

Bewertung der 14. Stellungnahme der Regierungskommission:

Krankenhausversorgung in Deutschland 2035. Zielbild der Reformen – zukünftige Aufgaben und Bedeutung der Krankenhäuser

In ihrer 14. und letzten Stellungnahme formuliert die Regierungskommission abschließend ihre Vision der künftigen stationären Versorgung in Deutschland und ihre hiermit verbundenen Vorstellungen zur weiteren neoliberalen Umgestaltung dieses Bereichs der Daseinsvorsorge. Auch in dieser Stellungnahme erfolgt im ersten Teil eine Beschreibung der Ausgangslage, die viele Argumente aus früheren Stellungnahmen wiederholt. Dabei werden im Wesentlichen internationale Vergleiche bemüht:

- Deutschland habe zu viele Krankenhausbetten und zu viele Krankenhausbehandlungen und deshalb gäbe es einen nur relativen Mangel an Personal (S. 5)
- Es gäbe zu viele Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen, zu viele Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVI), zu viele künstliche Beatmungen auf Intensivstationen (S. 9 ff.)
- Die Lebenserwartung und die Sterblichkeit läge nur im mittleren Bereich (S. 16/17)
- Deutschland habe sehr hohe Ausgaben für die Gesundheitsversorgung pro Kopf und in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (S. 8 ff.)
- Die Bettenauslastung sei zu niedrig (S. 13)
- Weitere Probleme seien die Sektorentrennung und die Fehlsteuerung der Notfallpatienten (S. 7/8), sowie ausufernde Bürokratie (S. 16)

Im Rahmen dieser Bewertung lässt sich nicht detailliert auf die Argumentation mit internationalen Vergleichen eingehen, die aus unserer Sicht eher auf Apfel/Birnen-Vergleiche hinauslaufen, als auf wissenschaftliche Evidenz. Dazu bedarf es einer intensiveren Diskussion der einzelnen Behauptungen. Wir haben uns vorgenommen, diese in nächster Zeit vorzulegen.

Wir wollen aber dennoch auf ein grundsätzliches Bedenken hinweisen und kurz auf einzelne Behauptungen eingehen:

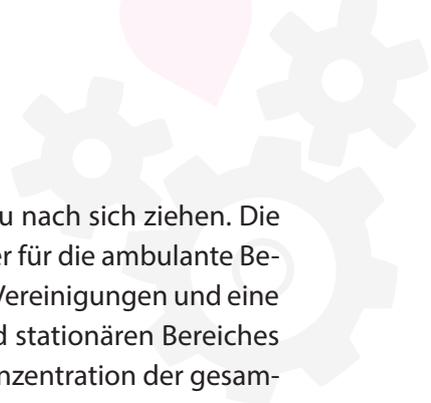
- Die den internationalen Vergleichen zu Grunde liegende Methode ist das sogenannte Benchmarking, also das bloße Vergleichen von Zahlenwerten zu einzelnen Tatbeständen unter Ausblendung der Rahmenbedingungen bzw. anderer Aspekte, wie z.B.
 - Andere Strukturen der Gesundheitsversorgung

- 
- Zugänglichkeit, Wartezeiten
 - Andere Alterszusammensetzung der Bevölkerung
 - Soziale Zusammensetzung
 - Unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten
 - Unterschiedliche Zuordnung und Verarbeitung der Daten

Es handelt sich um eine rein quantitative Betrachtung und sagt nichts darüber aus, was richtig und was falsch ist. Dementsprechend kann auch nicht geklärt werden, ob in Deutschland tatsächlich eine Überversorgung oder in anderen Ländern eine Unterversorgung vorliegt. Dieses Problem wird überhaupt nicht gesehen. Wir wollen gar nicht widersprechen, dass es in Deutschland auch eine Überversorgung gibt. Die liegt aber eindeutig an den Fehlanreizen des von den Autor*innen nach wie vor gut geheißenen DRG-Systems in Deutschland.

