



Gesundheitspolitische
Positionen der Ersatzkassen
zur Bürgerschaftswahl 2023
in Bremen

Vorwort

Wir erleben gerade, wie die etablierten Strukturen der Gesundheitsversorgung in Bedrängnis geraten. Kliniken sind nicht auf Energieeffizienz eingestellt, die Möglichkeiten der Digitalisierung werden bei Weitem nicht ausgeschöpft und die sensible Ressource Personal wird nicht zielgerichtet eingesetzt. Und auch ganz akute Probleme, wie die Versorgung von Kindern oder der Mangel an manchen Arzneimitteln sind das Ergebnis von Steuerungsproblemen im Gesundheitswesen.

Auch wenn vieles nicht auf der Landesebene entschieden wird, gibt es zahlreiche Ansätze aktiv zu werden und die Versorgungsstrukturen so zu gestalten, dass sie am Bedarf und nicht am Bestand oder ausschließlich der Ökonomie orientiert sind, dass sie neue Technologien einbeziehen und auch dem Fachkräftemangel aktiv entgegenwirken.

In einer Forsa-Umfrage im Auftrag der Ersatzkassen wurde 2019 bereits deutlich, dass den Versicherten die Qualität der Versorgung wichtiger ist, als eine schnelle Erreichbarkeit. In der Studie nahmen die Teilnehmenden deutlich die Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern wahr und bewerteten diese.

An diesem Punkt setzen die Ersatzkassen an und sagen: Die Qualität der Versorgung und der effiziente Einsatz von Ressourcen sind die Ausgangspunkte von denen aus die Versorgung gedacht werden muss, damit sie dem demografischen Wandel standhält und den Bedarf erfüllt. Dazu haben wir für die diesjährige Bürgerschaftswahl Positionen erarbeitet, die die Versorgung von morgen zeigen und den Weg dahin beschreiben.

Sie finden daher unsere Positionen zu jedem Thema unterteilt in

„Jetzt“ – beschreibt den aktuellen Zustand.

„2027“ – so möchten die Ersatzkassen, dass sich die Bereiche in der nächsten Legislaturperiode und darüber hinaus entwickeln.

„Auf dem Weg dahin“ – dies sind die gesundheitspolitischen Forderungen der Ersatzkassen, um das beschriebene Ziel zu erreichen.

Krankenhausstrukturen zukunftsfähig gestalten

Jetzt: Im Land Bremen besteht in der Krankenhausversorgung ein großes Potenzial zur trägerübergreifenden Schwerpunktbildung, das nicht genutzt wird. Viele Leistungen werden an mehr Standorten vorgehalten, als der Bedarf es erfordert und die Kliniken spezialisieren sich nicht ausreichend auf Kernkompetenzen. Zudem fördert das Land Bremen die Investitionskosten der Kliniken nicht im notwendigen Maß. So bleiben Modernisierungen und energetische Sanierungen aus – ein hoher Investitionsstau ist entstanden.

Zwar hat die Senatorin für Gesundheit ein Gutachten zur zukünftigen Struktur der stationären Versorgung in Bremen erstellen lassen (hcb-Gutachten), aber der Auftakt zur Umsetzung, in Form eines Workshops mit den Geschäftsführer:innen der Krankenhäuser, ist ohne Erfolg angelaufen. Zudem finden aktuell keine Strukturgespräche mit den Kostenträgern statt, wie es sie in der Vergangenheit gegeben hat.

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Struktur der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Erkrankungen werden in Bremen viel zu häufig stationär behandelt. Diese vermeidbare „Hospitalisierung“ bringt für die Betroffenen Probleme mit sich, bindet (knappe) personelle Ressourcen und verursacht gleichzeitig hohe Kosten.

2027: Krankenhäuser werden nach den Versorgungsstufen Grund-, Regel-, Maximal- und Spezialversorger in unterschiedliche Level eingeteilt. Im Rahmen einer aktiven Krankenhausplanung werden die Bedarfe durch Leistungsgruppen den Kliniken zugewiesen. Abteilungen, in denen bestimmte Eingriffe mit nur wenigen Fallzahlen durchgeführt werden, die sächlich und personell nicht entsprechend der Leistungsgruppen ausgestattet sind, werden für das jeweilige Leistungsspektrum nicht mehr zugelassen. Dadurch, dass Leistungen konzentriert an weniger Standorten mit hoher praktischer Erfahrung erbracht werden, steigt die Qualität und es ist weniger Personal notwendig, das an anderer Stelle eingesetzt werden kann.

