

Kapitel II.4

Für eine alternative Gesundheits- und Krankenhauspolitik

Was wir wollen – unser Programm

► Leitgedanke: Stärkung der Daseinsvorsorge – Schwächung der Marktwirtschaft

Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge. Mit der zunehmenden Durchsetzung neoliberaler Ideen werden Einrichtungen der Daseinsvorsorge angegriffen, ihr Charakter verändert und ihre Grundprinzipien ausgehöhlt. Ökonomisierung ist zur Hauptgefahr für die Daseinsvorsorge geworden. Ökonomisierung bedeutet die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine untergeordnete Rolle spielten, die stattdessen gemeinwohlorientiert solidarisch oder privat organisiert waren.

Eine alternative Gesundheitspolitik muss die marktwirtschaftlichen Mechanismen und Verhaltensweisen wieder zurückdrängen und der Geldsteuerung eine sach- und bedarfsgerechte Steuerung entgegenstellen.

► Vollständige paritätische Finanzierung wiederherstellen

Die paritätische Finanzierung ist eines der Grundprinzipien der finanziellen Absicherung der Einrichtungen der Daseinsvorsorge in Deutschland. Die Einschränkung der Parität über Zuzahlungen sowie die Deckelung der Arbeitgeberbeiträge bei 7,3% und die Erhebung von Zusatzbeiträgen (auch wenn sie momentan wieder hälftig von Beschäftigten und Arbeitgebern getragen werden müssen) sind Teil des Angriffs auf das Lebens- und Einkommensniveau der Bevölkerung und reihen sich nahtlos in

viele andere Maßnahmen des Sozialabbaus und der Reduzierung des Arbeitnehmer-einkommens ein.

Die Regelung verschärft auch den Konkurrenzkampf der Kassen um den niedrigsten Zusatzbeitrag. Leidtragende sind auch hier die Versicherten, die mit immer mehr Einschränkungen bei der Gewährung von Leistungen rechnen müssen. Auch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Krankenhäuser usw.) sehen sich deswegen immer schärferen Kontrollen und Vergütungskürzungen ausgesetzt. Das Ziel einer solchen Politik ist nicht eine bedarfsgerechtere Mittelverteilung und die Vermeidung von Verschwendung, sondern Sparen um jeden Preis und Entlastung der Arbeitgeber.

► **Bürger*innenversicherung einführen**

Das Recht des wohlhabenderen Teils der Bevölkerung, eine private Krankenversicherung abzuschließen, führt einerseits zu Aushöhlung der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung und andererseits zu einer massiven Ungleichbehandlung der Patient*innen entlang der Unterscheidung »Privat oder Kasse«. Diese Ungleichbehandlung reicht von Wartezeiten über den persönlichen Umgang und die Behandlungsbedingungen (Wartebereiche, Krankenzimmer) bis hin zu den gewährten Therapien. Dies hat bei den Versicherten der GKV Leistungseinschränkungen und Zuzahlungen zur Folge, bei den Privatversicherten kommt es stattdessen wegen finanzieller Anreize im Abrechnungssystem tendenziell zu Überversorgung mit Durchführung überflüssiger, medizinisch nicht begründeter Untersuchungen und Behandlungen.

Sinnvoll wäre es, auch bei der Gesundheitsversorgung keinen Unterschied zwischen den Menschen zu machen und alle nach ihrem Bedarf und nicht nach ihrer Zahlungsfähigkeit zu behandeln.

Bei den gesetzlichen Kassen führt der gesetzlich verordnete Konkurrenzkampf einerseits zur Jagd auf »gute« und gesunde Beitragszahler*innen, andererseits auf Patient*innen mit bestimmten chronischen Erkrankungen, was höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Folge hat.

Sozial- und verteilungspolitisch wäre es sinnvoll, alle Bevölkerungsgruppen (auch Beamte und Selbstständige) und alle Einkommen und Einkommensarten zur Finanzierung der Daseinsvorsorge zu verpflichten. Das würde auch den Betrag, den der Einzelne für die Gesundheitsversorgung aufbringen muss, deutlich reduzieren.