- Bei der Frage der zu hohen Kosten ist interessant, dass hier von der Betrachtungsebene »Krankenhäuser« weggegangen und auf die gesamten Gesundheitsausgaben umgeschwenkt wird, bei denen die Kosten für Krankenhäuser nur einen Teil (ca. 30 %) ausmachen. Tatsächlich räumen die Autor*innen auch ein, dass die Preise für Krankenhausbehandlungen nur im mittleren Bereich der verglichenen EU-Länder liegen. Das Problem seien die Fallzahlen. Aber auch das ist nur die halbe Wahrheit, denn auch die gesamten Kosten der Krankenhäuser (Fallzahl x Menge) liegen im mittleren Bereich der Vergleichsländer¹, was die Kommission aber verschweigt.
- Die Frage der unterschiedlichen Lebenserwartung und der Sterblichkeit wird wesentlich mehr durch andere Faktoren (Alterszusammensetzung, Lebensbedingungen, soziale Lage, Verteilung von Reichtum und Armut) bestimmt als durch die Zahl der Behandlungen im Krankenhaus. Genau das wird aber suggeriert, wenn von der Größe der Krankenhäuser (ein Großteil unter 300 Betten) auf die Lebenserwartung geschlossen wird. Dieser Schluss ist durch nichts gerechtfertigt.
- Der nur »relative« Mangel an Personal (Ärzt*innen und Pflegekräfte im Verhältnis zu einer hohen Zahl von stationären Patient*innen), bedeutet aber für die Betroffenen eine massive Überlastung. Die Vorstellung der Kommission, einfach die Zahl der stationären Patient*innen zu reduzieren, ist wirklichkeitsfern. Solange die jetzigen Strukturen und vor allem die Finanzierung über DRGs nicht grundlegend geändert werden, werden sich hier keine wesentlichen Änderungen ergeben, außer die Versorgung wird dramatisch verschlechtert. So sieht es im Moment aus, wenn die gesamten Empfehlungen der Kommission umgesetzt werden. Zu den von uns geforderten Änderungen haben wir ausführliche Vorschläge gemacht.
- Die zu geringe Bettenauslastung beruht zum einen auf einer falschen Berechnung. In Deutschland wird die Bettenauslastung aufgrund der sogenannten Mitternachtsstatistik ermittelt, d.h. der Entlassungstag fällt bei jedem Patienten weg. Das bedeutet, dass die eigentliche Bettenauslastung um ca. 15 % höher ist als offiziell angegeben. Zudem ist bei kurzen Verweildauern und wenn man nicht nur elektive Patient*innen behandelt (wie viele Privatkliniken), eine höhere Auslastung praktisch überhaupt nicht möglich. Hinzu kommt, dass für größere Notfallsituationen immer eine gewisse Bettenreserve vorgehalten werden muss.
- Wir wollen der Diagnose, dass die Sektorentrennung, die Fehlsteuerung von Notfallpatient*innen und die zunehmende Bürokratie ein großes Problem darstellen nicht widersprechen. Allerdings fehlt es uns hier an wirklichen alternativen Vorschlägen. Die vollständige Abschaffung der DRGs und die

¹ Gesundheits- und Krankenhausausgaben im europäischen Vergleich, DKI, 2025.



Einführung der Selbstkostendeckung würde einen riesigen Bürokratieabbau nach sich ziehen. Die Abschaffung der doppelten Facharztschiene und Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, der Entzug des Sicherstellungsauftrags von den Kassenärztlichen Vereinigungen und eine gemeinsame multiprofessionelle Versorgungsplanung des ambulanten und stationären Bereiches durch die jeweils betroffenen Versorgungsregionen und nicht zuletzt die Konzentration der gesamten Notfallversorgung in den Krankenhäusern würden die Sektorentrennung nachhaltig überwinden und die Versorgung deutlich verbessern.

Im zweiten Teil der Stellungnahme feiert die Kommission ihre früheren Vorschläge und deren Umsetzung durch die Lauterbach'sche »Revolution«, sprich das KHVVG. Darauf wollen wir hier nicht näher eingehen und verweisen auf unsere Bewertung zum KHVVG.²

Im dritten und entscheidenden Teil wird ein »Zielbild der zukünftigen Krankenhausversorgung« entwickelt (S. 25 ff.).

»Sektorenübergreifende und bevölkerungsbezogene regionale Planung«

»Nur ein konsequenter Bevölkerungsbezug ermöglicht eine bedarfsgerechte Planung des Gesundheitssystems ohne Über- oder Unterversorgung. Bei der Planung müssen die demographische und andere strukturelle Entwicklungen sowie der Fortschritt der Medizin und der Ambulantisierung antizipiert werden. Hierbei empfehlen sich eine Einteilung Deutschlands in getrennt zu beplanende Gesundheitsplanungsregionen und die Entwicklung von bevölkerungsbezogenen Bedarfskennzahlen für die verschiedenen medizinischen Fächer und Teilbereiche.« (S. 26)

Eine Planung in Versorgungsregionen, statt der zentralistischen Planung vom Schreibtisch des Landesgesundheitsministers aus, wird von uns schon lange gefordert. Sie bietet die Möglichkeit die Besonderheiten der einzelnen Versorgungsregionen zu berücksichtigen. Allerdings müssen die Versorgungsregionen dann auch wirklich so geschnitten sein, dass eine konkrete Planung möglich ist. Versorgungsregionen mit einem Durchmesser von mehreren hundert Kilometern sind hierzu nicht geeignet. Welche Größenordnungen sich die Kommission vorstellt, führt sie nicht aus. Eine weitere wesentliche Vorgabe fehlt bei den Vorschlägen der Kommission: Die Planung in den Versorgungsregionen muss **demokratisch und gemeinwohlorientiert**, das heißt unter Einbeziehung aller Betroffenen (Patient*innen, Beschäftigte, Land- und Stadtkreise, Kassen, Krankenhäuser, Langzeitpflegeeinrichtungen, niedergelassene Ärzt*innen, Pflegedienste) erfolgen. Nur so kann verhindert werden, dass an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigeplant wird und Bettenabbau und Krankenhausschließungen im Zentrum der Planung stehen.