Kliniken, die Notfallmedizin, Neonatologie, Geburtshilfe und Intensivstationen vorhalten, erhalten jetzt über einen höheren Vorhalteanteil der Vergütung ausreichend Mittel, um diese wichtigen Bereiche der Daseinsvorsorge wirtschaftlich zu betreiben.

Mit Investitionsmitteln des Landes und Bundesmitteln für klimaneutrales Bauen wurde der Investitionsstau aufgebrochen und zukunftsfähige Umbaumaßnahmen konnten begonnen werden. Damit werden die Kliniken unabhängiger von fossilen Energien.

Rund 50 Prozent der psychiatrischen Versorgung konnten durch ein Modellprojekt nach § 64b SGB V (Transformation der Psychiatrie - GeNo) aus dem stationären Bereich in die ambulante Versorgung verlagert werden. Dies wirkt sich positiv für die Patient:innen aus (z. B. Verbleib im sozialen Umfeld) und spart Ressourcen.

Auf dem Weg dahin: Das Land Bremen hat alle Ansätze zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit angewendet und die Möglichkeiten des Bremischen Krankenhausgesetzes ausgeschöpft - Pflegepersonaluntergrenzen, Mindestmengen und die Strukturrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) werden konsequent in der Krankenhausplanung berücksichtigt. Sodass nicht mehr mit der Größe „Bettenzahl“, sondern nach Bedarf und Qualität geplant wird. Es wurden die Regelungen des neuen Krankenhausgesetzes, das auf Basis des Regierungskommissionspapiers entstanden ist, mit den Erkenntnissen des hcb-Gutachtens für Gespräche zwischen Krankenhäusern, Gesundheitsbehörde und Krankenkassen genutzt, um die Strukturen den Erfordernissen anzupassen.

Dabei hat die senatorische Behörde den Strukturierungsprozess der Krankenhäuser in unterschiedliche Level mit den dazugehörigen Leistungsgruppen moderiert und unterstützt. Für die Kliniken waren die klaren Vorgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hilfreich, da ineffiziente Bereiche in der neuen Systematik der Leistungsgruppen nicht mehr durch höhere Fallmengen ausgeglichen werden können und damit nicht weiter aufrechterhalten wurden. Der jahrzehntelange Stillstand in der Krankenhausplanung konnte endlich überwunden und die Strukturen nach Bedarf und Qualität umgeformt werden.

Auf der Bundesebene hat sich das Land Bremen für den, im Koalitionsvertrag angekündigten, Klima- und Transformationsfonds stark gemacht. Die für Bremen vorgesehenen Mittel aus dem Fonds konnten in die energetische Modernisierung der Kliniken und Pflegeeinrichtungen fließen. In dem Zuge hat das Land Bremen auch die Investitionskosten für die Krankenhäuser deutlich erhöht, was insgesamt dazu beigetragen hat, dass bauliche Voraussetzungen für eine zeitgemäße und ressourcenschonende Versorgung geschaffen werden.

Die Transformation der psychiatrischen Versorgung hat die Senatorin für Gesundheit konsequent in enger Zusammenarbeit mit den Krankenkassen bedarfsgerecht und rechtskonform umgesetzt.

Notfallversorgung und Rettungsdienst reformieren

Jetzt: Das Angebot der Notfall-Anlaufstellen in Bremen ist unübersichtlich. Oft fällt es den Bürger:innen schwer, einzuschätzen bei welchen Beschwerden sie sich an welche Versorgungsstufe wenden können. Das führt dazu, dass zu häufig der Rettungsdienst gerufen wird und die Notaufnahmen der Krankenhäuser überfüllt sind. Dadurch werden hochqualifizierte Ressourcen zweckentfremdet, lange Wartezeiten ausgelöst und vermeidbare Kosten verursacht.

2027: Das Beispiel der Zentralen Notaufnahme (ZNA) am St. Joseph-Stift Bremen hat Schule gemacht. An geeigneten, bedarfsgerecht ausgesuchten Kliniken in Bremen gibt es jetzt Integrierte Notfallzentren (INZ), die den Bürger:innen bekannt sind. Die Kliniken und die Kassenärztliche Vereinigung haben an diesen Standorten einen gemeinsamen Tresen, von dem aus die Patient:innen in die richtige Versorgung geleitet werden.

