

Warum Daseinsvorsorge wichtig ist und wie sie organisiert sein sollte.

Träumen ist notwendig. Dafür kämpfen auch.

Düsseldorf, 30.4.2022, Thomas Böhm

Bei diesem Kongress geht es im weiteren Sinn um den Erhalt und die Funktionsfähigkeit von Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Der Begriff der Daseinsvorsorge war noch vor wenigen Jahren eigentlich nur in linken Kreisen geläufig. Heute findet er sich in vielen Stellungnahmen von Fachgesellschaften und auch Politiker aller Parteien verwenden ihn wie selbstverständlich. Doch was bedeutet Daseinsvorsorge? Was sind ihre Grundcharakteristika und was ist die Bedeutung dieser Einrichtungen für das Leben der Menschen?

1. Solidarsysteme und die Einrichtungen der Daseinsvorsorge machen fest an Grundbedürfnissen und Grundrechten der Menschen: Energie und Wasserversorgung, Nah- und Schienenverkehr, Abfallentsorgung und insbesondere auch Bildung, Gesundheitsversorgung, Sicherung im Alter und bei Arbeitslosigkeit, aber auch die kulturellen Einrichtungen - Sie alle stellen die organisatorische und strukturelle Absicherung dieser Bedürfnisse und die Wahrnehmung dieser Rechte sicher.
2. Solidarsysteme und die Einrichtungen der Daseinsvorsorge machen am tatsächlichen Bedarf der Menschen fest und nicht wie das restliche Wirtschaftssystem an der kauffähigen Nachfrage. Dies ist ein zentraler Unterschied, weil in einer Gesellschaft mit arm und reich der Bedarf an sozialer Sicherung und die Befriedigung der Grundbedürfnisse gerade nicht mit der zahlungsfähigen Nachfrage übereinstimmen: Diejenigen, die sich finanziell alles leisten können, haben den geringsten Bedarf an Einrichtungen der Daseinsvorsorge und umgekehrt.
3. Solidarsysteme und die Einrichtungen der Daseinsvorsorge beinhalten auch ein Element der Umverteilung oder anders ausgedrückt: Man zahlt entsprechend seiner Leistungsfähigkeit oder doch zumindest nicht entsprechend dem individuellen ökonomischen Nutzen, den man daraus zieht. Dies ist besonders deutlich bei der Gesundheitsversorgung. Aber auch beim Schienenverkehr oder bei der Post sind die Aufwendungen, um eine abgelegene Region zu versorgen, deutlich höher als in einem Ballungsraum, obwohl die Preise gleich oder ähnlich sind. Umverteilung von reich zu arm, von stark zu schwach, von gesund zu krank, von Stadt zu Land ist also ein Wesenszug dieser Einrichtungen.

4. Solidarsysteme und die Einrichtungen der Daseinsvorsorge setzen immer auf Inklusion, d.h. auf Einbeziehung aller und nicht auf Ausschluss von einzelnen oder ganzen Gruppen. Anders ausgedrückt, ein wesentliches Element ist die Zugangsgerechtigkeit, d.h. dass jeder, unabhängig von seinem sozialen Status oder vom Wohnort, die Möglichkeit hat, die Leistungen in Anspruch zu nehmen.
5. Solidarsysteme und die Einrichtungen der Daseinsvorsorge werden unter politischer Kontrolle betrieben, gehören also zum öffentlichen Raum und nicht zum Bereich des privaten Wirtschaftens.
6. Weil Solidarsysteme anderen Prinzipien folgten, nämlich dem Bedarf statt der Nachfrage, hatten sie auch einen anderen inneren Aufbau, andere Steuerungscharakteristika – Sachsteuerung der Bedarfe statt finanzieller Steuerung, Deckung der entstandenen Kosten statt Preisen.
7. und letztens sind Solidarsysteme darauf angewiesen ihr Leistungen kontinuierlich, d.h. nicht in Abhängigkeit von den Wechselfällen der Wirtschaftsentwicklung zu erbringen, nicht zu schließen oder Zahlungen einzustellen. Es ist sogar umgekehrt, gerade in Krisen müssen sie besonders gut funktionieren, um Schutz zu bieten.