»Für somatische Behandlungen sind derartige Bedarfskennzahlen bislang kaum verbreitet. Solche Kennzahlen sollten aber entwickelt werden, wobei sich jedoch weniger ein Bezug zu Krankenhausbetten oder Behandlungsplätzen, sondern eher zur Zahl durchzuführender Behandlungen und ferner eher ein Korridor als eine fixe Zahl anbieten. (...) Im Unterschied zum Pflichtversorgungsprinzip der stationären psychiatrischen Organisation erscheint es auch nicht zwingend oder sinnvoll, in einer Gesundheitsregion grundsätzlich nur einen Anbieter

² <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2025/04/15/bewertung-krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvvg/>



einer bestimmten Leistung vorzusehen. Hierdurch würden die aus einem Wettbewerb resultierenden Vorteile nicht genutzt.« (S. 27)

Hier wird deutlich, dass es bei den Kennzahlen nicht darum geht, den Bedarf zu ermitteln. Vielmehr handelt es sich um Vorgaben, die nicht überschritten werden dürfen, bzw. an denen sich die Bezahlung ausrichtet. Eine Fixierung der Zahl der zu behandelnden Patient*innen ist definitiv der falsche Weg. Damit geht das Erkrankungsrisiko von den Kassen auf die Krankenhäuser über. Bei Erreichen der Grenzen droht das Verschieben in andere Bereiche und/oder Wartezeiten. Sollte der Grund für eine solche Regelung die Begrenzung der finanziell erzeugten Mengenausweitung sein, so ist dies definitiv der falsche Weg. Hierzu müssen die finanzielle Steuerung und die DRGs abgeschafft und nicht die Versorgung der Patient*innen limitiert werden.

An dem Vorschlag der bevölkerungsbezogenen Kennzahlen lässt sich unschwer auch die Verbindung zu der von der Kommission vorgeschlagenen neuen Vergütungsform erkennen, den Regionalbudgets (s.u.). Nicht nur die Bedarfsermittlung, sondern auch die Vergütung soll bevölkerungsbezogen erfolgen und nicht das refinanzieren, was die Versorgung kostet.

Hinzu kommt, dass zentral (entlang der Leistungsgruppen) entwickelte Kennzahlen ein erhebliches Hindernis für eine regionale Planung sind, weil sie nicht flexibel auf die konkreten Bedingungen vor Ort eingehen können.

Dass zusätzlich auch noch der Wettbewerb gestärkt werden soll – also gerade das, was in der Daseinsvorsorge überhaupt nicht gebraucht wird – ist bezeichnend für die neoliberale Grundhaltung zumindest des dominierenden Teils der Kommission.

»Wie in der 10. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Überwindung der Sektorengrenzen ausgeführt, sind hierfür regionale Planungsgremien, die die spezifischen Besonderheiten vor Ort kennen, am besten geeignet. (...) Zum Einstieg in die gemeinsame Planung kann es sinnvoll sein, zunächst mit den von Krankenhäusern und KV-Bereich ambulant erbrachten Behandlungen zu beginnen, bevor in einem zweiten Schritt auch die stationären Leistungen einbezogen werden.« (S. 27)

Natürlich braucht es für eine regionale Planung auch regionale Planungsgremien. Wie sie zusammengesetzt sein sollten, haben wir oben schon ausgeführt. Die Gremien, die der Kommission vorschweben – der sog. »Erweiterte Landesausschuss«³ – sind hierzu nicht geeignet. Sie gehen davon aus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin den Sicherstellungsauftrag für den ambulanten Bereich haben und dort auch die Planung durchführen. Genau das ist das Problem. Die Planung im niedergelassenen Bereich darf nicht länger beim Interessenverband der Niedergelassenen verbleiben. Der Versorgungs- und Sicherstellungsauftrag auch im ambulanten Bereich muss bei den Ländern liegen und an die Versorgungsregionen delegiert werden. Die Planung beider Bereiche muss gemeinsam und regional erfolgen.

³ Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Kassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss zur Beschlussfassung über Fragen der ambulanten Versorgung (§ 90 SGB 5). Der Erweiterte Landesausschuss wird um Vertreter der Landeskrankenhausesgesellschaften erweitert, wenn es um Fragen der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung in Krankenhäusern geht (§ 116b SGB 5).

