

DIE LINKE Fraktion Zollernstraße 16 52070 Aachen

Fraktion DIE LINKE im StädteRegionstag
Zollernstraße 16
52070 Aachen

Frau Margret Schulz
Vorsitzende Ausschuss für Soziales, Gesundheit,
Senioren und demographischen Wandel

Tel.: 0241 5198 3305
FAX: 0241 5198 2398

E-Mail: dielinke-fraktion@staedteregion-aachen.de
www.dielinke-staedteregionstag.de

Büro: Zimmer E 188

Antrag „Gesundheitsversorgung in der StädteRegion Aachen und Sicherstellung hoher Qualität medizinischer Versorgung wohnortnah für alle Einwohner in der StädteRegion Aachen“

Aachen, 13. Januar 2015

Sehr geehrte Frau Schulz,

für die Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Senioren und demographischen Wandel am 4. März 2015 beantragt die Fraktion DIE LINKE die Aufnahme des o.a. Themas in die Tagesordnung und bitten um Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie verbindlich regelt der Krankenhausplan NRW 2015 als Instrument der Steuerung des öffentlich rechtlichen Gesundheitssystems, dass in der Städteregion Aachen Krankenhäuser mit unterschiedlicher Ausstattung, Polikliniken für die Basisversorgung vor Ort (Erstversorgung), Spezialkliniken (z. B. Organzentren), Maximal-, Grund- und Regelversorgung bedarfsgerecht vorhanden sind?
2. Inwieweit kommen Land und Bund dem Rechtsanspruch auf Finanzierung der „Hardware“ (der Investitionsverpflichtung für Baumaßnahmen zur Modernisierung und Ausstattung) der Krankenhäuser in der StädteRegion Aachen nach?
Wie groß ist die Finanzierungslücke? Ist die Landesregierung aufzufordern, im Interesse der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung ihrer Verpflichtung zu investiver Finanzierung zeitnah nachzukommen?
3. Die Qualität ärztlichen Handelns reduziert sich anscheinend auf kurzfristige Patientenzufriedenheit (siehe Befragung der Bertelsmann Stiftung, AN und AZ vom 9.12.2014, www.aok.de/krankenhausnavigator und „Weiße Liste“ der Bertelsmann Stiftung).
Wird gesundheitlicher „Outcome“ von Behandlungen, Ergebnisqualität Behandlungen in Krankenhäusern erfasst? (siehe auch Antrag 117, Deutscher Ärztetag, Mai 2014).
4. Wie ist der Status der Bedarfsplanung wohnortnaher Gesundheitsversorgung für die drei Eifelkommunen in der StädteRegion Aachen? Gibt es hier beispielsweise entlegene medizinisch unterversorgte Ortschaften? Besteht die Überlegung, für unterversorgte entlegene Region im Verbund mit regionalen Krankenhäusern durch ein „Docmobil“ (fahrende Arztpraxis) in kommunaler Trägerschaft ergänzend die Grundversorgung in der Fläche sicherzustellen?

Begründung

Jede EinwohnerIn nimmt wenigstens einmal im Jahr das Gesundheitssystem in Anspruch. Alle sind potenzielle Patienten. MandatsträgerInnen, Erwerbstätige, Versicherte, BürgerInnen müssen in eine öffentliche Debatte einbezogen werden zu der Frage: Was soll für gute Gesundheitsversorgung in fünf oder zehn Jahren in der StädteRegion erreicht sein? Dazu fehlt es bisher an faktenbasiertem Wissen (siehe Protokoll der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Städteregion vom 05. November 2014 sowie SOZ, 18.09.2014, TOP 6 (0386) Antrag DIE LINKE).

Zu 1:

Auch Krankenhäuser in der Städteregion stehen vor einem finanziellen Kollaps. Massiv gestiegene Wasser-, Abwasser-, Energiekosten, investive Unterfinanzierung der Krankenhäuser, denen das Land immer mehr Mittel entzogen hat, das Vergütungssystem nach Behandlungsfall „DRGs“ (Diagnosis Related Groups) sowie Konkurrenzdruck treiben Krankenhäuser dazu, sich wie Wirtschaftsunternehmen zu verhalten.