Aufgrund dieser Charakteristika von Einrichtungen der Daseinsvorsorge ergibt sich unmittelbar ihre Bedeutung für die Gesellschaft: Sie stellen - unabhängig vom sozialen Status - die Sicherung der Grundbedürfnisse sicher. Sie ermöglichen auch den unteren Schichten die Wahrnehmung von Grundrechten. Sie stellen ein solidarisches Element des Ausgleichs und der Umverteilung dar, das in dieser Gesellschaft, die immer größere Ungleichheit produziert, bitter nötig ist. Mit einem Wort diese Einrichtungen schützen die Schwachen. Dies gilt aber nur, wenn ihre innere Struktur, ihre Finanzausstattung und ihre Steuerung dies auch zulassen, wenn der Bedarf und nicht das Geld Maßstab für die Aufgabenerfüllung ist. Und genau daran hapert es erheblich.

Die Angriffe auf die Einrichtungen der Daseinsvorsorge und auf die solidarischen Grundprinzipien einer Gesellschaft, die von neoliberaler Seite seit Jahren vorgetragen werden, haben verschiedene Formen:

1. Einrichtungen der Daseinsvorsorge werden zumindest formal privatisiert, also in GmbHs oder AGs umgewandelt und damit nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt.
2. Einrichtungen der Daseinsvorsorge werden auch materiell privatisiert, d.h. an

Privatunternehmen verkauft, oder Teile werden outgesourct.

3. Innerhalb und zwischen Einrichtungen der Daseinsvorsorge werden künstlich marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen implementiert, quasi eine künstliche Wettbewerbs- und Konkurrenzsituation geschaffen.
4. Die Arbeitsbeziehungen und die zwischenmenschlichen Beziehungen der Menschen, die in solchen Einrichtungen arbeiten, werden ebenfalls nach den Prinzipien von Konkurrenz und Wettbewerb umgestaltet. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Steuerungsmechanismen, wie indirekte Steuerung, Benchmarking, Budgetierung und die Führung von Abteilungen als Profit-Center.
5. Unter dem Stichwort der Deregulierung oder des schlanken Staates werden allgemein gültige Vorschriften, die Schutzrechte darstellen, abgebaut und so das freie Spiel der Marktkräfte noch mehr ermöglicht.
6. Die Kassen des Staates und der Kommunen und die Kassen der Solidarsysteme werden systematisch geleert, um dann wieder argumentieren zu können, es sei kein Geld da und man müsse tiefe Einschnitte im sozialen Netz durchführen. So wurde der Aufbau Ost zu einem Großteil mit den Geldern der Sozialversicherungen bestritten. So werden durch eine gezielte steuerliche Umverteilungspolitik die Reichen und die Unternehmen immer mehr entlastet und die Kommunen in den Bankrott getrieben. Steigen dann die Defizite, kann man die mangelnde Effizienz der Einrichtung der Daseinsvorsorge publikumswirksam anprangern und Markt und Wettbewerb als Heilsbringer darstellen.
7. Das Ganze wird abgesichert durch die Verbreitung eines Gesellschafts- und Menschenbildes, das diesen Abbau als völlig normal und jede Form von Schutzrechten und Reglementierungen als widernatürliche Beschränkung der Freiheit und der Leistungsfähigkeit von Menschen, darstellt.
8. Schließlich stehen EU und WTO bereit um alles, was im nationalen Rahmen übernahmereif geschossen wurde, dem freien Handel zu übergeben und diese Einschnitte auf internationaler Ebene formell abzusichern, damit es national auf gar keinen Fall mehr ein Zurück geben kann.

Insgesamt wird also sehr systematisch vorgegangen, um diese Einrichtungen marktförmig umzugestalten und sie ihres Wesens zu berauben.

