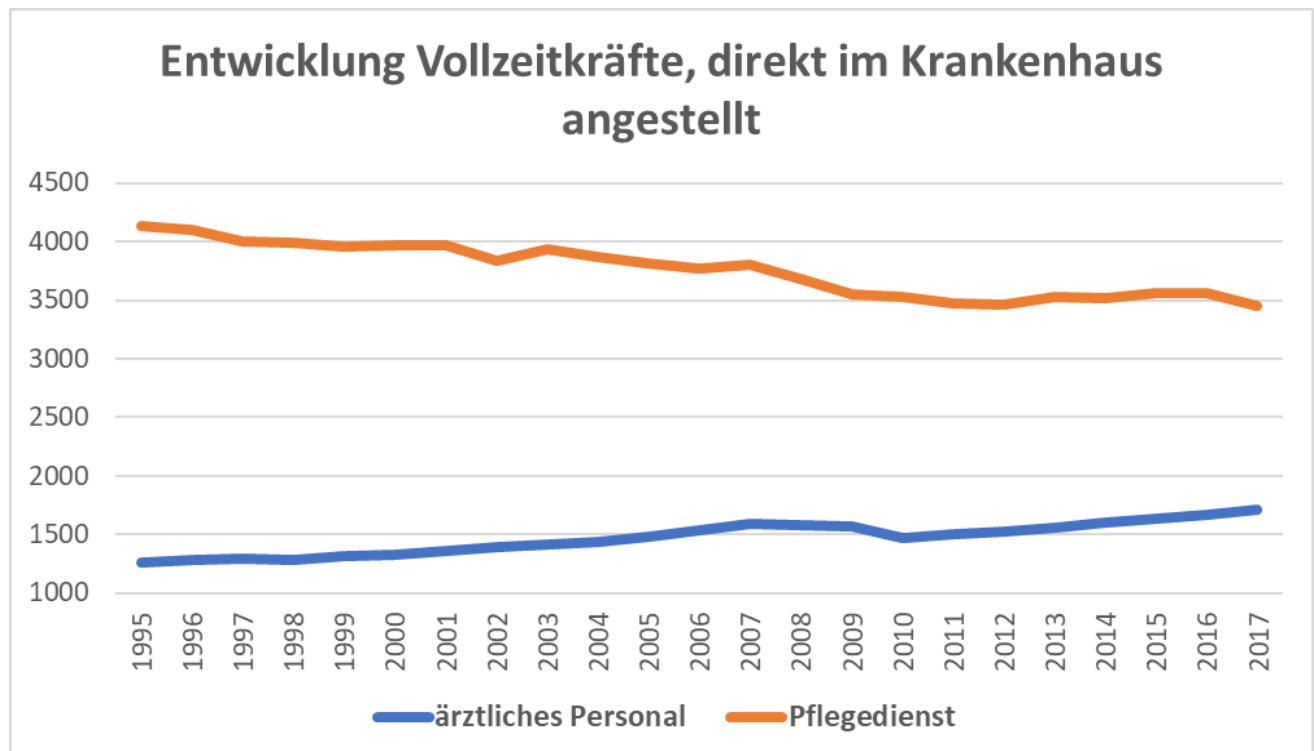
**Anhang 7: Beabsichtigung eines veränderten Leistungsangebotes von Bremer Krankenhäusern bei Einführung der DRG (Quelle: Buscher 2007)**

Beabsichtigen Sie zur Verbesserung der Wettbewerbsposition Ihres Hauses kurzfristig grundlegende Veränderungen des Leistungsangebotes? (Situation im Jahr 2004)

Ja-Wertung



**Anhang 8: Personalentwicklung in Bremen (eigene Berechnung anhand der Daten des Bremer Infosystems)**



## Praxisbeispiele

### Praxisbeispiel 1: Fehlversorgung durch zu kleine Notfallambulanzen

Jedes kleine Krankenhaus betreibt in der Regel eine Notaufnahme. Dies wird nicht nur als Service von der Bevölkerung gefordert und geschätzt, sondern dient den Krankenhäusern auch zur Akquise von Patient\*innen. Eine gute Gesundheitsversorgung beinhaltet für viele Bürger\*innen und Politiker\*innen eine wohnortnahe, rasch zu erreichende Notaufnahme eines Akutkrankenhauses. Eine gute Gesundheitsversorgung mit einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung gleichzusetzen, ist jedoch ein Trugschluss.