»Settingunabhängige Behandlung«

»Zukünftig sollte daher jeder Leistungserbringer nach seinen Möglichkeiten berechtigt sein, Leistungen flexibel nach dem aktuellen Bedarf der Patienten in allen Behandlungssettings zu erbringen, sofern nachweislich eine vergleichbare Qualität gewährleistet ist. Dies hätte zur Konsequenz, dass alle Gesundheitsanbieter flexibel vollstationär, teilstationär, ambulant und aufsuchend tätig wären. Auch den in Praxen tätigen Fachärzten und -ärztinnen sollte grundsätzlich die Möglichkeit offenstehen, teilstationäre und in Kooperation mit Krankenhäusern auch vollstationäre Behandlungen durchzuführen.« (S. 28)

In der 10. Stellungnahme ist das deutlicher formuliert, da ist von »Abschaffung der doppelten Facharztschiene« die Rede – eine völlig richtige Forderung. Jetzt klingt das eher nach einer Invasion der Niedergelassenen in die Krankenhäuser und nach massiver Ausdehnung des Belegarztsystems. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Behandlung wäre tatsächlich ein wichtiger Schritt in Richtung Abschaffung der Sektorentrennung. Auch die Notfallbehandlung sollte völlig durch die Krankenhäuser erfolgen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zunehmend nicht mehr in der Lage die Notfallversorgung zu gewährleisten. Auch bei der fachärztlichen Versorgung müssen die Patient*innen immer längere und unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen. Volkswirtschaftlich sind die Doppelvorhaltung von Personal und Geräten und die ständigen Doppeluntersuchungen ein Unding. Natürlich bedürfte diese Umstrukturierung einer Ausweitung der Räumlichkeiten und des Personals in den Ambulanzen der Krankenhäuser. Die entsprechenden Personalkapazitäten könnten aus den Facharztpraxen gewonnen werden.

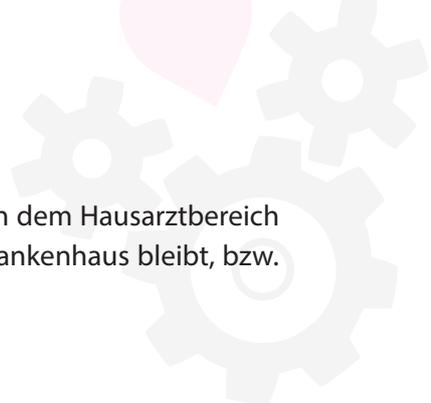
»Ausgestaltung der Gesundheitsplanungsregionen«

Die Kommission führt aus, dass in den Planungsregionen »Level 2 Krankenhäuser« das Rückgrat der Versorgung sein sollen. Zusätzlich sollen die Maximalversorger und Uni-Kliniken »seltene, hochkomplexe und innovative Behandlungen sowie Koordinierungs-, Vernetzungs- und Beratungsaufgaben erfüllen.« (S. 28) Level 1 Krankenhäuser sollen zusätzlich die Versorgung in ländlichen Gebieten sicherstellen.

Dies ist eigentlich nichts Neues und entspricht der altbekannten Unterteilung in Maximalversorger, Zentralversorger und Grund- und Regelversorger, wie sie bis zur Einführung der DRGs in allen Bundesländern die Regel war. Nach Einführung der DRGs wurde diese Dreiteilung und die Krankenhausplanung generell weitgehend abgeschafft, bzw. zur Bettenverwaltung umgestaltet, weil die Kategorisierung der Krankenhäuser und die Planung die Entfaltung des »freien Wettbewerbs« unter den Krankenhäusern hemmen würde.⁴

Es verwundert nicht, dass – wie im KHVVG vorgesehen – auch die »sektorenübergreifenden Versorger« zum Einsatz kommen sollen. In unserer abschließenden Stellungnahme zum KHVVG (<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2025/04/15/bewertung-krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvg>) haben wir geschrieben: »Bei den SüV handelt es sich nicht mehr um Krankenhäuser mit Grundversorgungsaufgaben. Sie sind eine Mischung aus Kurzzeitpflegeheim, Kleinstkrankenhäusern und ambulanten Einrichtungen. Erklärtes Ziel ist die Nutzung dieser neuen Konstrukte zur Schließung von kleinen Grundversorgern in ländlichen Regionen. Dies sieht man auch daran, dass sie nicht auf die Notfallver-

⁴ Siehe z.B. Krankenhausplan 2005 der Stadt Hamburg (Drucksache 16/5822, S. 2-5): »Unter dem Eindruck dieses Antagonismus gestaltet der Krankenhausplan 2005 die Struktur der klinischen Versorgung in Hamburg in einer Weise, die die stationären Leistungsanbieter für den zunehmenden Wettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung ertüchtigt.«



sorgung ausgerichtet sind (z.B. keine Überwachungsbetten). Die Lücke zwischen dem Hausarztbereich (soweit es diesen überhaupt noch gibt) und dem nächstgelegenen größeren Krankenhaus bleibt, bzw. wird noch größer.« (S. 4) Dem ist nichts hinzuzufügen.