Was können **wir** dem entgegensetzen?

Auch dieser Frage geht der Kongress insbesondere in der zweiten Workshop-Phase nach. Ich möchte ein paar Überlegungen hierzu unter dem Schlagwort „Träumen ist notwendig“ zusammenfassen - Träumen als die Entwicklung von weitergehenden Alternativen, die aktuell utopisch erscheinen mögen, aber ein Leitfaden für unser Handeln sein können.

Ich hoffe, dass sie die Diskussion anregen.

Dabei muss auch klar sein: Eine fehlende oder unzureichende Planung, unsinnige Strukturen und eine mangelhafte Qualitätssicherung verursachen vermeidbare Kosten. Stattdessen könnten diese Gelder für die Verbesserung der Behandlungsbedingungen und der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten verwendet werden.

Hier also mein Traum zu alternativen Strukturen

Die **doppelte Facharztschiene** wird aufgelöst. Fachärzte sind Angestellte der Krankenhäuser und die fachärztliche Versorgung wird in und durch die Krankenhäuser durchgeführt.

Es werden keine weiteren Krankenhäuser privatisiert **und private Kliniken werden rekommunalisiert.**

Krankenhäuser werden uneingeschränkt für die **ambulante Behandlung** geöffnet.

Die stationäre Grundversorgung wird durch **Krankenhäuser mit einer Zahl von 300 – 400 Betten** sichergestellt. Dies ermöglicht die Einhaltung von Mindestzahlen und die Vorhaltung aller wesentlichen Fachrichtungen in ausreichender Größe. Damit erhöhen sich auf dem Land die Entfernungen zu einem Krankenhaus. Dem wird mit folgenden Maßnahmen entgegengewirkt:

- Krankenhäuser betreiben flächendeckend **Primärversorgungszentren** für die fachärztliche Erstversorgung und für die nachstationäre Behandlung vor Ort. Die personelle und technische Ausstattung muss alle wesentlichen Diagnosestellungen incl. Überwachungsbetten ermöglichen und wird über Telemedizin vom Krankenhaus gestützt. Die Belegschaft dieser Zentren wird über Rotation vom Krankenhaus gestellt, was die notwendige Erfahrung sichert.
- Es werden in der Fläche **mehr Notarztteams und mehr Standorte für die Notfallrettung** vorgehalten.

- Für Patienten und Angehörige werden **Shuttleservices** zum Krankenhaus eingerichtet, wenn eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich oder zu umständlich ist.

Mein Traum zu einer alternativen Planung

Die Planung der gesamten ambulanten und stationären Versorgung liegt bei den Ländern. **Die kassenärztlichen Vereinigungen sind überflüssig.** Der Sicherstellungsauftrag geht an die Versorgungsregionen.

Es werden **Versorgungsregionen** gebildet. Entscheidendes Kriterium für eine Versorgungsregion ist die gleichmäßige und zeitnahe Erreichbarkeit aller notwendigen Einrichtungen, nicht Landkreisgrenzen.

Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt in **Versorgungstufen** und aufgrund von Planvorgaben des Landes, die wissenschaftlich - unter Einbeziehung von Praxisexperten ermittelt werden.

Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt unter demokratischer Beteiligung aller Betroffenen (Krankenkassen, Krankenhäuser, Hausärzte, Beschäftigte, Patienten, Träger, Kommunen/Landkreise und dem Land).

Eine alternative Planung bedeutet auch, dass die momentan sehr kleinteilige Krankenhausstruktur in Richtung größere und leistungsfähige Krankenhäuser geändert wird.

Die Schließung kleiner Krankenhäuser erfolgt nicht auf der Basis von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen. Die Voraussetzung für solche Schließungen ist die vollständige Einrichtung eines Netzes von Primärversorgungszentren.

Eine Bettenreduktion findet dabei nicht statt. Die Kapazitäten sind jetzt schon zu gering.