Viele Studien bestätigen mittlerweile, dass die Behandlungsqualität und damit das Überleben sowie der Grad an bleibenden Schäden sehr stark von den vorgehaltenen Notfalleistungen abhängen. Kleine Krankenhäuser, ohne Herzkatheter, Stroke-Unit und dauerhafter CT- und MRT-Diagnostik, schneiden in Puncto Überleben und Behandlungserfolg regelmäßig schlechter ab, als große Krankenhäuser, die eine zeitnahe Akutversorgung gewährleisten können. Was ist auch eine Notfallversorgung ohne die modernen Möglichkeiten der Notfallversorgung wert?

In Bremen gibt es mit der GeNo zwar einen Maximalversorger, der die genannte relevante Diagnostik und Therapie dauerhaft bereithält, diese ist jedoch auf verschiedene Standorte verteilt. Historisch-politisch lässt sich die Verteilung erklären, aus medizinischer Sicht ergibt sie allerdings keinen Sinn. Im Gegenteil, sie gefährdet das Wohl von Patient\*innen. Zusätzlich betreiben auch drei der vier freigemeinnützigen Krankenhäuser Notaufnahmen, die ebenfalls nicht alle Notfallindikationen sinnvoll versorgen können. Vielen Bürger\*innen sind diese Tatsachen nicht bewusst. Sie glauben – und werden in dem Glauben gelassen – dass sie in jeder Notaufnahme die gleiche und beste Notfallversorgung erwarten können.

Um dies zu veranschaulichen, kann abermals das Beispiel von akuten linksseitigen Brustschmerzen angeführt werden. Hier ist bei einem akuten Herzinfarkt mit deutlichen Zeichen im EKG das Einhalten einer Zeitspanne von zwei Stunden bis zur Herzkatheterintervention gefordert. Nach Betreten eines Krankenhauses wird bis zur Herzkatheterversorgung sogar lediglich eine Zeitspanne von 30 Minuten angestrebt, da mit jeder verlorenen Minute mehr Herzmuskelzellen absterben. Stellen wir uns vor, unser\*e Patient\*in wird privat oder vom Rettungsdienst in das Klinikum Bremen-Mitte eingeliefert. Bis dort ein EKG geschrieben ist und sich ein Arzt/eine Ärztin dieses angeschaut hat, sind mindestens 10 Minuten vergangen. Ab diesem Zeitpunkt verblieben theoretisch noch 20 Minuten bis zur Herzkatheterversorgung.

An diesem Zeitpunkt wird in den meisten Bremer Krankenhäusern jedoch erst die Verlegung geplant, erneut ein Rettungswagen plus Notarzt gerufen, gewartet bis dieser eintrifft, die Verlegung ins Klinikum Links-der-Weser - im Zweifel durch den Bremer Berufsverkehr - getätigt und erst dann die notwendige Intervention durchgeführt. Eine zusätzliche Zeitspanne von einer Stunde ist in der Regel mindestens einzuplanen, häufig ist es deutlich mehr. Das ist schlechte Gesundheitsversorgung und sollte sich dringend ändern.

Als Konsequenz daraus und zur Sicherstellung der bestmöglichen Notfallversorgung sind eine oder zwei große Notaufnahmen in Bremen zu fordern, die alle wichtigen notfallmäßigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter einem Dach bereithalten.

## **Praxisbeispiel 2: Überversorgung Notfallambulanzen, vermeidbare Aufnahmen**

Jedes Krankenhaus hat in der Vergangenheit erhebliche Fallzahlsteigerungen den Rechenmodellen der eigenen wirtschaftlichen Entwicklung zugrunde gelegt. Ein nicht belegtes Bett ist in dieser Sichtweise nicht erfreulicher Ausdruck einer gesunden Bevölkerung sondern eine finanzielle Katastrophe. Eine Möglichkeit, flexibel die Betten zu füllen, ist die Aufnahme von Patient\*innen, die sich über Notfallambulanzen vorstellen. Als Nebeneffekt kann so die dauerhafte, durch viel zu niedrig angesetzte Pauschalen bedingte Unwirtschaftlichkeit des Notaufnahmebetriebs abgefedert werden.

Die in Notaufnahmen arbeitenden Ärzt\*innen werden durch ihre Vorgesetzten direkt und indirekt dazu angeleitet, bei freien Betten großzügig Patient\*innen aufzunehmen. Als Argument werden in der Regel wirtschaftliche Gründe und die defizitären Erlössituation der Ambulanzen angeführt. So kann der Behandlungsertrag in vielen Fällen, ohne zusätzliche Diagnostik oder Therapie, vervielfacht werden. Als weiches Argument – gerade bei jüngeren, nicht so erfahrenen Ärzt\*innen beliebt – wird auf die bessere rechtliche Absicherung durch Aufnahme und oberärztliche oder fachärztliche Sichtung am Folgetag verwiesen.