Es besteht zudem nun ein gemeinsames Notfallsystem, welches über die 112 und die 116 117 jederzeit erreichbar ist. Digital vernetzt, werden jetzt über die gemeinsame Notfallleitstellen (GNL) von Kliniken und niedergelassenen Ärzten die Notfallrettung alarmiert, telemedizinische Konsultationen eingeleitet, Krankentransporte oder der Fahrdienst der kassenärztlichen Bereitschaft organisiert. Der ärztliche Bereitschaftsdienst bietet in diesem Rahmen auch telemedizinische Beratung und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst 24/7 an. Das System fängt die Patient:innen jetzt auf und leitet sie auf den passenden Versorgungsweg – niemand muss mehr unsicher nach der richtigen Hilfe suchen. Der Landesregierung ist es gelungen, das bisherige, sektorenorientierte System in eine neue integrierte Notfallversorgung zu überführen.

Auf dem Weg dahin: Die Landesregierung hat sich parteiintern, im Bundesrat, in der Gesundheitsministerkonferenz und anderen politischen Gremien für eine Notfallversorgung im Sinne der Patient:innen engagiert. So wurde ein Gesetz zur Notfallversorgung verabschiedet, auf dessen Grundlage die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) vorangetrieben werden konnte. Dies hat die Notfallaufnahmen sehr entlastet. Auch ein einheitliches Notrufsystem wurde beschlossen, das die Rufnummern 112 und 116 117 zusammenführen soll und jederzeit erreichbar sein wird.

Somit wurden alle Hilfsangebote eng miteinander verzahnt und eine echte integrierte Notfallversorgung von ambulant, stationär und Rettungsdienst konnte entstehen.

Gute Pflege bezahlbar gestalten

Jetzt: Immer mehr pflegebedürftige Menschen können ohne finanzielle Unterstützung der Kommunen den Platz in einem Pflegeheim nicht mehr bezahlen. In Bremen liegt der monatliche Eigenanteil für die Pflegebedürftigen derzeit bei durchschnittlich 2.296 Euro. Zudem herrscht weiterhin ein Mangel an Pflegekräften, der sich in der Qualität der Pflege und frustrierenden Arbeitsbedingungen niederschlägt. Auch ist die finanzielle Belastung innerhalb des Systems nicht gleich verteilt: Im Gegensatz zur Sozialen Pflegeversicherung ist die Private Pflegeversicherung vor allem für einkommensstarke Personen mit geringerem Pflegerisiko zuständig und wird nicht in den Solidarausgleich einbezogen.

2027: So wie gesetzlich eigentlich vorgesehen, übernimmt das Land Bremen die Investitionskosten für die Pflegeheime. Der Eigenanteil für die Bewohner:innen ist dadurch deutlich gesunken. Auf der Bundesebene wurden per Gesetz ein verbindlicher Steuerzuschuss sowie der Einbezug der Privaten Pflegeversicherung in den Solidarausgleich beschlossen. Außerdem haben sich die Parteien auf eine dringend notwendige Lösung zur zukünftigen Finanzierung der Pflegeversicherung geeinigt, um die Pflegeversicherten vor weiter steigenden Eigenanteilen zu entlasten.

Inzwischen sind Berufe in der Pflege attraktiver und es arbeiten wieder mehr Menschen in diesem Bereich. Durch die Verteilung der Aufgaben auf mehr Personal ist es den Pflegenden möglich, sich den Pflegebedürftigen über die reine Pflege hinaus zuzuwenden. Ein weiterer Baustein, der den Pflegeberuf aufwertet und attraktiv macht, ist die Delegation ärztlicher Leistungen an examinierte Pflegekräfte.

Bezahlbare Plätze in Pflegeeinrichtungen und eine deutliche Verbesserung für die Arbeit in der Pflege sind das Ergebnis der intensiven Bemühungen des Landes Bremen.