Mein Traum zu einer alternativen Qualitätssicherung

Die Pseudo-Qualitätssicherung mit Hilfe finanzieller Steuerung wird abgeschafft, d. h. es gibt keine Qualitätsverträge, Selektivverträge und kein Pay for Performance mehr. Abgesehen davon, dass finanzielle Sanktionen nicht geeignet sind die Qualität zu erhöhen, bedeutet eine solche Steuerung einen massiven Anreiz zur Patientenselektion.

Es werden in den Krankenhäusern interne Qualitätssicherungsgremien unter Beteiligung von Beschäftigten- und Patientenvertretern gebildet. Die Einhaltung

von Personalanhaltszahlen ist ein wesentliches Element dieser Qualitätssicherung.

Treten Qualitätsprobleme auf, wird der betroffenen Einrichtung Unterstützung dabei gegeben, die Qualität zu verbessern. Ziel aller Maßnahmen ist die Verbesserung der Qualität und nicht die Schließung.

Mein Traum zu einer alternativen Finanzierung

Ziele eines alternativen Finanzierungskonzepts müssen sein:

- Alle Aufwendungen für medizinisch sinnvolle und ethisch vertretbare Maßnahmen sollen dem Krankenhaus vergütet werden.
- Medizinische Entscheidungen dürfen nicht durch betriebswirtschaftliche Erwägungen beeinflusst werden.
- Jeder Patient hat Anspruch auf die für ihn notwendige Behandlung. Solange es diese Unterscheidung überhaupt noch gibt, werden zwischen Privatversicherten und gesetzlich Versicherten keine Unterschiede gemacht.
- Ressourcen zur Vorhaltung von Behandlungskapazitäten in Notfallsituationen (insbesondere bei einem Massenanfall von Verletzten, Epidemien, Umwelt- oder Naturkatastrophen etc.) müssen den Krankenhäusern finanziert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, muss das derzeitige Finanzierungssystem durch Fallpauschalen (DRGs) und die Vergütung von Einzelleistungen oder Budgets und Patientenpauschalen im Niedergelassenenbereich abgeschafft werden.

Die Vergütung der laufenden Kosten der Krankenhäuser und des hausärztlichen Bereichs muss dem Prinzip, der vollständigen Trennung zwischen der Vergütung der Leistungserbringer und der Leistungserbringung selbst folgen.

Das bedeutet im Niedergelassenenbereich, dass für alle niedergelassenen Ärzte ein Festgehalt eingeführt wird und die notwendigen Sachkosten refinanziert werden.

Im Krankenhausbereich bedeutet dies, dass Gewinne verboten werden und die Kosten eines bedarfsgerechten und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses vollständig von den Kassen ersetzt werden.

Durch verbindliche gesetzliche Personalanhaltszahlen für alle relevanten Berufsgruppen werden Standards festgelegt und von den Kassen finanziert. Werden die Anhaltszahlen unterschritten, sind die Gelder zurückzuzahlen. Gleichzeitig muss vom Land als Planungsinstanz eine Anpassung der Leistungen nach unten durchgeführt werden.

Auch die Investitionskostenfinanzierung muss sich ändern. Es bleibt weiterhin bei der dualen Finanzierung, d. h., dass die Investitionskosten vollständig von den Ländern übernommen werden. Die Krankenhäuser dürfen nicht länger an den Investitionskosten beteiligt werden.

Die Investitionskostenfinanzierung wird verdoppelt und auf der Basis der Investitionsquote des Dienstleistungsbereichs verstetigt. Der Investitionsstau wird in Bezug auf jedes einzelne Krankenhaus überprüft und im Rahmen eines Fünfjahresplanes zurückgeführt.

Wie gesagt, träumen ist notwendig, um eine Leitschnur für unser gemeinsames Handeln zu haben. Ich hoffe, dass die Arbeitsgruppen und dieser Kongress sich in diesem Sinn viel Gutes erträumen und dass wir anschließend alle zusammen an die Umsetzung gehen.