Als klassisches Beispiel zur Darstellung der Erlössituation können akute linksseitige Brustschmerzen, die unter anderem auf einen Herzinfarkt hinweisen, angeführt werden. Nach aktuellen europäischen Leitlinien kann ein Herzinfarkt mittels Blutentnahme und Testung auf hsTroponin mit ausreichender Sicherheit innerhalb eines Einstundenintervalls ambulant ausgeschlossen werden. Dennoch erfolgt fast immer die stationäre Aufnahme zur Durchführung der laborchemischen Verlaufskontrollen. Meistens wird zusätzlich ein Herzkreislaufmonitoring durchgeführt, das leitliniengerecht bis zum Ausschluss eines Herzinfarkts angesetzt ist. Durch die beschriebenen Maßnahmen, Aufnahme und Anschluss an ein Herzkreislaufmonitoring sowie Entlassung am Folgetag, kann ca. ein Zehnfaches des Erlöses, im Vergleich zur normalen Notfallambulanzen-Pauschale, erzielt werden. Der Anreiz zur Überversorgung ist evident und nachvollziehbar.

Natürlich gibt es auch Situationen, in denen, je nach Risikokonstellation, trotz Ausschluss eines Herzinfarkts und anderer akuter Diagnosen für linksseitige Brustschmerzen, eine Aufnahme geboten sein kann. In einer Vielzahl der Fälle ist dies leitliniengerecht jedoch nicht erforderlich.

Das oben Beschriebene macht auf ein zweites Problem aufmerksam: Die aktuelle Krankenhausplanung wird auch anhand der vorhandenen Bettenzahlen und der Belegungssituation durchgeführt. Wenn jedoch der finanzielle Anreiz vorhanden ist, immer möglichst alle Betten zu belegen, um die benötigte Fallzahlsteigerung zu generieren, sind Bettenzahl und Belegungssituation keine validen Parameter, die den tatsächlichen Bedarf innerhalb einer Bevölkerung anzeigen.

### **Praxisbeispiel 3: Patient\*innenselektion, die „teure“ Patientin**

Eine 49-jährige Patientin wurde Ende 2018 notfallmäßig mit unklaren Bauchbeschwerden in ein Bremer Krankenhaus eingeliefert. Bei der Aufnahme wurde sie darauf hingewiesen, dass sie sich ihre HIV-Medikamente für den Aufenthalt von den Angehörigen nachbringen lassen möge. Die Patientin kam dieser Anweisung nach und nahm ihre Medikation im gesamten 10-tägigen Aufenthalt aus ihrer ambulant verschriebenen Packung. Bereits zwei Jahre zuvor war ihr bei einem geplanten stationären Reha-Aufenthalt im Vorfeld deutlich gemacht worden, dass die Aufnahme nur erfolgen könne, wenn sie ihre HIV-Medikation für den Zeitraum des Aufenthaltes selber mitbringe. Es handele sich um teure Medikamente, die nicht ausreichend gegenfinanziert seien. Könne die Patientin die Medikamente nicht selbst mitbringen, müsse das Krankenhaus die Patientin ablehnen. Offizielle Regelungen besagen, dass bei stationärem Aufenthalt die Medikation vom Krankenhaus komplett gestellt werden muss.

Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems führt dazu, dass sowohl die Patientin selbst als auch ihre Erkrankung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten angeschaut werden. Das Denken, die durch die Behandlung der Patientin entstehenden Kosten wieder zu „erwirtschaften“ oder sogar an ihr Gewinn zu machen, hat in vielen Krankenhäusern die Mitarbeiter\*innen der Stationen und der Notfallambulanzen erreicht. Der ökonomische Blick läuft dabei nicht nur mit, sondern hat nicht selten reale Konsequenzen für Diejenigen, die drohen, zur „teuren Patient\*innen“ zu werden. Am häufigsten zeigt sich dies in den sogenannten „blutigen Entlassungen“. Es werden Menschen entlassen, bei denen dies nach dem Abrechnungsmanagement vorgesehen ist, die medizinisch aber noch nicht ausreichend genesen sind. Gerade die Bedarfe multimorbider Patient\*innen lassen sich im DRG-System nicht immer gut abbilden. Dies leistet dem Vorschub, was unter dem Begriff „Patientenselektion“ inzwischen Einzug in die wissenschaftlich kritische Diskussion über die Aufgaben stationärer Versorgung gehalten hat (s. Gutachten NRW).