Auf dem Weg dahin: Die Bürgerschaft hat beschlossen, dass das Land die Investitionskosten für die Pflegeheime übernimmt. Damit müssen die Einrichtungen diese nicht mehr von den Versicherten abverlangen und die Zuzahlungen sind sozialverträglicher. Zudem hat die Behörde die Zulassung von im Ausland erworbenen Pflegeausbildungen beschleunigt und es wird versucht, durch Modellprojekte zur Work-Life-Balance und zu anderen Aspekten des Pflegeberufs den Wiedereinstieg attraktiver zu gestalten.

Das Land Bremen hat außerdem die Ausbildungskapazitäten für die Pflege gesichert - sowohl für Pflegefachkräfte als auch Pflegefachhilfskräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung. Es hat in Schulplätze, Lehrkapazitäten und in Pflegeschulen sowie in

Informationskampagnen investiert, die gut sichtbar im öffentlichen Raum stattfinden. Um die Abbruchquote in der Ausbildung zu verringern, wurde intensiv nach den Gründen recherchiert und Verbesserungen herbeigeführt.

Die Ersatzkassen haben ihre Vertragspartner aufgefordert, die Delegation ärztlicher Leistungen zu intensivieren. Gemeinsam mit der KVHB haben die Kassen in Bremen ein Modellvorhaben gestartet, das die Übernahme von Aufgaben im Indikationsfeld „Demenz“ durch speziell ausgebildete Pflegekräfte erprobt. Diese bundesweit stattfindenden Modelle zu unterschiedlichen Indikationen werden ausgewertet und sollen dauerhaft zu einer Entlastung der Ärzt:innen und einer Aufwertung des Pflegeberufs führen.

Ein verlässlicher Steuerzuschuss und die Beteiligung der Privaten Pflegeversicherung am Solidarausgleich wurden per Gesetz festgelegt. Dafür hatte sich die Landesregierung auf Bundesebene stark gemacht.

Ambulante Versorgung nachhaltig weiterentwickeln

Jetzt: Eine verlässliche Erreichbarkeit der Primärversorgung ist in Bremen grundsätzlich gegeben. Es besteht eine relativ hohe Dichte an Haus- und Fachärzt:innen. Im Vergleich zu anderen Stadtstaaten hat Bremen mit 307 Ärzt:innen für 100.000 Einwohner:innen bundesweit die höchste Versorgungsdichte. Hamburg hat 296 Ärzt:innen und Berlin 287 Ärzt:innen für 100.000 Einwohner:innen. In Flächenländern liegt die Anzahl deutlich darunter - z. B. Niedersachsen mit 205 Ärzt:innen für 100.000 Einwohner:innen.

In den Stadtteilen Hemelingen, Neustadt, Oberneuland, Walle und Leherheide (Bremerhaven) ist die hausärztliche Versorgung allerdings nicht auf diesem hohen Niveau. Zur Lösung dieser punktuellen Defizite arbeiten die Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) an Modellen, wie die vertragsärztliche Versorgung dort gestaltet werden kann.

Um das insgesamt gute ärztliche Versorgungsniveau in Bremen zu halten, sind weitere Weichenstellungen wichtig: Denn wegen einer höheren Inanspruchnahme durch die Patient:innen, dem bevorstehenden altersbedingten Ausscheiden vieler Ärzt:innen und den veränderten Anforderungen des ärztlichen Nachwuchses an die Work-Life-Balance, wird sich der Personalmangel in den medizinischen Berufen auch in Bremen bemerkbar machen und Lösungen fordern. Ein weiteres Problem der Versorgung ist die Trennung der Sektoren in ambulant und stationär.

2027: Durch den medizinischen Fortschritt und minimalinvasive Techniken ist die Zahl der Operationen, die ambulant durchgeführt werden können, immer größer geworden. Durch eine neue Vergütung, die den Aufwänden der Kliniken und denen im ambulanten Bereich gerecht wird, konnte endlich die Sektorengrenze überwunden werden.

Bremen hat zwar weiterhin kein vollständiges Medizinstudium im Portfolio der Universität, aber es bietet angehenden Ärzt:innen durch intensivierete Kooperationen mit medizinischen Hochschulen verstärkt an, ab dem klinischen Teil ihrer Ausbildung nach Bremen zur Ausbildung zu kommen. Dies hat sich positiv auf die Versorgung ausgewirkt, da ein Teil der jungen Mediziner:innen in Bremen bleibt.