»Primärarztsystem«

Die Kommission spricht sich für ein Primärarztsystem aus. Gemeint sind Hausärzt*innen, pädiatrische, gynäkologische und psychiatrische Fachärzt*innen. Diese »steuern ihrerseits per Überweisung den Zugang zu anderen Fachärzten oder Krankenhäusern.« (S. 30) Umgekehrt heißt das, dass die Patient*innen nicht mehr selbst entscheiden können zu welchem Arzt sie gehen. In aller Regel wird ein solches System dann auch noch durch Strafzahlungen für Patient*innen, die sich nicht an den vorgeschriebenen Weg halten, unterfüttert. Im Kern bedeutet das dann, dass sich Reiche weiterhin den direkten Zugang leisten können, andere aber nicht. Eine Lotsenfunktion von Haus- oder Primärärzt*innen erscheint zunächst als sinnvolle Vorgehensweise. Das Problem dabei ist nur, dass natürlich auch die Primärärzt*innen aufgrund der Einzelleistungsvergütung daran interessiert sind, Patient*innen nicht bzw. nicht zu früh an Fachärzt*innen zu verlieren. Aber auch das Abschieben von Patient*innen, deren Behandlung sich nicht lohnt, kann interessant sein, wenn das Quartalsbudget ausgeschöpft ist. Beachtet man diese Folgen der finanziellen Steuerung im niedergelassenen Bereich nicht, droht eine deutliche Verschlechterung der Versorgung. Auch hier wäre es also zunächst notwendig eine Trennung der Vergütung der Leistungserbringer (in diesem Fall der Niedergelassenen) von der Leistungserbringung durchzuführen, damit solche Entscheidungen nach sachlichen und fachlichen und nicht nach finanziellen Kriterien erfolgen. Am ehesten wäre dies möglich, wenn die niedergelassenen Ärzt*innen mit einem (guten) Festgehalt bezahlt würden.

»Indikationsqualität«

Unter diesem Stichwort könnte man einiges verbessern, insbesondere, wenn man insgesamt die finanziellen Anreize aus dem System nehmen würde. Falsche oder überzogene Indikationsstellungen sind ein wesentliches Instrument im Rahmen der finanziellen Steuerung mit sehr konkreten Auswirkungen. Viele medizinische Entscheidungen sind relativ und haben einen Auslegungsspielraum, der durch die finanziellen Interessen der Akteure beeinflusst wird. Am ehesten ließe sich dies durch die Beendigung der finanziellen Steuerung beheben. Als Stichwort für den Krankenhausbereich sei genannt die Abschaffung der DRGs und die Einführung der Kostendeckung 2.0.⁵ Weiter müssten die Qualitätskontrollen auf sachlicher Ebene und ohne Strafen und Anprangerung ausgebaut werden, z.B. durch Peer Reviews. Damit würde sich die Indikationsqualität schnell verbessern lassen. Den Autor*innen geht es aber um etwas anderes:

»Damit es nicht zu einem Konkurs des solidarischen Finanzierungssystems oder kurzfristigen und unzureichend durchdachten Ad hoc-Einschränkungen des Leistungsrechts kommt, sollte in Deutschland eine längst überfällige, breit angelegte Diskussion über die Frage geführt werden, welche Untersuchungen und Behandlungen in welchen Konstellationen auch zukünftig zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehören sollen und welche nicht.« (S. 32)

⁵ Siehe auch: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/05/factsheet-kostendeckung-2-0>

»In diesem Kontext kann auch die Forderung nach der gebotenen »**Eigenverantwortung**« der Versicherten (§ 1 SGB V) eine größere Bedeutung gewinnen. Ausmaß und Ausgestaltung von Zuzahlungen oder einer fixen Selbstbeteiligung können hierbei sinnvolle Instrumente sein. Diese müssen sozialverträglich gestaltet werden, zum Beispiel, indem sie an das sozialversicherungspflichtige Einkommen gekoppelt werden.« (S. 32)

»Weil die Entwicklung medizinischer Innovationen weiter fortschreiten und erheblich an Dynamik gewinnen dürfte, bedarf es eines umfassenden Konzepts zum **Innovationsmanagement**. Ein Innovationsmanagement muss die Finanzierbarkeit im Gesamtsystem der GKV in den Blick nehmen, dabei Innovationen auch zukünftig ermöglichen und fördern sowie beachten, welche Kosten durch eine Innovation möglicherweise eingespart werden. Die Frage, inwieweit auch in Zukunft jeder medizinische Fortschritt uneingeschränkt zulasten der Solidargemeinschaft zugänglich sein kann, erfordert eine breite gesellschaftliche Diskussion, der sich Deutschland bislang nicht gestellt hat.« (S. 34)