Dies bestätigt auch eine aktuelle Studie des IGES-Instituts und der Bertelsmann-Stiftung, die ergab, dass bei einer Bürgerversicherung mit Pflichtmitgliedschaft für alle die gesetzliche Krankenversicherung ein jährliches Plus von 9 Mrd. Euro erzielen könnte und die Beiträge um 0,6%-Punkte (145 Euro) sinken könnten. Das finanzielle Plus resultiert zum einen aus den höheren Einkommen der jetzt privat Versicherten und aus der Tatsache, dass sie gesünder sind und weniger Kosten verursachen.⁸⁵

► **Rekommunalisierung statt Privatisierung**

Bis 1985 war es gesetzlich verboten, in und mit Krankenhäusern Gewinne zu machen. Seit Abschaffung dieses Verbots versuchen private Krankenhausketten, immer mehr Krankenhäuser unter ihre Kontrolle zu bringen oder, wie sie es nennen, ihren Marktanteil zu vergrößern. Die Zahl der privaten Krankenhäuser ist seit 1991 um über 70% gestiegen, die Zahl der privaten Betten um über 330%. Gleichzeitig sind die privaten Krankenhausketten die Treiber der Ökonomisierung und der Aushöhlung der Daseinsvorsorge. Die Konzerne pressen Gewinne aus privaten Krankenhäusern, indem sie ihren Beschäftigten weniger bezahlen, weniger Personal beschäftigen sowie die Patient*innen und die medizinischen Fachgebiete stärker nach Rentabilitäts Gesichtspunkten selektieren. Der Gipfel der Pervertierung der Daseinsvorsorge ist, wenn diese Unternehmen über die erzielten Gewinne Versichertengelder an Aktionäre ausschütten.

Die Einrichtungen der Daseinsvorsorge dürfen kein Tummelplatz für private Profitinteressen sein. Gewinnerzielung muss wieder verboten werden. Damit würde sich die Privatisierungstendenz im stationären Sektor rasch von selbst erledigen. Die Kommunen und die Landkreise haben den Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung. Deshalb gehören die Krankenhäuser auch in öffentliche Hand. Wo Krankenhäuser privatisiert wurden, ist ihre Rekommunalisierung anzustreben und gesetzlich zu fördern. Hierzu gehört auch, dass die Bestimmungen des Kartellrechts nicht auf kommunale Krankenhäuser angewendet werden, so dass die sinnvolle Zusammenarbeit von Krankenhäusern erleichtert wird.

85 Vgl. Richard Ochmann, Martin Albrecht, Guido Schiffhorst, »Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risiko-selektion und regionale Verteilung der Ärzte«, Bertelsmann Stiftung 2020

► Vollständige Finanzierung der Krankenhausversorgung

Krankenhausleistungen werden seit der Einführung des DRG-Systems mit festgelegten Preisen vergütet, die nicht entsprechend der Kostensteigerungen angehoben wurden. Ökonomisch hat dies die Konsequenz, dass die Krankenhäuser ihre Kosten, insbesondere die Personalkosten, möglichst weit senken müssen. Um diese Einspar-effekte zu erreichen, werden immer mehr Tätigkeiten in Tochtergesellschaften ausgliedert, deren Beschäftigte dann schlechter bezahlt werden bis hin zur Prekarisierung mit massiv verschlechterten Arbeitsbedingungen.

Weiter hat das Finanzierungssystem durch Fallpauschalen die Folge, dass die Zahl der behandelten Patient*innen möglichst stark erhöht werden muss und dass sich die Selektion von Patient*innen lohnt (junge, »gesunde«, privatversicherte Patient*innen, aber auch Gelenkeingriffe statt konservativer Therapie, Kaiserschnitte statt normaler Geburt, Herzkatheter und aufwändige Herzoperationen). Ergebnis dieser marktwirtschaftlichen Steuerung über Preise ist eine massive Überlastung des Personals und eine Patientengefährdung durch Personalmangel und die Durchführung nicht notwendiger Eingriffe und Operationen.

Nicht mehr das Wohl des Patienten, sondern die Ökonomie steht im Vordergrund. Weitere hochproblematische marktwirtschaftliche Vergütungselemente sind geplant oder ihre Umsetzung hat schon begonnen: Ausdehnung der DRG-Systematik auf die Psychiatrie und Psychosomatik, Leistungsvergütung nach fragwürdigen Qualitätskriterien (Pay for Performance, P4P), das Recht der Krankenkassen, selektiv mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abzuschließen und dabei zusätzliche Preisnachlässe auf die Fallpauschalen zu verhandeln.

Diese Entwicklung in Richtung immer mehr Marktwirtschaft ist eine gravierende Fehlentwicklung. Leidtragende sind die Patient*innen und die Beschäftigten. Diese Entwicklung muss gestoppt und umgekehrt werden. Die DRG als Preissystem müssen wieder abgeschafft werden. Steuerungsinstrumente wie Pay for Performance und Selektivverträge dürfen nicht eingeführt werden.