Auf dem Weg dahin: Das Land Bremen hat für die Ausbildung von Mediziner:innen Kooperationslösungen gefunden. Seitdem werden in Bremen vermehrt Ärzt:innen klinisch ausgebildet, die sich nach Abschluss ihres Studiums in Bremen niederlassen. Das Land hat alle Anstrengungen unternommen, den Standort für die Absolvent:innen attraktiv zu machen. Zudem haben Politik und Behörden im Zuge der Stadtentwicklung die Notwendigkeit erkannt, geeignete Praxisflächen in neuen Wohngebieten und in den potenziell schlechter versorgten Stadtteilen zu schaffen. Durch die gute Verfügbarkeit geeigneter Praxisräume wird es für Ärzt:innen einfacher und attraktiver, sich dort niederzulassen.

Für die ambulante Versorgung wurden Modelle gefunden, mit denen sich die knappe Ressource „medizinisches Personal“ effizient einsetzen lässt und die gleichzeitig die Erwartungen an die Work-Life-Balance der Beschäftigten berücksichtigen.

Für bestimmte Behandlungen wurde eine sektorengleiche Vergütung eingeführt, die zwischen der ambulanten (EBM) und der stationären Vergütung (DRG) liegt. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben dafür gemeinsam einen bundesweit geltenden Katalog ambulant durchführbarer Operationen sowie eine entsprechende Vergütung vereinbart. Dies wurde mit dem Krankenhausentlastungsgesetz festgelegt.

Neue Versorgungskonzepte erproben

Jetzt: Anders als in den Flächenländern ist im Land Bremen eine ambulante und stationäre Versorgung gesichert, die für alle Bürger:innen innerhalb kurzer Wege zu erreichen ist. Möglicherweise werden sich die Bedingungen verändern. Denn schon jetzt ist beispielsweise der Trend weg von der Einzelarztpraxis deutlich zu erkennen.

2027: Regionale Gesundheitszentren (RGZ) können ein guter Weg sein, in unterversorgten Gebieten eine koordinierte medizinische und den ärztlichen Bereich ergänzende Versorgung an einem Ort anzubieten. Hier findet eine Kooperation zwischen den Professionen statt, die es Patient:innen einfacher macht, ihre Versorgung zu finden. Grundsätzlich ist hierfür auch die Umwandlung eines Krankenhauses in ein RGZ denkbar.

Regionale Gesundheitszentren nach dem Modell der Ersatzkassen unterscheiden sich allerdings grundlegend von anderen Angeboten, wie z. B. Gesundheitskiosken! Mit mindestens vier Hausärzt:innen, einer fachärztlichen Grundversorgung und mindestens zwei weiteren medizinischen Fachdisziplinen, wie zum Beispiel Physiotherapie, bietet ein RGZ unter einem Dach eine gute und vielseitige Versorgung. Weitere Fachärzt:innen, OP-Zentren, Kurzzeitpflege und andere Angebote können sich angliedern und dieses integrative Angebot erweitern. So leistet dieses Versorgungsmodell einen Beitrag zum Abbau der Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Darüber hinaus ist es mit weniger Bürokratie und flexiblen Arbeitszeiten attraktiv für den medizinischen Nachwuchs.

Regionale Gesundheitszentren erweitern - im Gegensatz zu Gesundheitskiosken - das medizinische und therapeutische Angebot und erleichtern es den Patient:innen, sich im komplexen System der Versorgungsangebote zu orientieren.

Die Investitionskosten für ein RGZ werden kostendeckend kommunal finanziert, während die gesetzliche und die private Krankenversicherung die im Leistungskatalog vorgesehenen Versorgungsangebote finanzieren. Diese klare Kostenteilung zwischen Investitionskosten und Betriebskosten sorgt für eine auskömmliche Finanzierung eines RGZ - ohne Quersubventionierung.

Auf dem Weg dahin: Das Gesundheitsressort hat sich mit möglichen Versorgungsformen auseinandergesetzt und sich darauf vorbereitet, die Initiative für ein Regionales Gesundheitszentrum zu ergreifen, falls dies für die Versorgung notwendig und sinnvoll werden sollte. Die Ersatzkassen unterstützen diese neuen Versorgungsansätze, wenn sie bedarfsgerecht und wirtschaftlich sind und sich die unterschiedlichen Angebote ergänzen, anstatt miteinander zu konkurrieren.