Mit wohlgewogenen Worten und ziemlich weitschweifig (über 4 Seiten) wird hier die Abkehr von der Lauterbach'schen Prämisse (»keine Leistungseinschränkungen«) vollzogen. Hatten die bisherigen Empfehlungen der Kommission und die Lauterbach'schen »Revolutionen« die Leistungserbringer im Visier, bahnt sich für die nächsten Legislaturperioden ein Fokuswechsel an: Jetzt geht es um die Bevölkerung und die Patient*innen. Einerseits sollen sie mit Eigenanteilen zur Kasse gebeten werden, andererseits sollen ihnen nicht mehr alle Leistungen angeboten werden – zumindest nicht allen. Dies ist eine gefährliche Entwicklung, führt sie doch direkt zur Frage, wer noch ein künstliches Hüftgelenk im hohen Alter bzw. bei bestimmten Begleiterkrankungen bekommt oder wer auf Intensivstationen noch beatmet werden soll.⁶ Auch hier droht eine deutliche Verschlechterung der Versorgung der Patient*innen und vor allem eine 2-Klassen-Medizin.

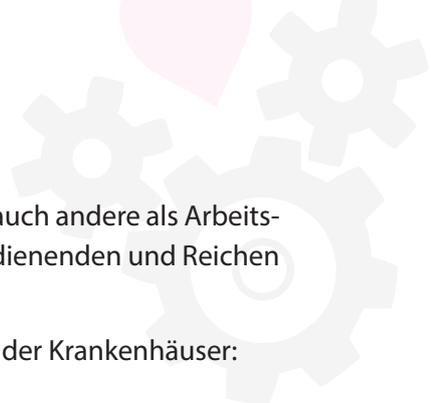
Reiche werden sich natürlich auch weiterhin alles, was ihnen für ihre Gesundheit notwendig erscheint leisten und beschaffen können. Das ist »wenn du arm bist, musst du früher sterben« in Reinkultur.

»Finanzierung und Qualitätssicherung«

»Ziel eines reformierten Gesundheitssystems muss sein, dass die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur noch im gleichen Maße steigen wie die Grundlohnrate, also die Einnahmen der GKV durch die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern.« (S. 35)

Mit dieser Empfehlung ist die Kommission wieder in den 90er Jahre des letzten Jahrhunderts gelandet. Mit dem »Gesundheitsstrukturgesetz« von 1992 wurde nämlich die sogenannte einnahmeorientierte Ausgabenpolitik und das Prinzip der »Beitragssatzstabilität« gesetzlich verankert (§ 71 SGB 5). Beitragssatzstabilität bedeutet, dass die Ausgaben der Krankenkassen nicht stärker steigen dürfen als ihre Einnahmen – von der Sache her eine absurde Verknüpfung: Wenn es mehr Arbeitslose und geringere Löhne gibt, sinken die Einnahmen der Kassen, aber es verbessert sich bestimmt nicht die Gesundheit der Menschen und die Ausgaben sinken natürlich nicht. Die 90er waren die hohe Zeit der Kostendämpfungspolitik vereinbart durch CDU und SPD im »Lahnsteiner Kompromiss«. Die Budgetdeckelung, die damals eingeführt wurde, wirkt heute noch nach. Sie trug erheblich zur zunehmenden Finanznot der Krankenhäuser bei. Und ein große Koalition gibt es ja heute auch wieder ...

⁶ Siehe Christian Karagianidis; Boris Augurzky; Mark Dominik Alscher: Die Gesundheit der Zukunft: Wie wir das System wieder fit machen, Hirzel Verlag, Stuttgart 2025.



Die soziale Alternative ist eine solidarische Pflege- und Krankenversicherung, die auch andere als Arbeits-einkommen zur Beitragszahlung heranzieht und die Privilegierung der Besserverdienenden und Reichen mit Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze endlich beendet.

Aber die Kommission hat auch noch weitergehende Vorschläge zur Finanzierung der Krankenhäuser:

»Sinnvoll ist die Entwicklung eines **Qualitätsbezugs für einen Teil der Vergütung**, wobei sich für die Vorhaltevergütung vorrangig ein Bezug zur Struktur- und eventuell Prozessqualität und für die Vergütung der Leistungen vorrangig ein Bezug zur Ergebnisqualität anbieten.« (S. 35)