Hinzu kommt, dass die Vergütungen für die Krankenhäuser auf unzureichendem Niveau gedeckelt sind, so dass Tariferhöhungen und Preissteigerungen nicht vollständig refinanziert werden. Diese Unterfinanzierung muss beendet werden. Die notwendigen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstandenen Kosten müssen vollständig refinanziert werden. Strukturentscheidungen (Schließung von Krankenhäusern oder Betten, Privatisierung) dürfen nicht über finanzielle Steuerung entschieden werden, sondern über am Bedarf orientierte Sachentscheidungen.

► Gesetzliche Personalbemessung und volle Refinanzierung der Personalkosten

Seit 1996 wurden in der Pflege 28.518 Stellen abgebaut, bei einer gleichzeitigen Zunahme der Patientenzahl um 3,1 Mio. Das bedeutet eine Zunahme der Belastung um 30%. In Deutschland müssen von einer Pflegekraft deutlich mehr Patienten versorgt werden als in allen anderen europäischen Ländern. Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass ein Patient mehr pro Pflegekraft (von sechs auf sieben Patient*innen) zu einer Steigerung der Sterblichkeit um 7% führt.⁸⁶

Solange es die finanzielle Steuerung über DRG gibt, bedarf es einer Gegensteuerung, um wenigstens ihre schlimmsten Folgen abzumildern. Aus diesem Grund ist die umgehende gesetzliche Einführung einer allgemeinverbindlichen Personalbemessung zumindest für alle behandlungsrelevanten Berufsgruppen und ihre volle Refinanzierung durch die Kassen (bei Rückgabe der Gelder, wenn die Stellen unbesetzt sind) zwingend notwendig. Diese Zahlen müssen nach innen verbindlich sein und es muss Konsequenzen haben (z.B. Bettenschließungen), wenn sie unterschritten werden. Die Geschäftsführungen der Krankenhäuser und die Krankenhausgesellschaften lehnen dies als Eingriff in ihre unternehmerische Freiheit ab. Diese Freiheit endet jedoch beim Schutz der Patient*innen und beim Gesundheitsschutz der Beschäftigten.

Es geht, insbesondere in der Pflege, um nicht weniger als um die Sicherstellung der Daseinsvorsorge im Krankenhaus. Wenn die Pflegekräfte nicht bald entlastet werden, wenn gute Pflege strukturell unmöglich gemacht wird, wenn Überlastung tägliche Realität bleibt, wird sich der Fachkräftemangel krisenhaft zuspitzen. Vermehrte Ausbildungsanstrengungen werden verpuffen, wenn Fachkräfte weiterhin nach wenigen Jahren ihrem Beruf den Rücken kehren. Auch stellt es keine dauerhafte und gesellschaftlich sinnvolle Lösung dar, Pflegekräfte aus dem Ausland abzuwerben, denn damit werden neue Probleme in diesen Ländern geschaffen, das Problem also nur geographisch verlagert. Eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt trägt hier eine besondere Verantwortung, sich nicht am *Braindrain* zu beteiligen und so auch noch Ausbildungskosten ins Ausland zu verlagern.

86 Linda H Aiken et al., »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. a retrospective observational study«, in: Lancet, 24. Mai 2014; 383(9931): 1824–1830

► Für den Erhalt der dualen Finanzierung – staatliche Investitionsmittel mindestens verdoppeln

Seit 1972 gibt es die duale Finanzierung: die laufenden Kosten der Krankenhäuser werden durch die Kassen, die Investitionskosten durch die Länder finanziert. Dies ist eine sinnvolle Regelung, weil es eine staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge ist, die Infrastruktur für die Gesundheitsversorgung zu planen, aufzubauen und zu unterhalten. Pläne, diese duale Finanzierung abzuschaffen und die Investitionskosten in die DRG einzugliedern, sind ein direkter Angriff auf den politischen Verantwortungsbereich und die Planungshoheit der Länder und ein weiterer Schritt in Richtung marktwirtschaftliche Umgestaltung der Daseinsvorsorge. Sie verstärken die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und wälzen die finanzielle Belastung für die Investitions- und Instandhaltungskosten zusätzlich komplett auf die Beitragszahler*innen der Krankenkassen ab.

Die duale Finanzierung wird aber zur Farce, wenn die Gelder, die die Länder zur Verfügung stellen, immer weiter abgesenkt werden und den Investitionsbedarf in keiner Weise decken. Seit 1991 sind die Mittel von 3,64 Mrd. Euro auf 2,76 Mrd. Euro gesunken. Preisbereinigt ist dies ein Minus von über 51,3%. Auch die überraschend hohen Steuereinnahmen des Staates in den letzten Jahren haben die Verantwortlichen nicht zur Umkehr bewogen. Ein riesiger Investitionsstau hat sich gebildet. Die Krankenhäuser sind vor die Alternative gestellt, ihre Häuser zunehmend verwahrlosen zu lassen (was in einem Marktsystem auch verminderte Konkurrenzfähigkeit bedeutet) oder Gelder der Kassen, die eigentlich für die direkte Patientenversorgung bestimmt sind, gesetzwidrig umzuschichten und Baustellen durch Personalstellen zu finanzieren. Nach unbestrittener Expertenmeinung sind jährlich mindestens 6-6,5 Mrd. Euro für Krankenhausinvestitionen nötig. (Siehe Kapitel I.5) Die Investitionsmittel müssen also mehr als verdoppelt werden und es muss ein gesetzlicher Zwang zur Einhaltung einer bestimmten Investitionsquote durch die Länder eingeführt werden.

► Landesplanung nach Bedarf und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien

Unmittelbar im Zusammenhang mit der Finanzierungspflicht steht die wichtige Aufgabe der Länder, die Gesundheitsversorgung planmäßig zu entwickeln. Dies muss eine Sachplanung, ausgehend vom Versorgungsbedarf und vom Ziel einer

gleichmäßigen und qualitativ hochwertigen Versorgung von Stadt und Land sein und kein Nachvollziehen von betriebswirtschaftlichen Zwängen. Das DRG-System führt insbesondere für kleinere Krankenhäuser auf dem Land zu massiven finanziellen Problemen. Umgekehrt sind gerade diese Häuser für die flächendeckende Versorgung wichtig, wenn und solange es keine bedarfsgerechten Alternativen für die Versorgung der Bevölkerung gibt. Es ist Aufgabe einer qualitativen, bedarfsorientierten Landesplanung, solche nutzerfreundlichen Alternativen zu entwickeln (siehe Punkt 8). Auch der Ansatz, über eine gezielt eingesetzte Unterfinanzierung weitere Betten abzubauen, ist kurzichtig und falsch. Krankenhäuser können nicht ständig voll belegt sein, weil sie für Notfälle und Krankheitswellen Reserven vorhalten müssen. Außerdem würde ein weiterer Bettenabbau zu einer noch stärkeren Verkürzung der Liegezeiten führen und damit das Problem der »blutigen Entlassung« und des Ersatzes von professioneller Pflege durch Laienpflege verschärfen. Auch hiervon sind Ältere, Alleinerziehende, Berufstätige und die unteren sozialen Schichten besonders betroffen. Wenn ein Krankenhaus bedarfsnotwendig ist, muss seine Existenz finanziell abgesichert werden. Für diese Bedarfsplanung sollten Planungsausschüsse auf kommunaler oder regionaler Ebene gebildet werden, in denen die örtlichen gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhausträger, Gewerkschaften, Vertreter der niedergelassenen Ärzt*innen und Patientenvertreter*innen ein Mitspracherecht haben.

► **Ambulante und stationäre Versorgung grundlegend reorganisieren – doppelte Facharztschiene abschaffen**

Eine der für eine gute Versorgung unsinnigsten und gleichzeitig teuersten Eigenschaften des deutschen Gesundheitswesens ist die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die sogenannte doppelte Facharztschiene (Fachärzte im Krankenhaus und niedergelassene Fachärzte) gibt es in kaum einem anderen Land, genau wie das Verbot für Krankenhäuser, Patient*innen ambulant zu behandeln. Doppelte Strukturen, doppelte Wartezeiten, doppelte Untersuchungen, doppelte Geräteparks – all das ist weder im Interesse der Patient*innen noch der Wirtschaftlichkeit.

Gleichzeitig wird zunehmend offensichtlich, dass die niedergelassenen Ärzt*innen den ärztlichen Notdienst in weiten Teilen nicht mehr aufrechterhalten können und wollen. Die Krankenhäuser springen zunehmend ein, werden jedoch für ihre Notfallleistungen (incl. Vorhaltekosten) nicht ausreichend vergütet.

Eine Strukturreform scheitert seit Jahren. In dieser Situation sind mutige Reformschritte notwendig, d.h. insbesondere eine bessere Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit Abschaffung der doppelten Facharztschiene und einer Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung. Auch die Einrichtung von Primärversorgungszentren (angegliedert an und betrieben durch die jeweiligen Schwerpunktkrankenhäuser) zum Erhalt der bedarfsnotwendigen Versorgung in der Fläche ist dringend notwendig.