Gesundheit ist Menschenrecht und öffentliches Gut, das nicht über Marktmechanismen gesteuert werden kann, sondern durch politische richtungweisende Entscheidungen. Der wirtschaftliche Druck muss aus den Krankenhäusern herausgenommen werden. Einen marktförmigen Umbau unseres Krankenhauswesens zu Lasten von PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegepersonal findet nicht die Zustimmung der Einwohnerbevölkerung.

Marktförmig bedeutet, wo es sich lohnt, wird Leistung ausgedehnt (= Überversorgung). Zugleich findet Patientenselektion statt (unter anderem über Werbemaßnahmen*). Personal wird abgebaut. Weniger Pflegekräfte versorgen immer mehr PatientInnen. Das bedeutet: möglichst wenig Aufwand für den „einzelnen Fall“ (= Unterversorgung für einkommensschwächere Menschen, die zugleich aber höherem Bedarf an Gesundheitsversorgung haben).

Mit dem Vergütungssystem nach „Behandlungsfall“, DRGs (Diagnosis Related Groups) wurden Krankenhäuser einem verschärften wirtschaftlichen Druck ausgesetzt. (Bis 2004 galt eine Vergütung nach Tagessätzen. Die Krankenhäuser erhielten Zahlungen gemessen an der Zahl der Tage, die ein Patient im Krankenhaus verbrachte). Vergütung nach DRGs sollte zu Kostenminderung führen. Tatsächlich sind sie ein Preissystem ohne Qualitätsstandards und Qualitätssicherung. Wie sich in den zehn Jahren seit Einführung der DRGs zeigt, ist dieses System wegen des Anreizes zur Leistungsminimierung und Risikoselektion ein unverantwortliches und zudem teures Realexperiment. Operationen bringen den Kliniken viel Geld. Je voller der Operationssaal ist, umso mehr Umsatz macht eine Klinik. Ein besonders gravierendes Beispiel hinsichtlich der Differenz zwischen konservativer Therapie und Operation ist ein Eingriff an der Hüfte. Eine Hüft-Operation kostet 12.000 bis 15.000 Euro – Krankengymnastik bringt 30 Euro pro Quartal. In den USA, dem Land das am längsten mit dem Preissystem „DRG“ Erfahrung hat, sind die Kosten der stationären Gesundheitsversorgung sogar am höchsten.

**) Ein Krankenhaus, das überwiegend solche PatientInnen aufnimmt, kann diesen dann selbstverständlich auch eine gute und umfassende pflegerische Betreuung zukommen lassen.*

Zu 2:

In der zumeist unverschuldeten Finanznot der Krankenhäuser ist begründet, dass in Deutschland die Fallzahlen behandelter Patienten - bei ständigem Personalabbau und Arbeitsverdichtung - derart angestiegen sind, dass es sich mit medizinischer Notwendigkeit nicht erklären lässt. Das ist inzwischen auch in der öffentlichen Debatte, in Zeitungen und Rundfunk angekommen.

Der AOK-Krankenhaus-Report 2013 kommt zu dem Fazit: „...dass sich Mengenentwicklungen vor allem bei den ‚Fällen‘ vollziehen, die wirtschaftlichen Gewinn versprechen....“ Auffällig ist, dass sich die Mengenausweitungen weitgehend auf Operationen an Gelenken, Wirbelsäule und Gallenblase sowie kardiologische Interventionen beschränken: Das Statistische

Bundesamt meldete für den Zeitraum von 2005 bis 2009 eine Zunahme der Gelenkspiegelungen und Knieprothesen um 20 Prozent. Die Zahl der Wirbelsäulenoperationen hat sich 2010 gegenüber 2005 verdoppelt. Zum Vergleich: in Deutschland werden jährlich 240.000 Hüftprothesen eingesetzt. Das sind doppelt so viele wie im europäischen Durchschnitt. Es werden 175.000 Knieprothesen eingesetzt (doppelt so viele wie in Frankreich und Schweden). Bei den Bandscheiben-Operationen sind die Unterschiede besonders gravierend. Die 160.000 Eingriffe stellen die fünffache Menge dessen dar, was in Frankreich an Operationen vorgenommen wird. Insgesamt ist Deutschland weltweit führend bezüglich der Anzahl eingesetzter Hüft- und Knie-Prothesen.

Zu 3:

Hohe Qualität der medizinischen Versorgung und Patientensicherheit sind Anliegen eines jeden. Der Bedarf an Informationen über Qualität von Gesundheitseinrichtungen ist erwiesenermaßen sehr hoch. Bei Befragungen zu Qualitätsberichten der Krankenhäuser wussten jedoch nur vier Prozent der Befragten von diesen Berichten.

Kriterien der veröffentlichten gesetzlichen Qualitätsberichte sowie die der bekannten Befragungen von Stiftungen und Agenturen zur Patientenzufriedenheit werden von Versicherten und Patienten generell als nicht zielführend bewertet, wohingegen das Erfassen des „Outcomes“ von therapeutischen Behandlungen eine Maßnahme der einzelnen Krankenhäuser wäre, um den Vertrauensverlust – ob berechtigt oder unberechtigt – beim Arzt-Patienten-Verhältnis aufgrund von vermuteten sachfremden, geldgesteuerten Interessen sowie Ungleichbehandlung entgegenzuwirken.

Aus Einzelergebnissen konkreter Ergebnisqualität der Behandlungen können und sollen zwar keine wissenschaftlichen oder politischen Konsequenzen gezogen werden, sie sind aber neben dem Effekt der Vertrauensbildung als Rückmeldung zur Qualitätsverbesserung für die leistungserbringende Einheit entscheidend.

Anstelle eines Verdrängungswettbewerbs der Krankenhäuser ist im Interesse der Mehrheit der Patienten vor allem: Transparenz über fachliche Qualifikation des Gesundheitspersonals, über Sponsoren (ggfs. Interessenkonflikt) und interdisziplinäre Zusammenarbeit; dass persönliche Meinungen von Professionellen als nichtwissenschaftlich kenntlich gemacht werden; überprüfbare Informationen gegeben werden (ohne Fachsprache); Benennen der konkreter Ziele therapeutischer Maßnahmen, Behandlungsalternativen sowie unabhängige Beratungsangebote und weitere Informationsquellen; Berücksichtigung der individuellen Lebensbedingungen und Präferenzen von PatientInnen.

Zu 4:

Die mobile Praxis steht (z. B. wie in Schleswig Holstein, Belgien, Niederlande) an zuvor bekannt gegebenen Standorten für einen oder mehrere Tage, bevor sie in die nächste Region weiter fährt. An Bord wären ein Arzt/ eine Ärztin und ein/e Mitarbeiter/in (Pflegekraft mit Zusatzausbildung). Für das Docmobil müssten Mitarbeiter fest oder auf Honorarbasis angestellt werden (lt. Änderung des SGB aus dem Jahr 2012 durch die Kommune möglich). Notwendig wäre eine Zusammenarbeit mit öffentlichen Einrichtungen wie Rathäusern, Gemeindebüros, Markt-Treffs, Kindergärten, Schulen oder mit Gasthöfen, um die für den Betrieb erforderliche Infrastruktur wie Warteraum, Sanitäreanlagen und Wasser- und Stromversorgung zu erhalten. Eine fahrende Arztpraxis kann – als öffentlich gefördertes Modellprojekt – größere ländliche Gebiete erfahrungsgemäß mit vergleichsweise geringem Personalaufwand gesundheitlich versorgen.

Mit freundlichen Grüßen

Helga Ebel

Harald Siepmann

Kopien an:

- Hr. Etschenberg, Städteregionsrat
- Hr. Jansen, Dezernat II
- Hr. Leyendecker, Büro Städteregionstag
- Fr. Berg, Schriftführerin
- CDU-Fraktion
- SPD-Fraktion
- Grüne-Fraktion
- FDP-Fraktion
- Piraten/UFW
- Pressestelle