Auch das ist nicht neu. »Qualitätsbezug« oder neudeutsch »pay for performance (P4P)« wurde vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 1997 (S. 599) erstmalig gefordert und wird von den diversen neoliberalen Hexenküchen der Wissenschafts- und Beratungsunternehmen in regelmäßigen Abständen in die Debatte gebracht. Einmal ganz abgesehen davon, dass die beste Garantie für eine bessere Qualität der Versorgung mehr Fachpersonal wäre, ist zu bezweifeln, dass Messungen der Ergebnisqualität für relevante Teile des Krankenhaugeschehens statistisch überhaupt sauber möglich sind: Stimmt die Indikation? Ist das Auftreten einer Komplikation auf das Krankenhaus oder die Vor- und/oder Nachbehandlung durch andere oder auf das Krankheitsbild selbst bzw. den Patienten zurückzuführen? Misst man bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes oder betrachtet man die Langzeitergebnisse? Wenn solche Qualitätsmessungen unmittelbaren Einfluss auf die finanziellen Ergebnisse haben, muss man mit unerwünschten Folgewirkungen rechnen: Es besteht ein erheblicher finanzieller Anreiz, Daten zu schönen oder schlicht zu fälschen. Und es besteht ein weiterer, schwerwiegender Anreiz zur Patient*innenselektion. Das kann vom Weiterverlegen schwerer Fälle bis zur Jagd nach »jungen, gesunden« Patient*innen gehen.⁷

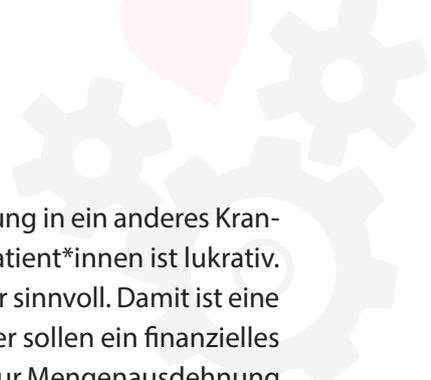
An dieser Problematik ändert sich auch nichts durch den Hinweis, dass der Qualitätsbezug auf die Vorhaltevergütung angewendet werden solle. Erstens ist auch die Vorhaltevergütung nicht wirklich mengenunabhängig (siehe unsere Bewertung des KHVVG) und zweitens würde auch eine Erhöhung oder Absenkung der Vorhaltevergütung dieselben oben beschriebenen Folgewirkungen haben.

»Regionalbudgets«

»Wie erläutert, konnte in über 20 Modellprojekten der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgreich eine Vergütung für die settingübergreifende Versorgung der Bevölkerung einer definierten Region erprobt werden. Eine derartige Organisations- und Vergütungsform baut Anreize für nicht indizierte stationäre Behandlungen ab, ermöglicht flexible Therapien nach den aktuellen Patientenbedürfnissen und fördert präventives medizinisches Handeln.« (S. 38)

Auch dieses neoliberale Projekt der Finanzierung von Gesundheitsleistungen darf hier nicht fehlen, insbesondere weil das Kommissionsmitglied Augurzky einer der wichtigsten Verfechter dieser Finanzierungsform ist. Regionalbudget bedeutet, dass für die Versorgung der Bevölkerung einer bestimmten Region ein festes Gesamtbudget (pro Kopf der Einwohner*innen) vorgegeben wird. Budgets setzen zum Teil andere finanziellen Anreize als Preise: Mengen- und Leistungsausweitungen sind obsolet, Leistungsverweigerung

⁷ Näheres siehe unsere Broschüre »Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser«, Kap. I.6 (<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/05/broschuere-das-fallpauschalensystem-und-die-oekonomisierung-der-krankenhaeuser>)



(ambulante Behandlung statt einer notwendigen stationären Behandlung, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Wartelisten und damit Unterversorgung) und Selektion von »billigen« Patient*innen ist lukrativ. Kostendumping (und damit Unterversorgung und Arbeitsüberlastung) ist auch hier sinnvoll. Damit ist eine deutlich stärkere Tendenz zur Unterversorgung verbunden. Die Leistungserbringer sollen ein finanzielles Interesse an dieser Unterversorgung bekommen. Angeblich als Gegensteuerung zur Mengenausdehnung durch die DRGs gedacht, führt aber auch diese Form der finanziellen Steuerung in der Konsequenz zu massiven Fehlanreizen und zu einer Verschlechterung der Versorgung.

Die von der Kommission erwähnten Modellversuche in der Psychiatrie sind hierfür bei einer grundsätzlichen Betrachtung kein Gegenbeispiel, auch wenn Beteiligte dieser Modellversuche die krankenhausesindividuellen Verhandlungen über das jeweilige Budget mit Recht als bessere Variante im Vergleich zu festgelegten DRG-Preisen sehen, deren Einführung auch in der Psychiatrie gedroht hatte. Auch die Verbesserung der Bedingungen und der Finanzierung der ambulanten Behandlungen durch die Krankenhäuser ist sinnvoll, ließe sich aber auch bei einer kostendeckenden Finanzierung, wie wir sie fordern, einfach realisieren. Hinzu kommt, dass die Art von Regionalbudgets, die in den psychiatrischen Modellversuchen verwendet werden, aus den historisch gewachsenen Budgets hervorgegangen sind und nicht über Kennzahlen abgeleitet werden, wie es in der »Vollversion« der Regionalbudgets vorgesehen ist. Im Rahmen ihrer Vorschläge zur Planung⁸ spricht sich die Kommission für die Verwendung solcher bundeseinheitlicher Kennzahlen (Zahl der durchzuführenden Behandlungen) aus. Die Zahl der durchzuführenden Behandlungen begrenzt aber die Einnahmen und überträgt das Erkrankungsrisiko von den Kassen auf die Krankenhäuser. Zur »Vollversion« fehlt dann nur noch die bundeseinheitliche Festlegung der Kosten pro Patient, um ein weiteres Preiselement zu etablieren. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass die Kassen ein erhebliches Interesse an der Einführung dieser Modelle hatten und haben⁹ und deshalb ihre Einführung sicherlich auch finanziell wohlwollend begleitet haben. Das wird sich ändern. Bereits in diesem Zehn-Punkte-Papier schreiben sie: *»Es kann nicht nur darum gehen, unter den Bedingungen historisch gewachsener Budgets den Kliniken einfach eine unregulierte ambulante Versorgung nach dem Motto »Ambulant versorgen, stationär bezahlen« zu erlauben.«* (S. 4 der 14. Stellungnahme) Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass die psychiatrische Versorgung bereits jetzt entsprechend der Versorgungsregionen geplant und organisiert ist. In aller Regel ist für eine Versorgungsregion nur ein Krankenhaus oder ein entsprechender Verbund zuständig. Damit besteht keine Konkurrenz von Krankenhäusern untereinander wie es – DRG getrieben – in den somatischen Häusern der Fall ist. Aber das will die Kommission bei einer Übertragung auf die anderen Bereiche nicht aufrechterhalten: *»Im Unterschied zum Pflichtversorgungsprinzip der stationären psychiatrischen Organisation erscheint es auch nicht zwingend oder sinnvoll, in einer Gesundheitsregion grundsätzlich nur einen Anbieter einer bestimmten Leistung vorzusehen. Hierdurch würden die aus einem Wettbewerb resultierenden Vorteile nicht genutzt.«* (S. 28 der 14. Stellungnahme) Vorteile für wen? Jedenfalls nicht für die Patient*innen. Es bleibt bei unserer Bewertung: Auch Regionalbudgets sind eine Form der finanziellen Steuerung und machen Gewinne möglich, schaffen Konkurrenz und führen zu Privatisierungen, wenn es sich für die Privaten lohnt.

Fazit: Auch bei ihren Zielbildern für eine zukünftige Krankenhausversorgung bleibt die Kommission – trotz zum Teil richtiger Erkenntnisse über die Probleme der jetzigen Krankenhausversorgung – zu sehr der Vorstellung verhaftet, dass finanzielle Anreize das beste Mittel zur Steuerung der Gesundheitsversorgung seien. Das Gegenteil ist der Fall oder wie es G.B. Shaw in einem Bühnenstück schon 1911 auf den Punkt brachte:

8 Siehe diese Stellungnahme, S. 27.

9 Siehe z.B. Zehn-Punkte-Papier der GKV zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung in Deutschland, GKV, 2023.

»Keiner kann behaupten, Ärzte seien unmoralischere Leute als Richter; aber einem Richter dessen Einkommen und Ansehen davon abhängt, ob sein Urteil zugunsten des Klägers oder des Angeklagten ausfällt, würde man ebenso wenig trauen, wie man einem General traut, der vom Feind bezahlt wird. (...) Wenn ein normaler Staat die Erfahrung, dass man die Brotversorgung sichert, indem man den Bäckern fürs Backen Geld gibt, auch auf Chirurgen überträgt, indem man sie wirtschaftlich daran interessiert, dein Bein zu amputieren, reicht dies aus, um an der politischen Humanität zu verzweifeln. Empörte Stimmen murmeln, dass diese Operationen nötig seien. Möglich. Es mag alles nötig sein, einen Mann zu hängen oder ein Haus niederzureißen, doch wir hüten uns wohl, den Henker und den Demolierer über die Notwendigkeit entscheiden zu lassen. Den Arzt aber lassen wir darüber entscheiden, und er wird sechs Pence, ja sogar mehrere hundert Pfund verlieren, wenn er entscheidet, dass die Operation nicht nötig sei. Der figürliche Vorgang, den man ›den reichen Mann zur Ader lassen‹ nennt, wird täglich nicht nur figürlich, sondern wörtlich von Chirurgen geübt, die genauso anständige Menschen sind, wie die meisten von uns. Was ist denn schließlich Unrechtes dabei? Der Chirurg braucht ja dem reichen Mann (oder der reichen Frau) nicht gerade das Bein oder den Arm abzunehmen, er kann den Blinddarm oder die Gaumenmandeln entfernen, und der Patient wird sich nach vierzehntägiger Bettruhe gar nicht schlechter fühlen, während ... der Hausarzt, der Apotheker und der Chirurg sich sehr viel besser befinden werden.«¹⁰

¹⁰ George Bernard Shaw: Des Doktors Dilemma, 1911.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert