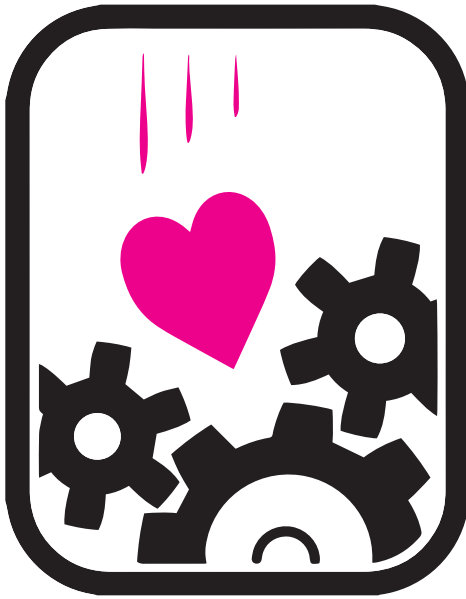




KRANKENHAUS STATT FABRIK

bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Das Fallpauschalensystem und die
Ökonomisierung der Krankenhäuser –
Kritik und Alternativen

Diese Broschüre ist im Internet abrufbar unter
www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Impressum

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz
Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 06181 – 432 348

Mobil 0172 – 185 8023

Email info@krankenhaus-statt-fabrik.de

Homepage www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Layout/Satz Birgit Letsch

6. überarbeitete Auflage

Maintal, Juni 2025

Inhalt

Vorwort 6. Auflage Sommer 2025	5
Massiver Abbau droht, Finanz-»Revolution« fällt aus	
Zusammenfassende Darstellung und Bewertung des KHVVG	8
Positionierung wesentlicher Interessenvertreter zum KHVVG	18
Zeitplan Einführung und Durchführung KHVVG	23
Bewertung Koalitionsvertrag/Regierungsprogramm	34
Einleitung zur 5. Auflage 2020	39
1. Analyse & Kritik	
I.1 Geschichte der Krankenhausfinanzierung	44
I.2 Was sind DRG und wie funktionieren sie?	50
I.3 Finanzielle Steuerung/Marktsteuerung	55
I.4 Mythen über die Selbstkostendeckung	63
I.5 Investitionskosten und Bedarfsplanung	70
I.6 DRG – vom Festpreis zum Marktpreis	76
I.7 Allgemeine Auswirkungen der DRG auf die deutschen Krankenhäuser	83
I.8 Auswirkungen der Finanzierung durch Fallpauschalen auf Patient*innen	97
I.9 Auswirkungen des DRG-Systems auf Beschäftigte im Krankenhaus	107

I.10	Veränderung des professionellen Ethos	116
I.11	Privatisierung von Krankenhäusern: Raus aus der »uniformen Zementwüste des Kollektivismus«!	124
I.12	PPSG und PPUGV – Beginn einer neuen Ära der Krankenhausfinanzierung?	139
I.13	Finanzierung der Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP/Psych-VVG	152
I.14	Äpfel und Birnen – internationale Vergleiche im Gesundheitswesen sind schwierig	163
I.15	Wie weit geht der Einfluss der Europäischen Union im Gesundheitswesen? EU-Vorgaben für Finanzierung und Subventionierung von Krankenhäusern	169
I.16	Solidarität unter Wettbewerbsdruck – Auswirkungen der Vermarktlichung von Krankenkassen	181
II	Alternative Konzepte und Strategien der Gegenwehr	
II.1	Wie funktioniert Daseinsvorsorge? Grundzüge einer alternativen Finanzierung und Planung	190
II.2	Personalbemessung in Deutschland: Ist und Soll	196
II.3	Zur Frage der Schließung von kleinen Krankenhäusern	207
II.4	Für eine alternative Gesundheits- und Krankenhauspolitik Was wir wollen – unser Programm	215
	Abkürzungsverzeichnis	224

Vorwort 6. Auflage Sommer 2025

► Wer ist und was will das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik?

Das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« besteht seit Mai 2015. Zum Bündnis gehören: ver.di und ehrenamtliche Vertreter*innen der ver.di-Landesfachbereiche C Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und Nordrhein-Westfalen, der Verein demokratischer Ärzt*innen (vdää*), attac, das Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite, die Interventionistische Linke (IL), der Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V. sowie Persönlichkeiten aus der Politik, wie Ates Gürpınar von der Fraktion DIE LINKE im Bundestag.

Unser Ziel: Krankenhäuser sollen Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, keine Wirtschaftsunternehmen. Bedarfsgerechte Krankenhausplanung und -finanzierung sind öffentliche Aufgaben, die politischer Steuerung bedürfen. Dies ist im Rahmen des DRG-Systems in Deutschland mit der Mischung aus öffentlichen und profitorientierten Krankenhausbetreibern nicht zu erreichen. Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik wendet sich gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens in Deutschland und daher insbesondere gegen das System der Krankenhausfinanzierung durch DRG. Allein der Bedarf des einzelnen Patienten soll ausschlaggebend dafür sein, ob und wie wir behandeln und behandelt werden. Aufklärungsarbeit ist nach wie vor nötig, um eine breite öffentliche Debatte über dieses bewusst installierte marktwirtschaftliche Steuerungsinstrument führen zu können. In dieser Aufklärungsarbeit sehen wir unsere zentrale Aufgabe.

► Warum eine neue Auflage, aber keine komplette Überarbeitung der Broschüre von 2020?

Im April 2020 haben wir die 5. Auflage unserer Broschüre »Krankenhaus statt Fabrik. Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung

der Krankenhäuser« gedruckt und unter Gesundheitsaktivist*innen und Beschäftigten, vor allem an den Krankenhäusern, verteilt. Sie war die komplett überarbeitete Fassung der Ausgabe von 2017, ergänzt um einige Kapitel und hat die Wiederholungen der zuvor aus einzelnen Factsheets bestehenden Broschüre vermieden.

Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik hat, seit im Dezember 2022 die erste Stellungnahme der *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* zur anstehenden Krankenhausreform veröffentlicht wurde, alle Stellungnahmen und Empfehlungen der Kommission sowie die daran orientierten Eckpunktepapiere und Gesetzentwürfe zusammengefasst und kritisch kommentiert, um die aktiven Beschäftigten, betriebliche Interessensvertreter*innen und auch ver.di-Sekretär*innen jeweils zeitnah auf dem Laufenden zu halten und in ihrer Kritik zu stärken. Nun ist das *Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)* im November 2024 durch den Bundesrat gegangen und verabschiedet worden und auch der Regierungswechsel 2025 ändert nichts Wesentliches daran: Das Gesetz wird laut Koalitionsvereinbarung zwischen CDU/CSU und SPD mit nur geringfügigen Änderungen implementiert werden. Wir haben in dieser Auflage deshalb gleich an den Anfang einen ausführlichen Kommentar zum KHVVG, die Positionierungen der wichtigsten Akteure und einen Zeitplan für die Umsetzung des Gesetzes in den nächsten Jahre gestellt. Das Corona-Kapitel am Anfang der 5. Auflage und das Kapitel zu den Bewegungen im Krankenhaus am Ende haben wir in dieser Auflage weggelassen, weil sie nicht mehr aktuell sind. In den anderen Kapiteln sind die Zahlen zwar nicht mehr aktuell (Ausnahme: die Tabelle zu Krankenhausschließungen auf S. 209), aber die sachlichen Beschreibungen sind immer noch genauso zutreffend. Deshalb hielten wir es für legitim, nicht alle Zahlen auf den aktuellen Stand zu bringen. Dies hätte für uns, die wir unsere Publikationen in ehrenamtlicher Arbeit in unserer Freizeit erstellen, neben der aktuellen Auseinandersetzung mit dem KHVVG einen nur schwer zu leistenden Mehraufwand bedeutet und auch den Termin für den Druck noch einmal deutlich nach hinten verschoben und die Kosten stark erhöht.

Nach einer längeren Diskussion haben wir uns entschlossen, auch das Kapitel II.2 zur Personalbemessung so drin zu lassen, wie es für die 5. Auflage geschrieben wurde, da auch in diesem Kapitel viele grundsätzliche Informationen zu finden sind, die nach wie vor richtig sind. Wie der aktuelle Stand zur PPR 2.0 ist, kann man auf der Homepage von ver.di auch nachlesen (siehe: <https://www.verdi.de/themen/gesundheit/++co++1beb381c-4665-11ed-ace9-001a4a160129>).

Der Text ist das Resultat einer produktiven Kooperation von mehreren Aktiven aus dem Bündnis, d.h. die unterschiedlichen Kapitel sind von unterschiedlichen

Menschen geschrieben und dann in einer gemeinsamen Redaktion diskutiert und entsprechend überarbeitet worden.

Als Ergänzung zu dieser Broschüre stellen wir Euch auf unserer Homepage alle aktuellen Bewertungen zur Krankenhausreform und auch unsere Foliensammlung und Videos von den Veranstaltungen im Jahr 2024 und 2023 zur Verfügung. Dort erläutern wir in all den komplizierten Details, wie die verschiedenen Komponenten gedacht sind und wo die für Beschäftigte und eine gute Patientenversorgung kritischen Punkte zu sehen sind. Ihr findet das alles und weitere Materialien auf unserer neuen Homepage: www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Und nun wünschen wir Euch gute Erkenntnisse beim Lesen!

Für das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Nadja Rakowitz

Massiver Abbau droht, Finanz-»Revolution« fällt aus

Zusammenfassende Darstellung und Bewertung des KHVVG

Am 06.12.2022 hat die von Bundesgesundheitsminister Lauterbach eingesetzte Regierungskommission ihre Stellungnahme mit dem Titel »Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung« vorgelegt. Am 12.12.2024 ist die Umsetzung dieser Empfehlungen, das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), in Kraft getreten. Thomas Böhm diskutiert es im Namen des Bündnis' Krankenhaus statt Fabrik.

Lauterbach hatte die Reform mit großen Worten angekündigt: »Überwindung der DRGs«, »Dramatische Entökonomisierung«, »Revolution« waren nur einige Schlagworte. Am 22.03.2024 machte er im Bundesrat folgendes deutlich: »Wir schützen insbesondere die kleinen Krankenhäuser auf dem Land.« Schon etwas anders klang es einige Zeit später: »Wir werden alle Krankenhäuser retten, die wir benötigen« (Lauterbach am 06.04.2024 im *Mainecho*) und: »Es wird keine Entökonomisierung geben.« (Parlamentarischer Staatssekretär Franke am 09.09.2024 auf dem Krankenhausgipfel)

Was den Scharfmachern bei dieser Debatte vorschwebt, wurde auch klar: »Jeder Monat, in dem nicht fünf bis zehn Krankenhäuser vom Netz gehen, ist ein verlorener Monat.« (Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband am 21.03.2024 beim DRG-Forum) oder »Von der Versorgungsqualität würden sogar 400 Krankenhäuser ausreichen.« (Prof. Reinhard Busse am 18.07.2019 in *Die Debatte*) oder: »Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von

aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser, würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal mildern.« (Bertelsmann-Stiftung 05.07.2019)

Bei solchen markigen Kampfansagen muss man sich die Ausgangslage klarmachen: Seit 1991 gibt es 659 Krankenhäuser (von damals 2.164) weniger und 183.362 Betten (von damals 598.073) wurden abgebaut. Der Hauptverlust ging zu Lasten der öffentlichen Krankenhäuser, die Privaten haben ihre Bettenzahl seither annähernd vervierfacht.¹

Die ehrgeizigen Ziele des geplanten Abbaus sollen im Gesetz über Strukturregelungen und Vergütungsregelungen erreicht werden. Diese zusammenfassende Bewertung konzentriert sich auf die wesentlichen Teile des Gesetzes, nämlich die Einführung von Leistungsgruppen, von »Mindestzahlen« und von »Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen«. Hinzu kommt die Vorhaltevergütung.

► Leistungsgruppen

Es werden 65 Leistungsgruppen (LG) und bundeseinheitliche Qualitätskriterien eingeführt. Die Leistungsgruppen lassen sich grob in LG der Grundversorgung (z.B. Allgemeine Innere, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie), der **Zentralversorgung** (z.B. Gastroenterologie, Endoprothetik, Nephrologie) und der **Maximalversorgung** (z.B. Leukämie und Lymphome, Lebereingriffe) unterteilen. Die Qualitätskriterien beziehen sich auf die sachliche (z.B. Labor, CT) und personelle Ausstattung (z.B. Zahl der Ärzt*innen und Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung) und sonstige Struktur- und Prozesskriterien. Außerdem werden »verwandte Leistungsgruppen« definiert, die nur gemeinsam erbracht werden dürfen. Kernpunkt ist, dass bei Nichterfüllung keine Zuweisung der LG durch das Land erfolgen darf und dass keine Behandlung von Patient*innen außerhalb der zugewiesenen LG zulässig ist. Alle Festlegungen beziehen sich auf die einzelnen Standorte² der Krankenhäuser: Bestimmte Qualitätskriterien können auch in Kooperation mit anderen Standorten oder Krankenhäusern erbracht werden.

Ausnahmegenehmigungen durch die Länder bei Abweichungen von den Qualitätskriterien sind nur in einem sehr begrenzten Rahmen möglich: Zum einen bei

1 Zahlen aus Destatis Grunddaten der Krankenhäuser 2023 und 1991

2 Standortdefinition: Entfernung mehr als 2000 m

kurzfristigen Abweichungen, die innerhalb von maximal sechs Monaten behoben werden können, zum anderen für maximal drei Jahre, wenn das Krankenhaus für die flächendeckende Versorgung zwingend notwendig ist.³

Das Bundesgesundheitsministerium wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrats eine Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung der LG und der Qualitätskriterien zu erlassen. Es kann auch Festlegungen darüber treffen, dass für bestimmte LG Ausnahmegenehmigungen nicht zulässig sind. Die Prüfung der Qualitätskriterien an jedem Standort wurde dem Medizinischen Dienst (MD) übertragen und muss anfangs nach zwei Jahren und dann alle drei Jahre wiederholt werden.

► Bewertung Leistungsgruppen

LG sind aus unserer Sicht grundsätzlich richtig. Wenn man nicht finanziell (über Preise) steuern will, muss man planen. Zum Planen gehören Kriterien und Bedingungen. Die nähere Definition des Versorgungsauftrags verhindert auch, dass jedes Krankenhaus/jede Abteilung alles macht, auch wenn es/sie von den Voraussetzungen her dazu nicht geeignet ist. Die Bundesländer haben seit dem ideologischen Siegeszug des Neoliberalismus in den 80er Jahren die Krankenhausplanung mehr oder weniger vollständig eingestellt. Markt und Preise sollten es richten. Daseinsvorsorge kann man aber nicht dem Markt überlassen, sonst wird sie zum Geschäft und zum Wirtschaftszweig.

Aber: Es besteht die Gefahr, dass solche Kriterien wie jetzt bei den LG zum Bettenabbau und zu Krankenhausschließungen missbraucht werden. Diese Gefahr ist real, denn die Länder verfolgen – trotz ihres Widerstandes gegen bestimmte Regelungen des KHVVG – keine anderen Ziele, wie die Entwicklung der Krankenhausschließungen und des Bettenabbaus beweist. Beim Streit mit dem Bund ging es im Wesentlichen darum, wer bei diesem Abbau-Prozess den Hut aufhat, nicht um die Verhinderung des Abbaus.

Die Gefahr des Missbrauchs lässt sich am ehesten dadurch mindern, dass die Krankenhausplanung demokratisch (unter Beteiligung aller Betroffenen, auch der Patient*innen und Beschäftigten) und möglichst regional (in Versorgungsregionen) und nicht vom grünen Tisch her erfolgt.

3 Definition: durchschnittliche Fahrtzeiten überschreiten »für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsgebiets« in Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 30 Minuten, bei den übrigen Leistungsgruppen 40 Minuten

Die Übertragung der Prüfung der Qualitätskriterien an den Medizinischen Dienst ist ebenfalls nicht richtig. Einmal abgesehen davon, dass der MD – auch wenn er nicht mehr so heißt – immer noch ein Dienst der Krankenkassen ist (von ihnen wird er zu 100 % finanziert), liegt der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung (und damit auch für die Qualität der Versorgung) beim Land. Dementsprechend muss auch das Land diese Qualität überprüfen. Durch die Abgabe dieser Aufgabe wird die Planungshoheit der Länder (die ja die Versorgung sicherstellen soll) eingeschränkt und die Kassen erhalten (indirekt) Einfluss auf die Planung.

Lauterbach hat ja zu den Zielen seiner Reform auch die »Entbürokratisierung« erklärt. Was aber droht, ist eine deutliche Ausweitung der Bürokratie im Zusammenhang mit den Leistungsgruppen (Nachweis, dass man die jeweiligen Bedingungen erfüllt, Kontrollen durch den Medizinischen Dienst, Streitigkeiten um die Erfüllung der Bedingungen). In Bezug auf den DRG-Bereich ändert sich in Hinblick auf die Bürokratie natürlich überhaupt nichts.

► Mindestzahlen

Da die Wirkung der LG Lauterbach offensichtlich noch nicht ausreichend war, hat er »Mindestvorhaltezahlen« als weiteres Selektionsinstrument eingeführt. Für jede Leistungsgruppe soll eine Mindestzahl an durchgeführten Behandlungen notwendig sein, damit der Standort die Vorhaltevergütung (s.u.) erhält. Zusätzlich sollen bei onkochirurgischen Leistungen ebenfalls Mindestzahlen von Leistungen für einen »Indikationsbereich« (leistungsgruppenübergreifend) gelten. Hier wird dann bei Unterschreiten zwar die Vorhaltevergütung aber nicht die »Rest«-DRG vergütet. Berechnet wird diese Mindestzahl durch Festlegung eines Prozentsatzes aller Fälle. Bei der Mindestvorhaltezahl liegt der Prozentsatz noch nicht fest. Er soll noch in diesem Jahr in einer Rechtsverordnung (mit Zustimmung der Länder) bestimmt werden. In der Gesetzesbegründung war von 20 % aller Fälle die Rede. Bei den onkochirurgischen Leistungen legt das Gesetz selbst sie mit 15 % aller Fälle fest. Welche Standorte betroffen sind, ergibt sich dadurch, dass alle Standorte in einem Bundesland, die die jeweilige Leistungsgruppe bzw. die onkologischen Leistungen erbringen, aufsteigend nach der Zahl der Fälle sortiert werden, bis die Gesamtzahl der von ihnen behandelten Fälle die festgelegte Grenze überschreitet.

► Bewertung Mindestzahlen

Der finanzielle Effekt ist in beiden Fällen ähnlich: Mit nur noch ca. 50 % der Vergütung lässt sich die Leistung nicht mehr erbringen, ohne riesige Defizite aufzubauen. Es besteht der Zwang zur Aufgabe der Leistungsgruppe bzw. der onkochirurgischen Leistungen und ggf. zur Schließung des Standortes. Es handelt sich also um eine nochmalige massive Intervention zur Leistungskonzentration.

Es gibt bisher schon Mindestmengen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), z.B. für Nierentransplantationen oder die Versorgung von Frühgeborenen. Diese beziehen sich nur auf einzelne Eingriffe und werden nur mit wissenschaftlichem Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Fallzahl und Qualität erlassen. Diese Mindestzahlen sind sinnvoll.

Dagegen beziehen sich die Mindestzahlen des KHVVG auf ganze LG bzw. Indikationsbereiche, also auf hunderte bis tausende verschiedene Eingriffe. Damit kann es keinen wissenschaftlichen Nachweis eines Zusammenhangs geben. Es handelt sich um ein reines Selektionsinstrument.

Die Berechnungsart bei den Mindestvorhaltezahlen bedeutet auch, dass bei der nächsten Berechnung weitere Krankenhäuser betroffen sind, wenn welche wegfallen. Außerdem setzt die Regelung einen Anreiz zur Mengenausdehnung an der unteren Grenze, wenn Krankenhäuser versuchen die Grenze zu überwinden. Paradox ist auch, dass ein Krankenhaus, das zwar die Qualitätskriterien erfüllt, aber nicht die Mindestzahlen, faktisch von der Versorgung ausgeschlossen wird.

Zumindest in Bezug auf die Mindestvorhaltezahl besteht noch die Möglichkeit, die hierfür notwendige Rechtsverordnung durch politischen Widerstand zu verhindern. Dies sollte unbedingt geschehen.

► Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) betreffen Standorte von Krankenhäusern, die vom Land bestimmt werden. Ihre Leistungen sind

- ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung⁴
- ambulantes Operieren

4 Die Ermächtigung muss im hausärztlichen Bereich erteilt werden, im fachärztlichen Bereich, wenn keine Zulassungsbeschränkung besteht.

- vereinbarte Stationäre Leistungen
- Übergangspflege und Kurzzeitpflege

Stationäre Leistungen dürfen nur in dem Umfang erbracht werden, der in einer Vereinbarung zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassen auf Bundesebene vereinbart wurde und die (ebenfalls vereinbarten) Qualitätskriterien erfüllt werden. Die Vergütung der ambulanten Leistungen der SüV erfolgt nach den geltenden Bestimmungen für den niedergelassenen Bereich, den Pflegebereich und für ambulante Operationen. Der stationäre Bereich wird über degressive Entgelte pro Tag vergütet, die zwischen den Kassen und dem einzelnen Krankenhaus ausgehandelt werden.

► Bewertung sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

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 Notfallversorgung 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.

Sie überwinden auch nicht die sektorale Trennung der Versorgung. Für eine solche Überwindung wäre zunächst eine einheitliche Planung der ambulanten und stationären Versorgung durch die Länder (konkret die Versorgungsregionen) und die Aufhebung des Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen notwendig. Eine Überwindung der Trennung ist weiterhin nur möglich, wenn Krankenhäuser das Recht bekommen, ambulant zu behandeln und **ambulante Versorgungszentren** zu betreiben.

Unter **ambulanten Versorgungszentren** verstehen wir:

- Einrichtungen der Krankenhäuser
- gleichmäßig in der Versorgungsregion verteilt
- erste Anlaufstellen für die Notfallversorgung
- Überwachungsbetten und Eingriffsräume sowie alle notwendigen diagnostischen Einrichtungen vorhanden

- wichtige medizinischen Fachrichtungen auf Facharztniveau vorhanden
- über Telemedizin an das Krankenhaus angebunden
- turnusmäßig mit Beschäftigten der Krankenhäuser betrieben

Zusätzlich müssten die Notarztstandorte (inkl. Hubschrauber) deutlich ausgebaut werden um die Prähospitalzeiten (ab Alarmierung bis Versorgung im Krankenhaus) zu verkürzen. Nur so kann die flächendeckende Versorgung in ländlichen Gebieten auf hohem Niveau gewährleistet werden. Bevor solche alternativen Strukturen nicht aufgebaut sind darf es keine Schließungen geben.

Degressive Tagesentgelte sind auch Preise, nicht für den einzelnen Fall, sondern für den Tag. Es handelt sich also auch um eine Form der finanziellen Steuerung mit all ihren Fehlanreizen. Es findet lediglich ein Tausch der finanziellen Anreizsysteme mit (teilweise) anderer Zielrichtung statt: Es besteht weiterhin ein starkes Interesse an Personalkostendumping und an einer möglichst billigen Versorgung der Patient*innen. Es gibt den Anreiz, die Verweildauern zu verlängern – zumindest, bis die Kosten den degressiven Tagessatz überschreiten. Danach ist es ökonomisch sinnvoll, den Patienten möglichst schnell zu entlassen. Die Folge sind sachfremde Entscheidungen (»es lohnt sich noch/nicht mehr«) statt einer bedarfsgerechten (»kann der Patient aus medizinischer und pflegerischer Sicht entlassen werden«).

► Vorhaltevergütung

Jede DRG hat ein Relativgewicht (RG), dass die jeweiligen Kosten der Behandlung ins Verhältnis zu den Kosten der Behandlung der anderen DRGs setzt – z.B. eine Blinddarmentfernung bei Blinddarmentzündung hat das Relativgewicht 2, einer Lebertransplantation das Relativgewicht 30 (Näherungswerte). Der Preis für die Behandlung des jeweiligen Patienten ergibt sich dann aus der Multiplikation dieses Relativgewichtes mit dem so genannten Landesbasisfallwert. Er wird jährlich auf Landesebene zwischen Kassen und Landeskrankenhausesellschaft nach gesetzlichen Vorgaben ausgehandelt und liegt momentan bei etwa 4.400 Euro.

Aus diesem Relativgewicht werden jetzt 60 % für die Vorhaltevergütung ausgliedert, nachdem die variablen (individuell dem einzelnen Patienten zuordenbaren) abgezogen wurden⁵. Es gibt also weiterhin eine »Rest-DRG«, die je nach vari-

5 Die variablen Sachkosten sind ein erheblicher Teil der Gesamtkosten. Bei einer Blinddarmentfernung sind es ca. 14 %, bei einem künstlichen Kniegelenk ca. 30 %.

ablem Kostenanteil auf jeden Fall über 40 %, vermutlich im Schnitt bei 50-60 % liegt.

Daneben gibt es eine zweite »Vorhalte-DRG« mit eigenen Relativgewichten, den so genannten »Vorhaltebewertungsrelationen«. Die Summe all dieser Vorhaltebewertungsrelationen eines Standortes pro Jahr und pro Leistungsgruppe wird wieder multipliziert mit dem Landesbasisfallwert ergibt dann die Vorhaltevergütung.

Der Unterschied ist also, dass diese zweite DRG nicht pro aktuellem Fall vergütet wird, sondern als jährliche Pauschale basierend auf den Fallzahlen des vorletzten Jahres. Die Auszahlung erfolgt dann pro Patient*in als Abschlagszahlung auf den Jahresbetrag, der dem Standort zusteht. Am Jahresende erfolgt ein Abgleich der zustehenden und der erhaltenen Vorhaltevergütung mit Ausgleich der Differenzen. 2026 ist die Einführung vergütungsneutral. 2027 und 2028 erfolgt eine Konvergenzphase mit einer Anrechnung der Veränderungen von 33 % und dann von 66 %.

Die bisher schon geltende volle Refinanzierung der Kosten der Pflege am Bett (»Pflegebudget«) ist in dieser Vorhaltevergütung enthalten, am Jahresende wird aber ein eventueller Differenzbetrag zu den tatsächlich entstandenen Pflegekosten ausgeglichen.

Die Neuberechnung dieses Jahresbetrages für den einzelnen Standort erfolgt erstmals nach zwei Jahren und dann nur noch alle drei Jahre. Veränderte Fallzahlen gehen nur in die Neuberechnung ein, wenn sie sich im Zwei- bzw. Dreijahreszeitraum um mehr als 20 % nach oben oder unten verändert haben. Änderungen in der Fallschwere der behandelten Fälle⁶ gehen bei jeder Neuberechnung ein.

► Bewertung Vorhaltevergütung

Zunächst fällt die ziemlich komplizierte Berechnungsweise auf. Die DRG-Logik und -Berechnung soll offensichtlich unter allen Umständen erhalten bleiben. Wenn es tatsächlich um eine Vergütung der Vorhaltung gehen würde, müssten die notwendigen Geldbeträge ganz anders berechnet werden. Die Frage wäre dann, welche Vorhaltungen sind in welcher Leistungsgruppe notwendig und wie hoch ist der dafür benötigte Geldbetrag. Das wäre eine echte Sachsteuerung, statt einer verkappten finanziellen Steuerung. Hinzu kommt: Es bleibt im Wesentlichen bei der Gesamtsumme der Vergütung und damit auch bei der bestehenden Unterfinanzierung und der massiven Finanznot der Krankenhäuser.

6 Die Fallschwere entspricht der Höhe des jeweiligen Relativgewichts

Tatsache ist, dass die DRG gerade nicht überwunden werden. Weiterhin werden 40 % plus variabler Kostenanteil mit Fallpreisen ausbezahlt. Der Anreiz zur Mengenausdehnung bleibt damit vollständig erhalten bzw. er wird noch größer, weil nur noch dieser Teil der DRG-Vergütung frei gestaltbar ist und weil es einen noch schärferen Konkurrenzkampf um das reduzierte Geldvolumen geben wird.

Aber auch die Vorhaltevergütung selbst ist nicht mengenunabhängig:

- Bisherige Mengensteigerungen führen zu einem Vorteil bei der Erstverteilung.
- Eine Gesamtsteigerung (auch der Fallschwere) bundesweit oder landesweit wirkt sich erhöhend auf die Vorhaltevergütung aus.
- Wenn es gelingt, eine Steigerung der Fallzahlen innerhalb von drei Jahren um jährlich 7 % zu erreichen, erfolgt eine deutliche Erhöhung der Vorhaltevergütung.

Das sogenannte »Upcoding«, also die Patient*innen bei der Abrechnung kränker zu machen, als sie sind, wird in jedem Fall belohnt. Personalkostendumping ist weiterhin lukrativ, denn es erhöht auch bei der Vorhaltevergütung die Gewinne.

Die Vorhaltevergütung ist nicht zweckgebunden. Sie kann also für alles verwendet werden, für Investitionen, die eigentlich die Länder finanzieren müssten, oder für eine Dividende an Kapitaleigner.

Fast unnötig zu sagen, dass natürlich der notwendige Bürokratieaufwand nochmals ansteigt, wenn mit zwei verschiedenen Abrechnungsverfahren gearbeitet werden muss.

Eine der Absurditäten dieser Art von Vorhaltevergütung ist, dass ein Krankenhaus dafür bestraft wird, dass es mehr Fälle behandelt, auch wenn es dies nicht unter finanziellen Aspekten tut, sondern weil z.B. mehr Menschen erkranken.

Das Grundproblem ist, dass finanzielle Steuerung und Geld blind sind gegen die Qualität. Die notwendige und die unnötige Behandlung haben denselben Preis und werden gleich bezahlt. Die Schlussfolgerung aus all dem lautet:

- In der Daseinsvorsorge hat finanzielle Steuerung nichts verloren.
- Notwendig ist Sachsteuerung statt finanzieller Steuerung.
- Notwendig ist auch die Trennung der Vergütung der Leistungserbringer von der Leistungserbringung.
- Im Krankenhausbereich bedeutet das, wir brauchen die **Selbstkostendeckung 2.0, die vollständige Abschaffung der DRGs und ein Gewinnverbot.**

In Deutschland gab es die Selbstkostendeckung zwischen 1972 und 1984. Alle wirtschaftlich entstandenen Kosten mussten von den Kassen refinanziert werden. Unterjährig erfolgte die Vergütung der Krankenhäuser über tagesgleiche Pflegesätze. Am Jahresende wurde »spitz« abgerechnet: Überzahlungen im Verhältnis zu den entstandenen Kosten mussten zurückgezahlt werden, Unterzahlungen mussten von den Kassen nachfinanziert werden. Gewinne waren damit gesetzlich verboten. Die Kassen hatten das Recht, die Wirtschaftlichkeit zu prüfen. So bestanden keine Anreize zu unnötiger Leistungsausdehnung auf Kosten der Patient*innen und zu (Personal-) Kostendumping.

Ein erster Einstieg in die Selbstkostendeckung wäre es, wenn – wie bei der Pflege am Bett – alle Personalkosten zu 100 % refinanziert würden.

► Zusammenfassung

In unserer 1. Stellungnahme vom 11.01.2023 zu den Vorschlägen der Regierungskommission hatten wir geschrieben: »Betrachtet man das Gesamtinstrumentarium, das die Kommission vorschlägt, liegt der starke Verdacht nahe, dass genau dieser Missbrauch das wesentliche Anliegen der Planungsvorschläge ist und damit noch weiterer Bettenabbau und Krankenhausschließungen die Folge sein werden« und: »Die groß angekündigte Finanzierungsreform ist letztlich ein Etikettenschwindel.«

Daran hat sich nichts geändert. Unsere Gesamtbewertung zum KHVVG lautet weiterhin: »Massiver Abbau droht, Finanz-»Revolution« fällt aus«.

Auch wenn das KHVVG jetzt verabschiedet wurde, ist der Kampf für eine kostendeckende Krankenhausfinanzierung und um die Abschaffung der DRGs nicht beendet. Auch Änderungen an besonders gefährlichen Teilen des KHVVG (z.B. den Mindestzahlen, eine Verschärfung des Leistungsgruppensystems und der Qualitätskriterien, sowie verbesserte Ausnahmeregelungen), stehen bereits in diesem Jahr an und können von uns beeinflusst werden.

Positionierung wesentlicher Interessenvertreter zum KHVVG

Die **Positionen der Parteien im Bundestag** waren wenig überraschend: Die Koalitionsfraktionen (SPD, Grüne, FDP) stimmten für das Gesetz, alle anderen Parteien dagegen. (Es gab nur zwei »Abweichter«: Ein SPD- und ein FDP-Abgeordneter haben mit nein gestimmt)

Die **Bundesländer** haben zunächst in einer einstimmigen EntschlieÙung folgende zentrale Kritikpunkte vorgetragen: Sie kritisieren die fehlende Auswirkungsanalyse und die fehlende Entbürokratisierung. Die Vergütungssystematik führe nur begrenzt zu einer Entökonomisierung, der Zeitplan der Einführung sei zu knapp bemessen, die Regelungen zur sektorenübergreifenden Versorgung seien unzureichend und schöpfen das Ambulantisierungspotential nicht aus. Sie fordern, dass das Gesetz im Bundesrat zustimmungspflichtig ist. Sie akzeptieren die Einführung von leicht entschärften Mindestvorhaltezahlen, obwohl sie sie (richtigerweise) als Eingriff in die Planungshoheit der Länder bewerten. Sie plädieren für deutlich erweiterte Entscheidungsspielräume für Ausnahmeregelungen durch die Länder. Beim Transformationsfonds wollen sie, dass der Bund sich mit 20 Milliarden beteiligt. Der Anteil der Krankenkassen (Gesundheitsfonds) soll 15 Milliarden betragen. Der Anteil der Länder soll mindestens 30 % (inkl. Trägeranteil!!!) des jeweiligen Förderprojekts sein.

In der entscheidenden Bundesratssitzung am 22.11.2024 haben sechs Länder (Ba-Wü, Bayern, Brandenburg, NRW, Sachsen, Sachsen-Anhalt) für die Anrufung des Vermittlungsausschusses gestimmt. Die Länder Bremen, Hamburg, Meck-Pom, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Saarland stimmten mit Nein. Berlin, Hessen und Schleswig-Holstein haben sich enthalten. Die Stimme von Thüringen wurde für ungültig erklärt. Damit war der Antrag abgelehnt.

Der **Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** hält eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung für notwendig und beklagt die Nichtbeteiligung der Selbstverwaltung (und damit der GKV) am Reformprozess. Er geht von erheblichen Merkkosten für die Kassen aus. Leistungsgruppen (LG) werden begrüßt, allerdings seien sie und die Qualitätskriterien zu wenig ausdifferenziert. Auch die Mindestvorhaltezahlen werden begrüßt, allerdings sollte nicht nur die Vorhaltevergütung gestrichen werden, sondern ein Leistungsausschluss erfolgen. Qualitätsanforderungen sollen nicht in Kooperation erbracht werden dürfen. Statt der Vorhaltevergütung will die GKV eine »populationsbezogene« Vergütung (also eine Form der Capitation). Die Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Gesundheitsfonds der Kassen wird abgelehnt. Die SüV (ehemals Level Ii) werden als »Transformationschance« gesehen.

Der **Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)** begrüßt die Reform, weil Strukturänderungen wegen der hohen Krankenhaus- und Bettendichte notwendig seien. Die Vorhaltevergütung und der vollständige Ausgleich von Tarifsteigerungen werden als Rückkehr zur Selbstkostendeckung gesehen und abgelehnt. Stattdessen wird für die Weiterentwicklung des DRG-Systems plädiert. Die Finanzierung des Transformationsfonds wird als verfassungswidrig bezeichnet. Der Bürokratieaufbau wird kritisiert. Die PKV will besser in die Selbstverwaltung einbezogen werden.

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** kritisiert die fehlende Übergangsfinanzierung bis zum Wirksamwerden der Reform. Eine Planung nach LG wird begrüßt, allerdings wird die Beschränkung auf die NRW-LG gefordert und Mindestvorhaltezahlen werden abgelehnt. Die Vorhaltevergütung sei nicht fallzahlunabhängig, erzeuge massiven Bürokratieaufwand, sei keine Entökonomisierung und keine Existenzsicherung. Sie verteile die zu geringen Mittel nur um. Stattdessen sollten vorhandene Finanzierungsinstrumente (Sicherstellungs-, Notfallstufen-, Zentrumszuschlag) ausgeweitet und eine »zielgenaue Methode der Strukturkostenfinanzierung« entwickelt werden. Das Potential der SüV werde nicht ausgeschöpft und die Finanzierungsregelungen seien nicht ausreichend, um sie betriebswirtschaftlich zu sichern. Die zeitliche Befristung wesentlicher Versorgungsaufgaben gebe keine Planungssicherheit. Bei den MD-Prüfungen fehle die »umfassende Entschlackung«. Der Transformationsfonds müsse aus Mitteln des Bundes und der Länder und nicht aus dem Gemeinsamen Fonds der Kassen und durch Trägeranteile gespeist werden. Das Gesetz stelle einen erheblichen Eingriff in die Landesplanungen dar und sei

deshalb zustimmungspflichtig. Der Gesetzesentwurf blende die Fachkräftesituation völlig aus und vernachlässige die Aus- und Weiterbildungssituation.

Auch die **Gewerkschaft ver.di** kritisiert die fehlende kurzfristige Existenzsicherung der Krankenhäuser und das »ungesteuerte Kliniksterben«. Das Ziel der »Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Versorgung« wird begrüßt. Die »gewählten Ansätze scheinen jedoch nicht konsequent und weitreichend genug«. Notwendig sei eine bedarfsgerechte Personalausstattung und die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung. Es fehle eine umfassende Bedarfs- und Folgenabschätzung. Die Reform müsse unter Beteiligung der betroffenen Beschäftigten umgesetzt werden. Für eine tatsächliche Entökonomisierung gingen die Reformansätze nicht weit genug. Ver.di fordert die gewerkschaftliche Beteiligung bei der Weiterentwicklung der LG und Qualitätskriterien. Für den Transformationsfonds dürfen keine Mittel aus dem Gemeinsamen Fonds verwendet werden bzw. die Privatversicherten müssen beteiligt werden. Die Vorhaltevergütung sei weiterhin fallzahlabhängig und setze weiterhin negative Anreize. Es wird die Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen und ihre kostendeckende Refinanzierung gefordert. »ver.di setzt sich für die vollständige Abschaffung und Überwindung der Fallpauschalen ein.« Eine Gewinnverbot wird allerdings nicht gefordert. Die Refinanzierung von Tarifsteigerungen wird ausdrücklich begrüßt. LG werden grundsätzlich begrüßt, in den Qualitätskriterien müssten Personalbemessungssysteme wie die PPR 2.0 integriert werden. Die Krankenhausbedarfsplanung müsse in Versorgungsregionen erfolgen. Ver.di spricht sich nicht gegen Mindestvorhaltezahlen aus, sie müssten nur so gewählt sein, dass regionale Versorgungsbedarfe nicht gefährdet werden. Ausnahmetatbestände für die Länder seien »grundsätzlich sinnvoll«, es müsste jedoch »einheitliche Kriterien« und tatsächliche Nachweise für das Vorliegen solcher Ausnahmetatbestände geben. Bei den SüV wird kritisiert, dass sie nicht auch auf die »flächendeckende Notfallversorgung« ausgerichtet sind. Es wird ihre Angliederung an Level II-Krankenhäuser gefordert. Die Finanzierung der SüV über Tagespauschalen wird abgelehnt, weil sie ein »Einfallstor für renditeorientierte Investoren« sein könnten. Auch bei den SüV wird die vollständige Ausgliederung und Refinanzierung aller Personalkosten gefordert.

Die **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)** überschreibt ihre Stellungnahme mit »Notwendige Strukturreform bleibt weitgehend aus – stattdessen massive Belastung der Beitragszahlenden«. Sie plädiert für die Beibehaltung

des DRG-Systems. Die angestrebte Entökonomisierung führe in die Irre. Wenn eine Vorhaltevergütung eingeführt wird, sollte sie populationsbezogen sein. Qualitätskriterien dürften keine Ausnahmeregelungen enthalten. Mindestvorhaltezahlen werden ausdrücklich begrüßt. Die Weiterentwicklung der LG und Qualitätskriterien muss durch die Selbstverwaltung (Kassen und DKG) erfolgen. Der Transformationsfonds sei eine staatliche Aufgabe und dürfen nicht auf die Beitragszahler abgewälzt werden, dies sei verfassungsrechtlich fragwürdig. Die volle Refinanzierung der Tarifsteigerungen wird abgelehnt. Weiter meint die BDA: »Nicht alle Krankenhäuser müssen gerettet werden« und »Krankenhausabrechnungen müssen vollständig geprüft werden.«

Der **Marburger Bund (MB)** bewertet den Gesetzesentwurf kritisch, auch wenn er eine Krankenhausreform für erforderlich hält. Er kritisiert das Fehlen einer »Bedarfs- und Auswirkungsanalyse« und der Entbürokratisierung. Auch die Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und Weiterbildung sind nicht mitbedacht. Die ärztlichen Personalvorgaben in den neuen LG seien unrealistisch. Mit der Vorhaltevergütung erfolge keine grundsätzliche Abkehr vom DRG-System und keine Entökonomisierung. Sie sei nicht fallzahlunabhängig. Es wird gefordert, dass die Vorhaltevergütung die »patientennahen Personalkosten abdeckt«. Es erfolge kein Bürokratieabbau. Der Transformationsfonds müsse aus Steuermitteln finanziert werden. Die Planung nach den NRW-LG wird befürwortet. Die fünf neuen LG werden abgelehnt, genau wie die Mindestvorhaltezahlen. Sektorenübergreifende Versorgung wird grundsätzlich begrüßt, es sei aber unklar, ob die SüV überhaupt versorgungsrelevant betreibbar seien. Die Refinanzierung der Tarifsteigerungen wird begrüßt. Der Transformationsfonds müsse mit staatlichen Mitteln finanziert werden. Das Gesetz wird als im Bundesrat zustimmungspflichtig angesehen.

Die **Bundesärztekammer (BÄK)** begrüßt eine »grundlegende Krankenhausreform«. Kritisiert wird die fehlende Einbindung des »Sachverstands der Ärzteschaft« und die Nichtberücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung und Personalausstattung sowie die fehlende Entbürokratisierung. Auf den letzten Drücker ist es der BÄK gelungen, die Einführung des ärztlichen Personalbemessungssystems im KHVVG unterzubringen. Die Qualitätskriterien zur Anrechnung von Arztzahlen und -qualifikationen werden als zu streng kritisiert. Die Mindestvorhaltezahlen und die Mindestfallzahlen für onkologische Leistungen werden abgelehnt. Es werden erweiterte Rechte der Länder bei der Gewährung von Ausnahmeregelungen und die Streichung der Minu-

ten-Erreichbarkeitskriterien gefordert. Für SüV wird die Geltung der Qualitätskriterien und Personalbesetzung wie bei der stationären Versorgung gefordert. Auch hier sollten die ärztlichen und pflegerischen Personalkosten »kostendeckend refinanziert« werden. Die Ermächtigung der SüV zur hausärztlichen Versorgung wird abgelehnt. Der Transformationsfonds müsse aus Landes- und Bundesmitteln und nicht aus dem gemeinsamen Fonds finanziert werden.

Zeitplan Einführung und Durchführung KHVVG

Das KHVVG wurde am 17.10.2024 vom Bundestag beschlossen und am 22.11.2024 vom Bundesrat nicht abgelehnt. Damit kommt es nicht in den Vermittlungsausschuss. Es trat am 12.12.2024 in Kraft. Ein Großteil der Regelungen kommt erst ab 01.01.2027 zur Anwendung (s. u.). Dennoch ergeben sich in den nächsten Jahren schon erhebliche Änderungen der Gesetzeslage und Aufgaben für die Länder und Krankenhäuser.

Auch der Bundesgesetzgeber muss noch drei Rechtsverordnungen mit Zustimmung des Bundesrates erlassen (jeweils eine zu neuen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, zu Mindestvorhaltezahlen und zum Transformationsfonds). Kommen die Rechtsverordnungen nicht zustande, hat das unterschiedliche Folgen. Bei der Rechtsverordnung zu den neuen LG und Q-Kriterien bleiben die LG und Q-Kriterien in Kraft, die im Anhang des Gesetzes formuliert sind. Die Mindestvorhaltezahlen und der Transformationsfonds könnten dann nicht zur Anwendung gelangen, weil notwendige Festlegungen fehlen.

Allgemein sieht der Fahrplan bis 2027 wie folgt aus:

- *2025 müssen die Krankenhausgesetze (falls nicht schon erfolgt) und die Krankenhauspläne der Länder an die neue Systematik angepasst werden. Das bedeutet insbesondere eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen muss gesetzlich von den Ländern ermöglicht und durchgeführt werden.*
- *Bis spätestens 30.09.2025 müssen die Länder die jeweiligen Leistungsgruppen den einzelnen Standorten vorläufig zugeordnet und die Medizinischen Dienste mit der Prüfung der Q-Kriterien beauftragt haben.*

- *Bis spätestens 30.06.2026 müssen die Medizinischen Dienste die Prüfung der Q-Kriterien für die Leistungsgruppen, die den einzelnen Standorten vorläufig zugewiesen wurden, abgeschlossen haben.*
- *Bis spätestens 31.10.2026 müssen die LG final durch die Länder den Standorten zugeordnet sein.*
- *Ab 01.01.2027 kommen die LG und die Vorhaltevergütung zur Anwendung*

Hier die vollständige Liste der Termine und Fristen (gegliedert nach Themen), die im KHVVG enthalten sind.

► Leistungsgruppen (LG) und Mindestanforderungen an die Qualität (SGB 5 § 135e, KHG § 6a)

Anwendung ab 2027

Ab 12.12.2024 gelten zunächst die LG und Q-Kriterien im Gesetz (Anlage 1).

Bis zum 31.03.2025: Rechtsverordnung (Anwendung ab 01.01.2027) mit Zustimmung Bundesrat über

- Leistungsgruppen
- Q-Kriterien (Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung, sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen)
- Zulässigkeit von Kooperationen für best. LG
- Zulässigkeit von Ausnahmeregelungen für best. LG

Jeweils unverzüglich: Meldung aller neuen Zuweisungen und Aufhebung von Zuweisungen durch Länder an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG).

Bis 31.10.2026 und dann jährlich: Meldung der Zuweisung der LG durch Land an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Höchstens für 3 Jahre: Ausnahmegenehmigungen zur Abweichung von den Q-Kriterien bei Standorten, die zur Sicherstellung der Versorgung notwendig sind (30 Min. bzw. 40 Min. Fahrtzeit zum nächsten Krankenhaus) oder bei KH mit Sicherstellungszuschlag (dann unbefristet).

Höchstens 6 Monate: Ausnahmegenehmigung bei Meldung kurzfristiger (mehr als 1 Monat) Nichterfüllung der Q-Kriterien durch ein KH (SGB 5 § 275a).

► **Prüfungen durch Medizinischen Dienst**
(SGB 5 § 137, § 275a und KHG § 6a)

Bis 30.09.2025: Beauftragung der erstmaligen Prüfung der Q-Kriterien durch Land (ggf. gemeinsam mit Prüfung der Strukturmerkmale für bestimmte Operationen- und Prozedurenschlüssel – STROPS SGB 5 § 301 – und sonstige Prüfungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung – SGB 5 §§ 135b, 136 bis 136c).

Bis 30.06.2026: Abschluss der erstmaligen Prüfung.

Nach 2 Jahren und danach alle 3 Jahre: Weitere Prüfungen der Q-Kriterien beauftragt durch KH (vorläufige Selbsteinschätzung durch KH möglich, wenn MD bereits beauftragt, aber Gutachten noch nicht durchgeführt ist).

Ohne Termin: Regelung der Einzelheiten der Qualitätsprüfungen und ihrer aufwandsarmen Durchführung durch GBA.

► **Standortdefinition (KHG § 2a)**

Bis 31.03.2025: Kassen und DKG vereinbaren Verfahren zur Ermittlung von Geokoordinaten von Standorten (als Voraussetzung für die Bewertung als eigener Standort). Ohne Terminierung: Kassen und DKG können in Einzelentscheidungen von der Standort-Definition (mehr als 2 km) abweichen (sowohl Zusammenlegung als auch Trennung).

Bis 31.12.2029: Bericht Kassen und DKG über Auswirkungen auch der Einzelentscheidungen an BMG.

► **Mindestvorhaltezahlen (SGB 5 § 135f)**

Anwendung ab 2027

Ohne Termin, jeweils 3 Monate nach (regelmäßiger) Beauftragung durch BMG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) legt Empfehlungen für Höhe der Mindestvorhaltezahlen und ihre Weiterentwicklung vor.

Bis 12.12.2025: Rechtsverordnung mit Zustimmung Bundesrat zur Höhe der Mindestvorhaltezahlen (Anwendung ab 01.01.2027). Änderungen der Mindestvorhaltezahlen bedürfen einer Änderung der Rechtsverordnung. Den KH, die im jeweiligen Vorvorjahr weniger Fälle behandelt haben als in der Rechtsverordnung als Grenze definiert wurde, droht ab 2027 (s.u.) ein Entzug der Vorhaltevergütung für die jeweilige Leistungsgruppe.

Ab 12.12.2025 bis 31.12.2026: Standorte, die die Mindestvorhaltezahl in einer LG nicht erreichen, werden im Transparenzverzeichnis (SGB 5 § 135d) mit einem Hinweis gekennzeichnet.

Jeweils bis 30.06. eines Jahres: InEK übermittelt jeweils Liste der betroffenen Standorte an die Länder und erstellt Auswertungen über die Auswirkungen.

Ab 01.01.2027: Keine Abrechnung der Vorhaltevergütung bei Unterschreiten der Mindestvorhaltezahl.

► Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen (KHG §40, KHEntgG § 8)

Anwendung ab 2027

Bis 28.02.2025: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert onkochirurgische Leistungen (Basis: OPS 2023 und ICD 2023) und übermittelt sie an InEK.

Erstmalig bis 30.04.2025: InEK veröffentlicht Liste dieser onkochirurgischen Leistungen gegliedert nach Indikationsbereichen und LG.

Bis 31.05.2025: InEK entwickelt Vorgaben und eine Datenverarbeitungslösung für eine eindeutige Zuordnung der Leistungen zu Indikationsbereichen und LG (Group).

Erstmalig zum 15.11.2026 und dann jährlich: Anpassung der Auswahl auf Basis der aktuellen ICD und OPS durch Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Erstmalig zum 31.12.2026 und dann jährlich: Anpassung der Liste durch InEK.

Bis 31.05.2025: InEK veröffentlicht **einmalig** eine Liste der Standorte, mit der Zahl der Fälle des Jahres 2023 mit onkochirurgischen Leistungen in den jeweiligen Indikationsbereichen und ordnet die Standorte nach der Zahl der Eingriffe. Alle Standorte, die aufsummiert unter der Grenze von 15 % aller Eingriffe im jeweiligen Indikationsbereich liegen, dürfen die Leistungen ab 01.01.2027 nicht mehr abrechnen (KHEntgG § 8).

Bis 30.06.2032: InEK analysiert Auswirkungen und veröffentlicht Bericht.

► Vorhaltebudget

(KHG § 17b Abs. 4b, § 37 und KHEntgG § 6a und 6b)

In 2026: budgetneutrale Einführung

In 2027: Differenzen zu 2026 zu 33 % wirksam

In 2028: Differenzen zu 2026 zu 66 % wirksam

Erstmals in 2025 für 2026 ohne Terminierung und dann jährlich: InEK berechnet Vorhaltebewertungsrelationen (60 % der DRG nach Abzug variabler Sachkosten) und die Zuschläge für Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spez. Traumatologie, Intensivmedizin.

Bis 30.09.2025: Entwicklung eines Konzepts durch InEK zur Ermittlung der Vorhaltevolumina und ggf. Weiterentwicklung in den Folgejahren.

Bis 30.11.2025 und dann jährlich: Ermittlung der Vorhaltevolumina pro Land und LG und Anteil KH für Folgejahr (Basis für die Jahre 2026 bis 2028 sind die Leistungsdaten der Jahre 2023 und 2024, danach das jeweils vorangegangene Jahr, z.B. 2027 für 2029)

Bis zum 31.10.2026 und dann jährlich: Übermittlung der LG pro Standort und welche Krankenhäuser Koordinierungsaufgaben ausüben durch Länder an InEK, damit Vorhaltevergütung ermittelt werden kann (KHEntgG, § 6a). Außerdem welche KHS zur Sicherstellung notwendig sind und deshalb ein (gekürztes) Vorhaltebudget erhalten, auch wenn sie die Mindestvorhaltezahlen nicht erfüllen (KHEntgG, § 6b).

Bis zum 31.10.2025: Kann-Regelung für Übermittlung dieser Daten, damit InEK schon über die Vorhaltevolumina für 2026 informieren kann.

Bis 10.12.2026 und dann jährlich für Folgejahr: Bescheid über Vorhaltebudget je KH durch InEK.

Bis 30.11.2027 und dann alle 3 Jahre: Neuberechnung des Anteils eines KH durch InEK.

Bis 31.12.2029 und bis 31.12.2031: Analyse der Wirkungen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung.

31.03., 30.06., 30.09.2027 und dann jährlich: KH kann bei Abweichung der Auszahlung von der Schätzung des Vorhaltebudgets Änderung der Abzahlung verlangen (KHEntgG, § 6b).

Bis 28.02. des jeweiligen Folgejahres (erstmalig 2028): KH legt Kassen und Land die Abrechnung von Über-/Unterzahlung des Vorhaltebudgets vor (Ausgleich über Zu-/Abschläge im restlichen Jahr).

► **Sektorenübergreifende Versorger (SüV) (SGB 5 § 115g)**

Anwendung ab 2027

Bis 31.12.2025: Vereinbarung zwischen DKG und Kassen (Anpassung alle 2 Jahre)

- welche Leistung in Innere Medizin und Geriatrie
- welche weiteren stationären Leistungen
- welche weiteren stationären Leistungen bei telemedizinischer Kooperation
- welche Qualitätsanforderungen

Bis 31.12.2029: Bericht über Auswirkungen durch Kassen, Pflegekassen, KV und DKG.

Bis 31.10.2026: Festlegung welcher Standort ein SüV ist und Übermittlung an InEK (KHG § 6a).

► **Vergütung SüV (KHEntgG §6c)**

Anwendung ab 2027

Erstmals für 2027 in 2026 ohne Terminierung: Vereinbarung der Art und Menge der voll- und teilstationären Leistungen, Gesamtvolumen, Tagesentgelte, Höhe der Pflegepersonalkosten, Mehr- und Mindererlösausgleiche.

► **Pädiatrien (KHG § 17b, § 39 Abs. 2)**

Bis 30.06.2025 und dann jährlich: InEK erstellt eine Liste der KH, die die Kriterien (75 % der Fälle des Krankenhauses sind Kinder und die Zahl der stationär behandelten Kinder beträgt mindestens 0,5 % aller stationär behandelten Kinder in Deutschland) erfüllen und deshalb einen Antrag auf Herausnahme aus den DRGs stellen können.

Ab 01.01.2027: Keine Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer für alle Fälle, die zu den LG der Pädiatrie gehören.

► **Transformationsfonds (SGB 5 § 271 und KHG § 12b)**

Anwendung ab 01.01.2026 bis 2035

In 2025 ohne Terminierung (damit der Fonds 2026 starten kann): Rechtsverordnung zur näheren Regelung durch BMG mit Zustimmung BR.

Bis 30.09.2025 und dann jährlich: Antragstellung zur Förderung von bestimmten Investitionen im Zusammenhang mit Konzentrationen und Umstrukturierungen und Schließungen durch das jeweilige KH (wenn Fördervolumen bis 30.09. jeweils schon bekannt, Antragstellung auch bis 31.12.)

Bis 31.01.2027 und dann jährlich: Wenn sich Privatversicherungen nicht beteiligen Bericht des BMG an Bundestag und Erarbeitung eines Vorschlags zur Beteiligung bis 31.03. des jeweiligen Jahres.

Bis 31.12.2027 und dann jährlich: Bericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung über bewirkten Strukturwandel.

► Zuschläge für Koordination und für Hochschulkliniken (KHG § 38)

Anwendung ab 2027

Bis 10.12.2026 und dann jährlich: Aufteilung der Zuschläge auf die KHs durch InEK.

► Zuschläge für Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin (KHG § 39)

Anwendung ab 2027

Bis 28.02.2026: Erstellung eines Konzepts zur Zuteilung der LG zu den genannten Bereichen durch InEK.

Bis 31.05.2026 und dann jährlich: Vereinbarung der Zuteilung auf Basis des Konzeptes zwischen Kassen und DKG.

Bis 10.12.2026 und dann jährlich: Aufteilung der Zuschläge auf die KHs durch InEK.

► Erhöhung Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung (KHEntgG §9)

Ab 2027 Erhöhung um 33 Mio.

► Veränderungswert/Tarifrate (KHEntgG § 9 und § 10)

Bis 31.10.2025 für 2026 und dann jährlich: Kassen und DKG vereinbaren den Veränderungswert (d.h. eine Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwerts [LBFW]) in Höhe des vollen Orientierungswertes (d.h. die Preissteigerungen für KHs). Gilt auch für Psychiatrie (BPflV § 3).

Bis 26.12.2024 ist der bereits vereinbarte Veränderungswert für 2025 zu erneuern. Jeweils 4 Wochen nach Wirksamwerden einer Tarifvereinbarung und rückwirkend auch für 2024: durchschnittliche Tarifsteigerungen (Tarifrate) sind – auch bei Überschreiten des Veränderungswertes in der Vereinbarung zum Landesbasisfallwert – für alle Berufsgruppen zu 100 % zu berücksichtigen (maßgeblich ist die für die meisten Beschäftigten des jeweiligen Bereichs geltende Tarifvereinbarung, Pflege am Bett wird gesondert abgerechnet). Gilt auch für Psychiatrie. Auf Verlangen von DGK/Kassen ist eine unterjährige Änderung des LBFWs möglich, ansonsten rückwirkende Berücksichtigung beim LBFW des nächsten Jahres.

Bis 28.02.2025: Erlösbudget für 2025 ist anzupassen, falls es schon in 2024 vereinbart war.

► Hybrid-DRGs (sektorengleiche Vergütung) (SGB 5 § 115f)

Bis 15.02.2025 und dann jährlich: Überprüfung der Auswahl der Leistungen, für die Hybrid-DRGs abgerechnet werden sollen, und Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl durch INEK und Bewertungsausschuss (KV und Kassen).

Bis 31.03.2025 und dann jährlich: Neuvereinbarung der Auswahl der o.g. Leistungen durch KV, Kassen, DKG mit folgenden Zielvorgaben:

- Ab 2026 jährlich mindestens 1 Mio. Fälle
- Ab 2028 jährlich mindestens 1,5 Mio. Fälle
- Ab 2030 jährlich mindestens 2 Mio. Fälle

Bis 15.05.2025 und dann jährlich: Vorschlag zur Höhe der Vergütung der Hybrid-DRGs **differenziert nach dem Schweregrad der Fälle** durch InEK und Bewertungsausschuss. Jährliche Neukalkulation und Absenkung der Vergütung auf die Vergütung bei ambulanten Operationen (SGB 5, § 115b) bis 2030.

Bis 30.06.2025 und dann jährlich: Vereinbarung der Höhe der Hybrid-DRGs auf Basis der o.g. Kalkulation durch KV, Kassen, DKG.

Bis 30.04.2025: Beauftragung eines Konzepts zur Festlegung der Höhe der Hybrid-DRGs **auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs** durch InEK und Bewertungsausschuss der KV.

Bis 31.12.2025: Vereinbarung des o.g. Konzepts zur Festlegung der Höhe der Hybrid-DRGs zwischen KV, Kassen, DKG (Vorlage an BMG). Spätestens gültig ab 30.06.2030.

Erstmals bis 30.06.2026 und dann alle 18 Monate: Bericht des InEK über Auswirkungen.

► **Ambulante Behandlung durch SüV (SGB 5 § 116a)**

Nach Festlegung als SüV durch Land: Zulassungsausschuss (KV und Kassen) muss SüV auf Antrag zur ambulanten Behandlung im Facharzt- und im Hausarztbereich zulassen, **wenn jeweils keine Zulassungsbeschränkung besteht** und in den 9 Monaten nach Antragstellung durch SüV keine Zulassungsbeschränkung angeordnet wird.

► **Ambulante und stationäre Behandlung an Bundeswehrkrankenhäusern (SGB 5 § 108 und 117a)**

Ohne Terminierung: Zulassung zur Behandlung von Kassenpatient*innen nach Auswahl der Krankenhäuser durch BMG im Einvernehmen mit Land und Kassen. Wenn sie bereits im KH-Plan des Landes aufgenommen wurden gilt die Zulassung bereits als erteilt.

Ohne Terminierung: Bundeswehrkrankenhäuser sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung prinzipiell zugelassen (wie Uni-Kliniken).

► **Pädiatrische Institutsambulanzen (§ 118b)**

Bis 01.06.2025: Vereinbarung zwischen KV und Kassen im Einvernehmen mit DKG über Gruppe der Patient*innen, die in diesen Ambulanzen versorgt werden dürfen (Überweisung nicht notwendig) und über die einzuhaltenden Q-Kriterien.

► **Transparenzverzeichnis (SGB 5 § 135b)**

Ohne Terminierung: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) kann weitere Auswertungen und Bewertungen vornehmen und auf Grundlage dieser Auswertungen neue risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu Sterblichkeit und periprozeduralen Komplikationen entwickeln; ferner kann es patientenrelevante Prozesse als Qualitätsindikator darstellen.

► **Sicherstellungs-KH (§ 136c)**

Bis 31.10.2025: Prüfauftrag an GBA, ob Leistungen in Sicherstellungs-KH auch durch Belegärzt*innen erbracht werden können.

Bis 31.12.2025: Prüfauftrag an GBA ob Vorgaben zu Sicherstellungs-KH für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung anzupassen sind.

► **Hebammengeleitete Kreissäle (§ 136a)**

Bis 30.06.2025: Richtlinie des GBA zur Sicherung der Qualität.

► **Ärztliche Personalbemessung (§ 137m)**

Bis 31.03.2025: Beauftragung zur Erprobung eines Konzepts zur ärztlichen Personalausstattung durch BMG in Abstimmung mit BÄK.

Ohne Termin: BMG kann Rechtsverordnung (mit Zustimmung Bundesrat) hierzu erlassen.

► **Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus (§ 137n)**

Bis 30.05.2025: Konzept der Vertragsparteien zur Arbeitsweise der Kommission.

Bis 30.09.2025: Einrichtung einer Kommission für Personalbemessung bei anderen Gesundheitsberufen durch Kassen und DKG.

► **Weiterbildung Ärzt*innen (KHG § 17b)**

Bis 31.12.2025: Kassen und DKG entscheiden über Zu- und Abschläge für Mehrkosten der Weiterbildung von Ärzt*innen (auf Grundlage eines Konzeptes der InEK unter Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren).

► **Berufsgruppen, die unter das Pflegebudget fallen und pflegeentlastende Maßnahmen (KHG §17b Abs. 4a, KHEntgG § 6a)**

Bis 09.01.2025: Vereinbarung zwischen Kassen und DKG, dass die Kosten von Auszubildenden (beruflich oder hochschulisch und soweit ihre Kosten nicht über das Pflegebudget refinanziert sind) und von Pflegekräften im Anerkennungsverfahren unter das Pflegebudget fallen.

Ab 2025: Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals werden pauschal bis 2,5 % des Pflegebudgets berücksichtigt (bisher Einzelnachweis).

► Strafen bei Fehlabrechnung (§ 275c)

Ab 12.12.2024: Zahlung von 400 Euro pro Fehlabrechnung (statt mindestens 300 und höchstens 10 %).

► Kartellrechtliche Regelungen (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen § 187 Abs. 9 u. 10)

Ab 12.12.2024 bis 31.12.2030: Zusammenschlüsse auch ohne Finanzierung durch Fonds (s.u.) sind zulässig, wenn der Zusammenschluss zu einer Konzentration von Häusern und Fachrichtungen führt und das Land die Notwendigkeit bestätigt.

Ab 01.01.2031 bis 31.12.2038: Zusammenschlüsse sind unter denselben Bedingungen wie oben zulässig, wenn zusätzlich eine Finanzierung über Strukturfonds oder Transformationsfonds vorliegt.

► Evaluation des KHVVG (§ 427)

Zum 31.12.2028, 31.12.2030, 31.12.2033, 31.12.2036 und 31.12.2039 jeweils gemeinsamer Bericht von Kassen und DKG über Auswirkungen der LG, der Mindestvorhaltezahlen, der Prüfung der Q-Kriterien auf die Versorgungssituation der Patient*innen, die Personalstrukturen in den Krankenhäusern, die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen, die Entwicklung des Leistungsgeschehens im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation sowie auf die Entwicklung des sonstigen ambulanten Leistungsgeschehens.

Bis zum 31.03.2031: Bericht des Sachverständigenrates Gesundheit zu denselben Themen.

Bewertung Koalitionsvertrag/ Regierungsprogramm

Am 5.4.2025 haben sich die Verhandler von CDU/CSU und SPD auf einen Koalitionsvertrag geeinigt. Nach der Zustimmung der drei Parteien zu dem Vertrag und nach der Wahl von Friedrich Merz zum Bundeskanzler und von Nina Warken zur Bundesgesundheitsministerin wird er zum Regierungsprogramm. Die wesentlichen Festlegungen zu den Vorhaben im Krankenhausbereich sehen wie folgt aus:

1. Änderungen bei Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung

- Das KHVVG bleibt die Grundlage der Krankenhauspolitik. Es soll bis Sommer 2025 »weiterentwickelt« werden.
- Die Länder sollen erweiterte Rechte für Ausnahmegenehmigungen »besonders im ländlichen Raum« und für erweiterte Kooperationen bekommen.
- Die Leistungsgruppen werden von 65 auf 61 reduziert (NRW plus »Spezielle Traumatologie«)
- Die Qualitätskriterien (inkl. Arztzahlen) werden dort, wo es »medizinisch sinnvoll« ist, angepasst.
- Die Vorhaltevergütung beginnt erlösneutral jetzt 2027 statt bisher 2026. Danach folgt die Konvergenzphase in 2 Schritten. Die Zwischenfristen des KHVVG werden angepasst.
- Es gibt eine Ausnahmeregelung für NRW. Die dort bereits vor dem KHVVG festgelegten Leistungsgruppen gelten bis Ende 2030.

Damit bleibt das KHVVG in seinen wesentlichen Bestandteilen unangetastet. Insbesondere die Mindestvorhaltezahlen und die Mindestzahlen in der Onkologie bleiben

erhalten und damit natürlich auch deren Auswirkungen auf die Schließung von Krankenhäusern und Abteilungen. Lediglich der Zeitplan wird etwas gestreckt und die Möglichkeiten für Ausnahmen durch die Länder werden etwas erweitert. Diese Erweiterungen sind ein richtiger Schritt. Dies gilt auch für die Überarbeitung der Qualitätskriterien. Der Umfang dieser Erweiterung/Überarbeitung ist allerdings nicht festgelegt.

2. Finanzierung Transformationsfonds

- Der GKV-Anteil an den Transformationskosten (pro Jahr 2,5 Mrd. Euro) wird vom Bund übernommen.
- »Soforttransformationskosten« der Jahre 2022 und 2023 sollen auch vom Bund übernommen werden.
- Es wird eine »Soforthilfe« für »bedarfsnotwendige Krankenhäuser« angekündigt.

Die Übernahme der Transformationskosten durch den Bund ist ein notwendiger Schritt. Die Investitionskosten im Rahmen der Daseinsvorsorge sind eine staatliche Aufgabe und keine der Beitragszahler (unter Ausschluss der privat Versicherten).

Es ist unklar, was sich hinter dem Begriff »Soforttransformationskosten« verbirgt. Sind es weitere Investitionskostenzuschüsse, die sich nicht auf die Betriebsergebnisse auswirken, oder sind es die – insbesondere von der Deutschen Krankenhausesellschaft geforderten – Betriebskostenzuschüsse für die exorbitanten Preissteigerungen der letzten Jahre? Selbst wenn es Betriebskostenzuschüsse sind, handelt es sich nach dem Wortlaut um Einmalzahlungen und nicht um eine dauerhafte Lösung der Unterfinanzierung der Krankenhäuser.

Auch weitere Soforthilfen sind notwendig, allerdings wird über deren Höhe nichts gesagt und die Formulierung, dass sie nur für »bedarfsnotwendige Krankenhäuser« erfolgen sollen, lässt vermuten, dass sie zum weiteren Bettenabbau und zu weiteren Krankenhausschließungen eingesetzt werden sollen.

3. Hybrid-DRGs

- Die »sektorenunabhängigen Fallpauschalen (Hybrid-DRGs)« sollen weiterentwickelt werden.

Hybrid-DRGs bedeuten, dass es einheitliche Preise für bestimmte Behandlungen gibt, egal, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Bereits mit dem KHVVG wurde eine massive Ausweitung dieser Finanzierungsform beschlossen. Insbesondere sollen die Vergütungssätze nach unten angepasst werden. Da es sich um eine Mischkalkulation aus den Vergütungen der Niedergelassenen und den stationären DRGs handelt, bedeutet dies, dass sie für Krankenhäuser nicht kostendeckend sind. Es soll ein finanzieller Druck aufgebaut werden, die Behandlungen ambulant durchzuführen, weil da geringere Kosten anfallen. Wie bei allen Instrumenten der finanziellen Steuerung wird dabei nicht danach gefragt, wie sich das auf die Patient*innen auswirkt. Statt einer Sachentscheidung (»kann ich den konkreten Patienten in seiner Situation ambulant behandeln«) erfolgt eine finanzielle (»was lohnt sich«). Lauterbach, der ja mit der Parole »Abschaffung der DRGs« angetreten war, hat noch vor seiner Krankenhausreform diese Hybrid-DRGs eingeführt und damit das Preissystem der DRGs auf den ambulanten Bereich ausgedehnt. Die neue Bundesregierung will diesen Weg offensichtlich fortsetzen.

4. Personal

- Es soll eine »geeignete« Personalbemessung im Krankenhaus geben.
- Unterschiede zwischen Leiharbeiter*innen und der Stammebelegschaft sollen reduziert werden.
- Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools sowie entsprechende Vergütungen für das Personal sollen ausgeglichen werden.
- Für Ärzt*innen im Bereitschaftsdienst der Krankenversicherung soll Sozialversicherungsfreiheit gelten.

Die Formulierung »geeignete Personalbemessung« lässt aufhorchen, weil die Krankenhausgesellschaft und viele andere seit einiger Zeit vehement die Reduzierung der Vorgaben zur Personalbemessung fordern. Es ist zu befürchten, dass unter dem Deckmantel »geeignet« und »Bürokratieabbau« eine Verschlechterung der bestehenden Regelungen vorbereitet wird.

Das eigentliche Problem bei der Leiharbeit ist, dass die Vergütungsbedingungen der Stammebelegschaften unter dem Finanzdruck der DRGs zu schlecht sind und viele Kolleg*innen abwandern. Es ist zu kurz gegriffen hier nur Unterschiede ausgleichen zu wollen. Was notwendig wäre ist die vollständige Herausnahme der Personalkosten aus den DRGs und ihre kostendeckende Finanzierung wie in der Pflege am

Bett. Dasselbe gilt im Grundsatz für die Mehrkosten von Springerpools. Es ist gut, wenn solche Mehrkosten ausgeglichen werden, aber es ist halbherzig.

Warum sollen auf die Bereitschaftsdienste im ambulanten Bereich keine Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden? Auch das ist Klientelpolitik für die Niedergelassenen und ein Eingeständnis, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Notfallversorgung der Bevölkerung nicht mehr aufrechterhalten können. Konsequenz wäre die Organisation der gesamten Notfallversorgung (ambulant und stationär) durch die Krankenhäuser und mit angestellten Ärzt*innen. (siehe unten: Reform der Notfallversorgung)

5. Weitere krankenhausspezifische Regelungen

- Die Definition der Fachkrankenhäuser soll überarbeitet werden, damit mehr dieser Häuser erhalten bleiben.
- Das Belegarztsystem in den Krankenhäusern soll gestärkt werden.
- Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung soll es nur in den Fällen geben, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) den Patient*innen keine Termine in einem noch zu definierenden Zeitkorridor anbieten können.
- Die Bürokratie und die Abrechnungsprüfungen sollen reduziert werden.

Fachkrankenhäuser, die zumeist ja durch Private betrieben werden, werden gestärkt. Unter Versorgungsgesichtspunkten richtig wäre eine Eingliederung solcher Häuser in Allgemeinkrankenhäuser

Auch die Stärkung des Belegarztwesens ist keine Verbesserung für die Krankenhäuser und die Patient*innen, sondern Klientelpolitik. Statt die Krankenhäuser vollständig für die ambulante Versorgung zu öffnen, wird versucht den Niedergelassenen einen Weg in die Stationäre Versorgung zu bahnen.

Genauso verhält es sich mit der Beschränkung der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nur auf Ausnahmefälle (keine Terminvergabe möglich). Gerade angesichts der zunehmenden Unfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen die ambulante Versorgung (insbesondere in ländlichen Gebieten) zu gewährleisten, wären hier dringend große Veränderungen (Abschaffung der doppelten Facharztschiene, vollständige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die Notfallversorgung, Entzug des Sicherstellungsauftrags für die KV und

einheitliche Planung der ambulanten und stationären Versorgung durch die Länder bzw. die Versorgungsregionen) notwendig.

Näheres hierzu siehe unter

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/04/alternativen-zu-den-vorschlaegen-der-regierungskommission/> und

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/04/unsere-vorstellung-von-einer-bedarfsgerechten-und-patientenfreundlichen-versorgungskette/>

6. Weitere Regelungen zu Versorgungsfragen

- Die Grundversorgung in Gynäkologie und Geburtshilfe soll gesichert werden.
- Es soll neue Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform geben.
- Es sollen gesetzliche Rahmenbedingungen für den Gesundheitssektor (auch für die Krankenhäuser) im Verteidigungs- und Bündnisfall geschaffen werden.

Hier stellt sich zunächst die Frage: Warum nur in der Gynäkologie und Geburtshilfe? Eigentlich muss doch ganz allgemein die Versorgung gewährleistet werden. Nicht thematisiert wird, dass die Probleme insbesondere in der Geburtshilfe durch die Unterfinanzierung und die DRGs ausgelöst sind und auch nur über eine Änderung der Finanzierung (Selbstkostendeckung) gelöst werden können. Wie die Sicherung erfolgen soll, wird dementsprechend auch nicht ausgeführt.

Eine Änderung der Notfallversorgung ist dringend notwendig, allerdings nicht so, wie es die Kommission in ihren Empfehlungen und Lauterbach in seinem Gesetzentwurf vorgesehen hat. Näheres hierzu siehe unter

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/03/bewertung-der-9-stellungnahme-der-regierungskommission/> und

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/10/09/bewertung-des-gesetzentwurfs-zum-notfallgesetz>

Die Militarisierung des Gesundheitswesens steht ebenfalls auf der Agenda. Wehret den Anfängen.

Einleitung zur 5. Auflage 2020

Mitte Januar 2020, kurz bevor diese Broschüre in Druck geht, haben ver.di, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Pflegerat (DPR) ein Instrument zur verbindlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern der Öffentlichkeit präsentiert: die »PPR 2.0.« Das Bundesgesundheitsministerium hat die Prüfung des Instruments zugesagt und nun geht es um eine zeitnahe gesetzgeberische Umsetzung. Die Chancen dafür stehen, trotz konservativ geführtem Gesundheitsministerium unter Jens Spahn, nicht schlecht. Bezogen auf das Thema Pflege wurde seit 2018 eine andere politische Richtung eingeschlagen: Seit 2020 wird die »Pflege am Bett« nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. (Kapitel I/12) Dies ist noch nicht das, was wir wollen – nämlich grundsätzliche Selbstkostendeckung und eine gute gesetzliche Personalregelung für alle im Krankenhaus – und natürlich gibt es auch Signale in die altbekannte Richtung von mehr Wettbewerb und mehr Privatisierung. Aber dennoch sind wir heute schon einen großen Schritt weiter. Diese Erfolge sind vor allem Resultat der Aktivitäten der Beschäftigten in den Krankenhäusern und ihrer Kämpfe für Entlastungstarifverträge, der verschiedenen Bündnisse für mehr Personal, der Bewegung der Volksbegehren und auch der Arbeit des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik.

► Das spornt uns an. Jetzt dürfen wir nicht locker lassen!

Die Ökonomisierung der Krankenhäuser kann nicht innerhalb des DRG-Systems zurückgedrängt werden. Auch innerhalb des krankenhauspolitischen Feldes wird Kritik am DRG-System immer lauter. Die neoliberalen Vorstellungen haben in der Bevölkerung und bei Beschäftigten nur einen sehr geringen Rückhalt und sind kaum zustimmungsfähig. Die breite öffentliche Zustimmung zu den Streiks für einen Tarifvertrag zur Entlastung des Personals an der Berliner Charité, in Düsseldorf, Essen,

Augsburg, in Homburg an der Saar, Jena und anderen Städten ist hierfür ein deutliches Zeichen.

Wenn wir davon ausgehen, dass es einen breit getragenen Konsens für den Anspruch auf gute Versorgung im Krankenhaus und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten gibt, sollten wir Mittel und Wege finden, an diese Grundhaltung anzuknüpfen. Ein Anknüpfungspunkt ist eine Aufklärungskampagne, mit der wir über die politische, ökonomische, medizinische und pflegerische Funktion der Fallpauschalen und die Bedeutung von Markt und Wettbewerb für die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems informieren. Unsere erste Broschüre war wesentlicher Bestandteil dieser Aufklärung; die hier vorgelegte neue Broschüre soll dies fortsetzen und vertiefen.

► Die aktuelle Situation

Die deutsche Krankenhauslandschaft wurde in den letzten Jahrzehnten zu einem Sektor des Gesundheitsmarktes (Kapitel I/1 und I/7) umgebaut. Die kostendeckende Finanzierung, das Selbstkostendeckungsprinzip (Kapitel I/4), wurde abgeschafft und ideologisch und politisch delegitimiert. Neoliberale Politik hatte eine simple Antwort auf die medizinischen, pflegerischen und politischen Probleme: »Mehr ökonomischer Wettbewerb, mehr Markt!« Versprochen wurde in diesem Zusammenhang auch eine Senkung der Krankenhausausgaben (Kapitel I/7). Das Instrument dafür war die Einführung eines neuen Abrechnungssystems ab 2003/04: Die diagnosebezogenen Fallpauschalen (engl. Diagnosis Related Groups, DRG) (Kapitel I/2 und I/3) haben die Krankenhausfinanzierung tiefgreifend verändert. Entscheidungen über Behandlungen und Dauer des Krankenhausaufenthaltes werden nicht allein nach medizinischen Kriterien getroffen, sondern immer deutlicher danach, was sich gewinnbringend abrechnen lässt. Jahrzehnte nach der Weichenstellung für die Wettbewerbsorientierung und mehr als 16 Jahre nach Einführung der DRG sind die Auswirkungen dieser politischen Entscheidungen deutlich sichtbar:

- Krankenhäuser wurden politisch zu einem für private Träger attraktiven Geschäftsmodell umgebaut. Seit 1991 hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser und Betten massiv erhöht. Öffentliche Häuser drohen zu Exoten in der Krankenhauslandschaft zu werden, wenn kein wirksamer Druck gegen die Kommerzialisierung entsteht (Kapitel I/11).
- Trotz staatlicher Steuereinnahmen in Rekordhöhe verweigern die politischen Verantwortlichen eine ausreichende Finanzierung von Investitionen (Kapitel I/5). Bei wirtschaftlicher Schieflage droht Schließung oder Verkauf.

- Die Arbeitsbedingungen haben sich massiv verschlechtert, zehntausende Stellen – vor allem in der Pflege – wurden abgebaut. Durch Outsourcing ist ein großer Niedriglohnsektor in Krankenhäusern geschaffen worden. Die enorme Arbeitsverdichtung (»Produktivitätsreserven«) sorgt massenhaft für physische und psychische Überlastung der Beschäftigten (Kapitel I/8 und I/9).
- Medizinische und pflegerische Entscheidungen sind zunehmend betriebswirtschaftlichen Zwängen ausgesetzt – mit vielen negativen Folgen (Mengenausweitung, Schließung von nicht lukrativen Bereichen, zu frühe Entlassung von Patient*innen, Über-, Unter- und Fehlversorgung). (Kapitel I/8 und I/10)
- Der »Fachkräftemangel« in der Pflege ist also hausgemacht – geringe Attraktivität, Burnout, Berufswechsel, Teilzeitarbeit sind die Ursachen. Systematische Anwerbeprogramme für ausgebildete Fachkräfte aus Entwicklungs- und Krisenländern werden das Problem nicht lösen und in diesen Ländern Probleme verschlimmern.

Das Programm des 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) war: noch mehr Wettbewerb! Folgerichtig wurde die Konkurrenz verschärft. »Marktaustritte«, d.h. Schließungen von Krankenhäusern sind explizit gewollt. Entsprechende Studien flankieren diese Politik ideologisch und sehr medienwirksam. Der »Strukturfonds« im KHSG dient als Abwrackprämie: Schließungen werden wirtschaftlich subventioniert, und sie treffen überwiegend kleine Krankenhäuser der Grundversorgung im ländlichen Bereich. (Kapitel I/5) Durch Zu- und Abschläge bei »Qualität« (wie auch immer sie definiert werden soll) wird die marktförmige Steuerung ausgebaut. Durch den Einstieg in Selektivverträge wird die Planungshoheit der Länder noch weiter ausgehöhlt und ein Einstieg in ein flexibles Preissystem vorbereitet (Kapitel I/6).

Mit jedem Schritt der weiteren Vermarktlichung werden politische, planerische Vorgaben (wie z.B. gesetzliche Personalbemessung) zu »systemfremden« Elementen. Deshalb besteht eine wesentliche Herausforderung darin, die Möglichkeiten für politische – d.h. demokratische – Entscheidungen in der Krankenhauspolitik zu verteidigen und zu erweitern. Das ist die Voraussetzung zur Durchsetzung einer bedarfsorientierten, sektorenübergreifenden, flächendeckenden und demokratisch geplanten Gesundheitsversorgung. Der Kampf der Gewerkschaft ver.di für eine gesetzliche Personalbemessung ist ein wesentlicher Schritt dorthin.

Das Kampffeld Gesundheitswesen wird wesentlich auch durch europäisches und internationales Recht strukturiert: Die internationalen Freihandelsabkommen

(TTIP, CETA, TISA) sind Frontalangriffe auf eine gemeinwohlorientierte, solidarische Gesundheitsversorgung. Die Frage, ob Krankenhäuser unter das Sozialstaatsgebot fallen oder dem Wettbewerbsrecht zuzurechnen sind, ist umstritten (Kapitel I/15). Eine ähnliche Entwicklung haben die solidarischen Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) durchlaufen, weshalb auch sie in Gefahr sind, unter Wettbewerbsrecht zu fallen (Kapitel I/16). Eine konsequente solidarische Bürger*innenversicherung wäre ein wichtiger Schritt in Richtung mehr Solidarität und gerechter Umverteilung der Einnahmen der GKV (Kapitel II/5).

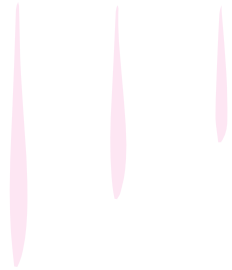
Zu all diesen Themen findet Ihr auf den nächsten Seiten hoffentlich viele nützliche Informationen, Zahlen und Fakten, aber auch Argumentationshilfen und Kritikstrategien für die tägliche Auseinandersetzung im Betrieb und bei Euren politischen Aktivitäten. Wir wollen aber nicht bei der Kritik stehen bleiben, sondern bieten Euch im Teil II auch alternative Konzepte und Strategien der Gegenwehr zur Diskussion an: Wie geht eigentlich Daseinsvorsorge? Wie geht Personalbemessung? Was sagen wir zu Bettenabbau und Krankenhausschließungen? Wo ist Gegenwehr sinnvoll? Und weiter? Hierzu findet Ihr auch die Forderungen und Ziele des Bündnisses.

Diese Broschüre steht auch als pdf-Datei zur Verfügung unter:

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Wenn Ihr vor Ort oder im Betrieb eine Veranstaltung plant und Referent*innen sucht, wendet Euch gerne an uns. Kommentare, Kritik, Verbesserungsvorschläge und Ergänzungen sind ebenfalls willkommen.

Schreibt uns ein Mail unter: info@krankenhaus-statt-fabrik.de



Teil 1

Analyse & Kritik



Kapitel I.1

Geschichte der Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland durchlief verschiedene Phasen.

► Erste Phase – Kriegsende bis 1972: Kriegsschäden, Bettenmangel, (Quasi-)Preisstopp

Diese Phase war geprägt durch erhebliche Kriegsschäden an den Krankenhäusern und einen großen Bettenmangel in der stationären Versorgung. Für die Vergütung der Krankenhausleistungen gab es zunächst einen Preisstopp und später dann einen Quasi-Preisstopp, bei dem Erhöhungen der Pflegesätze nur in Ausnahmefällen möglich waren. Es bestand die sog. monistische Finanzierung, d.h. sowohl die Betriebskosten (Löhne, Sachkosten etc.), als auch die Investitionskosten (Um- oder Neubauten, größere Anschaffungen) mussten über die Pflegesätze finanziert werden, die von den Krankenkassen an die Krankenhäuser ausgezahlt wurden. Die Krankenhausträger und die Länder mussten hohe Zuschüsse geben, damit die Krankenhäuser überhaupt betriebsfähig blieben.

Abgerechnet wurde nach tagesgleichen Pflegesätzen (ein bestimmter ausgehandelter DM-Betrag pro Behandlungstag jedes Patienten), die aufgrund des (Quasi-)Preisstopps jedoch viel zu niedrig waren. Die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser (Selbstkosten) dienten in den Pflegesatzverhandlungen nur als allgemeines Argument für die Notwendigkeit von Pflegesatzerhöhungen, nicht jedoch als verbindliche Grundlage für die Abrechnung.

Tagesgleiche Pflegesätze bedeuten ökonomisch: Je mehr Pflegetage, desto mehr Einnahmen; insofern bestand ein Anreiz zur Verweildauerverlängerung, der aber wegen des massiven Bettenmangels faktisch nicht zu realisieren war.

Nach Erlass einer Pflegesatzverordnung 1954 wurden Pflegesatzerhöhungen unter strengen Maßstäben auf Basis der Selbstkosten der jeweiligen Krankenhäuser möglich. Es handelte sich aber um »politisch reduzierte Selbstkosten«, weil die durchschnittlichen Zuschüsse der Träger abgezogen und die Kosten für die Beseitigung von Kriegsschäden nicht angerechnet wurden. Außerdem musste die Ertragslage der Kassen berücksichtigt werden. Es gab Abzüge bei Minderbelegung (unter 75%), was natürlich ebenfalls ein Anreiz zur Verweildauerverlängerung war.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es zwar ökonomische Anreize zu einer Verweildauerverlängerung gab (tagesgleiche Pflegesätze, Abzüge bei Minderbelegung), diese aber aufgrund des massiven Bettenmangels nur sehr eingeschränkt zum Tragen kamen.

► Zweite Phase – 1972 bis 1985: echte Selbstkostendeckung

Über eine Grundgesetzänderung wurde die duale Finanzierung eingeführt. Das bedeutet, dass die laufenden Betriebskosten durch die Krankenkassen und die Investitionskosten durch die Länder und den Bund finanziert werden mussten.

Grundlage der Finanzierung der laufenden Kosten wurde das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip. Das bedeutet, dass die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses, ermittelt mit einer Kosten- und Leistungsrechnung, von den Krankenkassen finanziert werden mussten.

Ab diesem Zeitpunkt waren die tagesgleichen Pflegesätze nur noch eine Abschlagszahlung auf die anfallenden Selbstkosten. Der tagesgleiche Pflegesatz wurde prospektiv (für das jeweils nächste Jahr) unter Berücksichtigung der zu erwartenden Entwicklungen (Kostensteigerungen, Patientenzahl) festgelegt. Am Ende des Jahres wurde dann spitz abgerechnet. Wurde zu viel bzw. zu wenig bezahlt, gab es einen Ausgleich: Gewinne mussten zurückgezahlt werden, Verluste mussten – wenn keine Unwirtschaftlichkeiten nachweisbar waren – von den Kassen nachfinanziert werden.

Gewinne in Krankenhäusern waren gesetzlich verboten (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Damit bestand kein ökonomischer Anreiz zu Verweildauerverlängerungen und auch nicht zu Sparmaßnahmen auf Kosten des Personals.

Es ist falsch, diese Phase der Krankenhausfinanzierung als Selbstbedienungsladen zu charakterisieren, weil die Kassen das Recht hatten, die Wirtschaftlichkeit der entstandenen Kosten überprüfen zu lassen. Auch der in der öffentlichen Diskussion noch heute erhobene Vorwurf, dass das Selbstkostendeckungsprinzip zur »Freiheits-

beraubung« bei den Patient*innen, also zu unnötig langen Verweildauern führen würde, ist nicht zutreffend. (Kapitel I.4)

► Dritte Phase – 1986 bis 2003: prospektive Budgets, Deckelung, Zulassung von Gewinnen, Übergang zu Preisen

Es folgte vor dem Hintergrund der ersten großen Wirtschaftskrise nach dem Krieg und der globalen Wende zum Neoliberalismus⁷ eine Umgestaltung des stationären Gesundheitswesens in der BRD in Richtung immer mehr Markt und kapitalistische Konkurrenz. Argumentationsgrundlage war die in die öffentliche Debatte eingebrachte Behauptung einer »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen, die faktisch besagte, dass die so genannten Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber zu hoch seien oder zu stark anstiegen. 1985 wurde von der schwarz-gelben Koalition unter Kohl der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (seit 2004 »Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«) von der Bundesregierung ins Leben gerufen. Er veröffentlicht regelmäßig Gutachten, die die Hauptaufgabe haben, die wissenschaftlichen Weihen für die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens, den Rückzug des Staates und den Übergang zu einem Preissystem zu liefern. Schon 1990 schrieb er zum Beispiel: »Stationäre Leistungen sollten grundsätzlich mit fallbezogenen Pauschalen vergütet werden. Dadurch wird sichergestellt, dass wenig Anreiz zur Erbringung nicht notwendiger Leistungen besteht.« (Jahresgutachten 1989, Nr. 330)⁸

Der Bund stieg aus der Investitionsförderung aus. Sie war jetzt nur noch Ländersache. (Kapitel I.5) Es wurde ein sogenanntes flexibles Budget vereinbart (prospektiv aufgrund der kalkulierten Selbstkosten und der geschätzten Zahl der Pflgeetage). Die bisherige Verrechnung von Verlusten/Überschüssen am Jahresende wurde beseitigt. Gewinne und Verluste wurden grundsätzlich zugelassen und verblieben für das jeweilige Jahr beim Krankenhaus. Bei der Festlegung des nächstjährigen Bud-

7 Neoliberalismus ist eine Wirtschafts- und Gesellschaftstheorie, die davon ausgeht, dass die »unsichtbare Hand des Marktes« alles am besten regelt und dass sich der Staat möglichst aus dem gesellschaftlichen Leben und der Wirtschaft heraushalten soll (außer zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und der Landesverteidigung).

8 Wieso ein Preissystem sicherstellen soll, dass »wenig Anreiz zur Erbringung nicht notwendiger Leistungen besteht«, bleibt das Geheimnis der Autoren. Rein logisch ist das genaue Gegenteil der Fall und so ist es auch in der Realität eingetreten.

gets durften die Kassen dann allerdings einen entsprechenden Betrag mit der Begründung, dass das Krankenhaus ja nicht so viel Geld brauche, wieder abziehen. Die Tagespflegesätze waren weiterhin eine Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget. Unterschritten die Krankenhäuser die vereinbarte Zahl von Pflegetagen, mussten sie einen Teil der eingenommenen Pflegesätze wieder zurückzahlen. Überschritten sie die vereinbarten Pflegetage, mussten die Kassen nicht den vollen Pflegesatz bezahlen, sondern ebenfalls nur einen Teil (Minder-/Mehrerlösausgleiche). Dies war die Zeit der angestrebten »Punktlandungen« bei den Pflegetagen, damit man keine Abzüge bekam.

Gleichzeitig wurden für 16 definierte Leistungskomplexe sogenannte Sonderentgelte (z.B. für Herzoperationen, Transplantationen, Gelenkendoprothesen und die Behandlung von Koronargefäßverengungen oder -verschlüssen durch mechanische Maßnahmen oder mittels Lyse) eingeführt. Sonderentgelte wurden zusätzlich zu den Tagespflegesätzen und außerhalb der Budgets gezahlt. Dies waren die ersten Ansätze zur Einführung von Preisen.

Kostensenkungen und Verweildauerverkürzungen lohnten sich nicht wirklich, weil ja die Gewinne des einen Jahres von den Krankenkassen im nächsten Jahr abgezogen werden durften. Verweildauerverlängerungen lohnten sich bis zur sogenannten »Punktlandung« bei den Pflegetagen. Leistungsausweitungen bei den Sonderentgelten lohnten sich ab sofort, weil es hier anfangs keine Deckelung gab.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 (schwarz-gelbe Koalition unter Kohl) wurden die Gesamtausgaben der Krankenkassen für Krankenhäuser gedeckelt. Sie durften nur noch in dem Maß steigen, wie die Einnahmen der Krankenkassen stiegen.⁹ Die Selbstkostendeckung wurde weiter eingeschränkt. Die Finanzierung sollte über sogenannte »leistungsgerechte Erlöse« erfolgen. Gewinne und Verluste wurden ab diesem Zeitpunkt uneingeschränkt möglich.

Die Zahl der Sonderentgelte wurde auf 104 erhöht. Außerdem wurden 40 Fallpauschalen (Vergütung für die gesamte Behandlung einer bestimmten Erkrankung anstatt der Tagespflegesätze und ebenfalls außerhalb der Budgets) als direkte Preise eingeführt. Ihre Zahl wurde im Lauf der Jahre immer weiter erhöht. Parallel hierzu

9 Eine solche Regelung ist absurd, weil damit ein Zusammenhang zwischen niedrigen Einnahmen der Krankenkassen und der Zahl der Patient*innen und damit den Kosten der Krankenhäuser konstruiert wurde (je weniger Einnahmen der Kassen, umso weniger Patient*innen und umso weniger Kosten). Tatsächlich verhält es sich eher umgekehrt: Je weniger die Menschen verdienen und je mehr Menschen arbeitslos sind (die beiden Hauptfaktoren für die Höhe der Einnahmen der Krankenkassen), umso kränker werden sie.

gab es für die Behandlung der restlichen Erkrankungen weiterhin ein prospektives Budget mit tagesgleichen Pflegesätzen (als Abrechnungseinheit). Das System der Minder-/Mehrerlösausgleiche (s.o.) wurde verschärft.

Die Pflegesätze verloren durch die zunehmende Zahl an Sonderentgelten und Fallpauschalen immer mehr an Bedeutung, insbesondere auch, weil sie außerhalb der Budgetdeckelung gezahlt wurden. Es bestand also schon damals (noch vor der endgültigen Einführung der DRG) ein erheblicher Anreiz zur Leistungsausdehnung und zur Kostensenkung (incl. Verweildauerverkürzung), weil so Zusatzeinnahmen generiert werden konnten.

► Vierte Phase – 2004 bis 2010: Einführung des Preissystems der DRG

Die DRG-Einführung erfolgte 2004 (rot-grüne Koalition unter Schröder) budgetneutral; die Krankenhäuser bekamen also im ersten Jahr dieselben Gelder wie im Jahr davor. Danach folgte in der so genannten Konvergenzphase bis 2010 die Anpassung an die neue DRG-Vergütung in Stufen, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ihre Kosten und ihr Leistungsverhalten anzupassen. Da die Änderungen in der Vergütung im Grundsatz bereits seit 2002 (Verabschiedung Fallpauschalengesetz) bekannt waren, begannen die Sparorgie und die Leistungsausdehnung in den Krankenhäusern tatsächlich schon vor 2004.

Die DRG-Vergütungen bestehen aus den bundeseinheitlich festgelegten Relativgewichten der einzelnen DRG, multipliziert mit den politisch auf Landesebene ausgehandelten Landesbasisfallwerten. (Kapitel I.2) Sie sind Festpreise, bei denen es ökonomisch sinnvoll ist, die Kosten zu senken und die Leistungsmengen auszudehnen. Ein notwendiger Bestandteil der Kostensenkung und der Leistungsausdehnung sind auch die Liegezeitverkürzungen.

► Fünfte Phase – 2011ff.: noch mehr Markt und Wettbewerb ... oder Erfolg des Widerstandes

Unmittelbar nach Abschluss der Einführung der DRG wurde weitere Projekte des neoliberalen Umbaus des Gesundheitswesens in Angriff genommen. Zu nennen sind hier:

- Die Einführung von Quasi-DRG für die Psychiatrie (PEPP), die jedoch aufgrund des Widerstandes der Beschäftigten und der Fachgesellschaften nicht vollständig umgesetzt werden konnte. (Kapitel I.13)

- Die Einführung von P4P (Pay for Performance) unter dem Deckmantel von Qualitätsverträgen und die Vorbereitung von Selektivverträgen (Kapitel I.6)
- Die Kalkulation und Eingliederung der Investitionskosten über zusätzliche »Invest-DRG« in die DRG-Preise und damit letztlich das Ende der dualen Finanzierung. (Kapitel I.6)

In diese Phase fällt aber auch der zunehmende Widerstand von Beschäftigten, Gewerkschaften, Fachgesellschaften und politischen Gruppierungen gegen die Wirkungen dieses DRG-Systems. Die Politik wurde so immer wieder gezwungen, Maßnahmen zur Reduzierung der Finanznot der Krankenhäuser zu beschließen, die die Wirkung der DRG etwas abschwächen sollten. (Beispiele hierzu siehe Kapitel I.12)

► Fazit

Insgesamt stehen wir jetzt am Scheideweg, ob es den Herrschenden gelingt, noch mehr kapitalistische Konkurrenz durchzusetzen und damit die Krankenhäuser ihres Wesens als Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu berauben, oder ob es gelingt, die DRG und damit Markt und Wettbewerb zurückzudrängen bzw. wieder abzuschaffen.¹⁰

10 Siehe Thomas Böhm / Kartin Gerlof / Stephan Kaufmann/ Sigrun Matthiesen: Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege. 20 Jahre DRGs und Profite mit Krankheit, Münster 2024, <https://www.rosalux.de/publikation/id/52550/finanzialisierung-von-gesundheit-und-pflege>

Was sind DRG und wie funktionieren sie?

DRG (Diagnosis Related Groups) sind Fallgruppen. Sie stellen den durchschnittlichen Kostenaufwand für eine bestimmte Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose dar und sind damit die Grundlage für die Vergütung der Krankenhäuser (die Fallpauschalen). Dabei werden auch unterschiedliche medizinische Diagnosen und Behandlungen zusammengefasst, wenn sie denselben Kostenaufwand haben (deshalb *Fallgruppen*). Die deutschen DRG wurden aus den australischen DRG abgeleitet und weiterentwickelt. Dort wurden sie aber nicht flächendeckend für alle Behandlungen eingesetzt und zum überwiegenden Teil auch nicht als Preise, die die Vergütung der Krankenhäuser definieren, sondern nur als Methode, um den Leistungsumfang eines Krankenhauses zu ermitteln und um einen Anhaltspunkt zu haben, welches Budget welchem Krankenhaus zugeteilt werden muss.

Bei Einführung der DRG im Jahr 2004 gab es 409 Fallgruppen. 2019 waren es 1.318 Fallgruppen. Dabei werden noch verschiedene Schweregrade unterschieden, die nach Nebendiagnosen, Komplikationen und dem Alter gewichtet werden.

In die DRG-Kalkulation gehen nur die laufenden Kosten der stationären Behandlungsfälle ein, aber keine Vorhaltekosten und keine Investitionen. Das DRG-System gilt für alle voll- und teilstationären Leistungen außer für die Psychiatrie und nicht für ambulante Behandlungen.¹¹ Die anzuwendende DRG ergibt sich aus der Hauptdiagnose, allen Nebendiagnosen und Komplikationen (verschlüsselt nach dem internationalen Krankheitsartenschlüssel ICD) und der Verschlüsselung aller Prozeduren (Behandlungen), die am Patienten ausgeführt werden (OPS-Katalog). Werden diese Parameter in ein EDV-Programm (»Grouper«) eingegeben, ermittelt dieses die zutreffende DRG inklusive des Schweregrades. Die Vergütung für eine DRG gilt für die gesamte Behandlung, egal, wie lange sie dauert. Dies gilt bis zu ei-

11 Ab 2020 werden die Kosten der unmittelbaren Pflege am Bett nicht mehr über die DRG vergütet, sondern über das so genannte Pflegebudget in ihrer tatsächlichen Höhe finanziert. (Kapitel 1.12)

ner für jede DRG festgelegten so genannten oberen Grenzverweildauer. Liegt ein Patient länger, gibt es einen täglichen Zuschlag, der aber bei weitem nicht kostendeckend ist. So soll erreicht werden, dass die Patient*innen möglichst früh entlassen werden. Es wurde also die möglichst starke Verkürzung der Verweildauer zu einem lukrativen Steuerungselement gemacht – je kürzer, umso weniger Kosten und umso eher kann ein neuer Patient »bearbeitet« und abgerechnet werden. Es gibt für jede DRG auch eine untere Grenzverweildauer. Wird diese unterschritten, erfolgen Abzüge. Ob diese »Bremse« greift, ist aber fraglich, weil man ja die Möglichkeit, mehr Patient*innen zu behandeln, gegenrechnen muss.

Die Vergütung, die ein Krankenhaus für einen Patienten mit einer bestimmten DRG erhält, richtet sich nach dem (bundeseinheitlichen) sogenannten Relativgewicht (RG) der jeweiligen DRG, multipliziert mit dem sogenannten Landesbasisfallwert (LBFW) – Näheres siehe unten. Zusätzlich werden bestimmte kostenaufwändige Medikamente, Therapien (z.B. Dialyse) und Diagnosen über sogenannte Zusatzentgelte finanziert. Wirtschaftlich fallen diese aber im Verhältnis zu den DRG-Vergütungen faktisch nicht ins Gewicht (ca. 3% der Budgets).

► Wie wird das Relativgewicht ermittelt?

Alle Krankenhäuser müssen alle Diagnosen und Prozeduren (Leistungsdaten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz) aller Patient*innen an das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) melden. Das InEK ist eine speziell zur Kalkulation und Weiterentwicklung der DRG gegründete Einrichtung (GmbH mit gesetzlichem Auftrag). Zusätzlich werden auf freiwilliger Basis von 282 sogenannten Kalkulations-Krankenhäusern (Stand 2017) alle Kostendaten ebenfalls an das InEK gemeldet. Dabei werden die Kosten nach einem einheitlichen Verfahren auf die einzelnen Patient*innen und damit die einzelnen Diagnosen und Prozeduren verteilt. Weil sich die Privatkrankenhäuser an diesem Verfahren zur Kostenermittlung nicht beteiligt haben¹², wurden in den letzten Jahren auch private Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, sich an der Kostenübermittlung zu beteiligen.

Das InEK ermittelt dann aus den Leistungsdaten und den dazugehörigen Kostendaten die durchschnittlichen Kosten für Patient*innen mit derselben Diagnose

12 Sie erhofften sich einen finanziellen Vorteil bei den Diagnosen, die sie schwerpunktmäßig behandeln, wenn ihre (niedrigeren) Kostendaten nicht einfließen. Weil sie weniger Personal mit niedrigeren Tarifen beschäftigen und damit billiger sind, sind die DRG, die schwerpunktmäßig bei ihnen behandelt werden, eigentlich zu hoch kalkuliert und sie haben einen Einnahmenvorteil.

und denselben Prozeduren. Dabei werden unter reinen Kostengesichtspunkten und statistischen Gesichtspunkten Gruppen (DRG) gebildet, die einen ähnlichen Aufwand haben – medizinisch müssen das nicht einheitliche Diagnosen und Prozeduren sein. Indem man die durchschnittlichen Kosten pro Fall einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten pro Fall aller DRG teilt, erhält man eine Maßzahl ohne Einheit, das Relativgewicht (RG). Zur Veranschaulichung ein Rechenbeispiel mit Näherungswerten: Wären die durchschnittlichen Kosten einer »komplizierten Blinddarmentfernung mit Bauchfellentzündung« 6.000 Euro pro Fall und die durchschnittlichen Kosten aller DRG 3.000 Euro pro Fall, dann hätte diese DRG ein Relativgewicht von $6.000/3.000 = 2$. Ein Krankenhaus bekommt für sie also doppelt so viel wie für einen Durchschnittsfall.

Dieses Verfahren wendet man auf jede einzelne Fallgruppe an und hat dann ein System von Relativgewichten. Diese Werte sind im sogenannten DRG-Katalog dargestellt und werden jedes Jahr neu aufgrund der Kostendaten der Kalkulations-Krankenhäuser errechnet.

Das System von Relativgewichten hat den Vorteil, dass Veränderungen bei den Kosten, die alle Patient*innen betreffen (z.B. allgemeine Preis- und Tarifsteigerungen, allgemeine Einsparungen beim Personal) zu keiner Veränderung der Relativgewichte führen. Auch wenn sich die Kosten einzelner DRG verändern (z.B. neue technische und medizinische Behandlungsmethoden), bleiben die Gesamtvergütungen der Krankenhäuser gleich. Sinken die Relativgewichte einzelner DRG, steigen gleichzeitig die Relativgewichte der nicht betroffenen DRG in demselben Maß an und umgekehrt. Dies gilt auf Bundesebene. Entspricht die Patientenzusammensetzung des einzelnen Krankenhauses nicht der Gesamtzusammensetzung aller Krankenhäuser, gibt es aber Gewinner und Verlierer.

Zählt man alle Relativgewichte aller Patient*innen eines Krankenhauses oder auf Landes-/Bundesebene zusammen, erhält man den sogenannten Casemix, also die Fallschwere aller behandelten Patient*innen. Dividiert man den erreichten Casemix eines Krankenhauses durch die Anzahl aller in diesem Jahr behandelten Patient*innen, erhält man den Casemix-Index (CMI).

► Was ist der Landesbasisfallwert?

Der Landesbasisfallwert ist ein Eurobetrag, der jährlich auf Länderebene zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausgesellschaften ausgehandelt wird. Der erste Landesbasisfallwert (2004) entstand aus den im Vorjahr an alle Krankenhäuser

eines Bundeslandes ausgezahlten Vergütungen, geteilt durch die Zahl der Patient*innen multipliziert mit ihrer Fallschwere (Casemix). Das war ein übler Geburtsfehler, weil die Unterfinanzierung der Jahre davor so eins zu eins ins DRG-System übergeleitet wurde und die DRG von vorneherein zu niedrig bewertet wurden.

Der Landesbasisfallwert wird in jährlichen Verhandlungen erhöht. Dabei sind politische Vorgaben aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten. Es müssen sowohl Kostensteigerungen als auch mögliche Einsparungen und die Entwicklung der Zahl der Patient*innen berücksichtigt werden. Die wichtigste Vorgabe ist, dass die Ausgaben der Krankenhäuser nicht stärker steigen dürfen als die Einnahmen der Krankenkassen (sogenannte Budgetdeckelung gemäß § 71 SGB V). Diese grundsätzliche Begrenzung ist zwar in den letzten Jahren etwas aufgeweicht worden – zum Beispiel können Tarifsteigerungen und allgemeine Preissteigerungen in den Krankenhäusern besser berücksichtigt werden. Dennoch bleibt es ein Fakt, dass die Entwicklung der Landesbasisfallwerte bei weitem nicht ausreicht, um die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu neutralisieren. Dies ist auch gewollt, denn über die politisch herbeigeführte Finanznot der Krankenhäuser soll eine »Marktbereinigung« (Schließung von Krankenhäusern und Betten) stattfinden.

Die Landesbasisfallwerte werden seit einigen Jahren zunehmend auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert hin entwickelt. Auf den ersten Blick könnte man meinen, dies sei sinnvoll, man muss aber bedenken, dass dies die unterschiedlichen Kostenentwicklungen in den einzelnen Bundesländern (zum Beispiel Baden-Württemberg als Hochlohnland) immer schlechter berücksichtigt werden und es damit zu einer Gewinner-/Verliererproblematik kommt.

Multipliziert man den Landesbasisfallwert (2019 zwischen 3.528 Euro und 3.684 Euro) mit dem Relativgewicht, erhält man die Vergütung (Fallpauschale), die das Krankenhaus für eine bestimmte DRG erhält. Multipliziert man ihn mit dem Casemix eines Krankenhauses, also der Summe aller Relativgewichte, erhält man die Gesamtvergütung des Krankenhauses.

► Abzüge, degressive DRG, Fixkostendegressionsabschlag

Als weitere »Folterinstrumente«, um den Kostendruck zu erhöhen, kommen die diversen Abschläge, die die Krankenkassen einfordern können, hinzu. Da gibt es Abschläge für die Behandlung von mehr Patient*innen als mit den Kassen vereinbart. Da gibt es degressive DRG, deren Wert mit der Zahl der Behandlungen sinkt, und da gibt es den sogenannten Fixkostendegressionsabschlag. Schon die Bezeich-

nung ist verräterisch. Fixkostendegression nennt man in der Industrie den Fakt, dass bei der Produktion von großen Mengen die Kosten für z.B. Personal, Produktionsmaschinen und Fließbänder nicht linear mit der Produktionsmenge ansteigen, sondern bis zu einer bestimmten Schwelle gleichbleiben. Diese rein betriebswirtschaftliche Betrachtung wird auf Patient*innen und Beschäftigte übertragen (der Patient als Werkstück, die Pflegekraft als Produktionsfaktor) und den Kassen erlaubt, bei steigender Produktionsmenge (mehr als im letzten Jahr – auch wenn diese Steigerung von den Kassen akzeptiert wird) einen Abzug beim Preis von 35% über drei Jahre zu machen.

Auch das zeigt die Unzulänglichkeit jeglicher finanziellen Steuerung. Eingeführt wurden die Abschläge, um der Mengenentwicklung (Krankenhäuser behandeln immer mehr Patient*innen, um höhere Erträge zu haben) entgegenzuwirken. Das Problem ist nur, dass mit diesen Instrumenten diejenigen, die mehr Patient*innen behandeln, weil einfach mehr kommen, genauso bestraft werden wie diejenigen, deren Geschäftspolitik Mengenvermehrung ist. Die eigentliche Ursache der Mengenvermehrung, das Preissystem der DRG, bleibt dabei unangetastet. Da die Kassen in den Budgetverhandlungen diese Abschläge einfordern können, aber nicht müssen (oder mit anderen strittigen Beträgen verrechnen können), besteht damit auch die Möglichkeit bis zu einem gewissen Grad zu steuern, welche Krankenhäuser Defizite machen (und evtl. damit in ihrer Existenz gefährdet werden) und welche gut dastehen.

► Fazit

Die DRG sind ein Festpreissystem (inzwischen mit diversen Möglichkeiten, die Preise über Abschläge zu drücken), und zwar mit Preisen, die nach gesetzlichen Vorgaben ausgehandelt werden. Es sind keine Durchschnittspreise. Bei einem solchen System würden sich Kostensenkungen/Kostensteigerungen *automatisch* auf die Vergütung auswirken. Wenn zum Beispiel alle Krankenhäuser sparen, würden ihre Einnahmen in einem Durchschnittspreissystem automatisch immer weiter absinken (Kellertreppeneffekt). Sie sind auch kein Marktpreissystem, in dem Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen, obwohl es erhebliche Bemühungen von neoliberalen Wissenschaftler*innen und auch den Krankenkassen gibt, eine solche Entwicklung in die Wege zu leiten (Kapitel I.6). Aber auch ein Festpreissystem hat üble Folgen für die Patient*innen und die Beschäftigten (Kapitel I.8 und I.9) und es ist immer die Eintrittspforte für eine noch weitere Vermarktwirtschaftlichung des Gesundheitswesens.

Finanzielle Steuerung/Marktsteuerung

Bereits 1990 sprach sich der neoliberale Thinktank des Gesundheitsministeriums, der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (heute »Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«) in seinem Jahresgutachten für die Einführung eines Preissystems aus: »Bei einem Preissystem werden für bestimmte Leistungen im Voraus vereinbarte Entgelte oder Preise gezahlt. Die Differenz zwischen den Kosten der Leistungserstellung und der Vergütung verbleibt im Krankenhaus als Gewinn oder als Verlust. Bei einem für alle Anbieter einheitlichen Preis entstehen Gewinne, die für diejenigen Anbieter am größten sind, der die Leistungen am wirtschaftlichsten erbringt.« (S. 146)

► »Preissteuerung« / »Marktsteuerung« / »finanzielle Steuerung«
sind Synonyme für die zunehmende Ökonomisierung und
Kommerzialisierung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge.

Die neoliberale Wirtschafts- und Gesellschaftstheorie bekennt sich offen zu dieser Entwicklung. Die meisten Menschen in dieser Gesellschaft haben aber weiterhin Probleme mit der »Gesundheit als Ware«. Sie wollen die Einrichtungen der Daseinsvorsorge und die erkämpften Solidarsysteme erhalten. Ihnen wird eingeredet, dass mehr Markt und Wettbewerb gerade deshalb notwendig seien, um die Solidarsysteme zukunftsfähig zu machen und um sie langfristig zu sichern. Sicherung der Solidarität durch mehr Konkurrenz? Das geht schon logisch nicht zusammen. Es lässt sich aber auch sachlich (und praktisch) nachweisen, dass Markt und Wettbewerb die Sargnägel unserer Solidarsysteme sind.

Ökonomisierung ist »die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren« (Wikipedia).

Ökonomisierung ist etwas anderes als Wirtschaftlichkeit. Wirtschaftlichkeit ist gut vereinbar mit dem Patientenwohl und mit Solidarsystemen. Wirtschaftlichkeit verstanden als:

- Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
- Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
- sparsame Mittelverwendung (keine Verschwendung)

► **Drei Charakteristika von Solidarsystemen**

Einrichtungen der Daseinsvorsorge (z.B. die Gesundheitsversorgung) sind wichtige Bestandteile der Solidarsysteme. Diese haben drei markante Charakteristika:

- Jeder bekommt nach seinem Bedarf, auch wenn er nicht über die notwendigen Geldmittel verfügt.
- Jeder gibt (zahlt ein) nach seinen finanziellen Ressourcen, auch wenn er dafür keine Gegenleistung bekommt.
- Solidarsysteme dienen besonders dem Schutz der sozial und ökonomisch Benachteiligten und bauen auf Inklusion (Einschluss), nicht auf Exklusion (Ausgrenzung).

Wenn diese Charakteristika Solidarsysteme auszeichnen, wäre vordringlichste Aufgabe jeder Politik, den jeweiligen Bedarf zu erfassen, die zu erbringenden Leistungen an diesen Bedarf anzupassen und dafür zu sorgen, dass alle entsprechend ihrem Bedarf die notwendigen Leistungen erhalten und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit an der Finanzierung der bedarfsgerecht erbrachten Leistungen beteiligt werden.

In der politischen Diskussion wird jedoch unisono von Arbeitgeber*innen, Regierung und allen anderen neoliberalen Gralshütern des Wettbewerbs behauptet, dass dies am besten durch die »unsichtbare Hand des Marktes« gewährleistet werde. Wettbewerbs- und Marktorientierung sollen quasi automatisch dazu führen, dass sowohl die Leistungen als auch die Gelder bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden (hohe Nachfrage – hohes Angebot; niedrige Preise durch Konkurrenz um Kunden usw.).

► **Marktmechanismen sind ungeeignet zur Steuerung von Solidarsystemen**

Betrachtet man die bisherigen Erfahrungen mit einer Wettbewerbsordnung für Solidarsysteme, sind zumindest Zweifel angebracht, ob der Markt es wirklich »richten«

wird. Gegen Markt und Wettbewerb als Steuerungsinstrumente sprechen zumindest folgende grundsätzliche Überlegungen:

- Marktsteuerung richtet sich primär nicht am Bedarf, sondern an der zahlungsfähigen Nachfrage aus.
- Eine Übereinstimmung zwischen Bedarf und zahlungsfähiger Nachfrage gibt es, wenn überhaupt, nur zufällig.
- Im Normalfall klaffen der Bedarf und die zahlungsfähige Nachfrage zumindest in Bezug auf Gesundheit und Sozialleistungen deutlich auseinander.
- Markt bedeutet auch einen ständigen Zwang zum Wachstum, um aus dem kapitalistischen Wettbewerb als Gewinner hervorzugehen, obwohl das für die Daseinsvorsorge weder notwendig noch sinnvoll ist.
- Marktsteuerung ist das Gegenteil von demokratischer Planung und Organisation, die eigentlich für Einrichtungen der Daseinsvorsorge zwingend notwendig ist.

Marktsteuerung führt in der Konsequenz also im einen Fall zu einer deutlichen Unterversorgung in all den Bereichen und für all die Menschen, die nicht die notwendigen finanziellen Mittel, aber einen hohen Bedarf an Gesundheitsversorgung haben – also zur Patient*innenselektion, zu Exklusion. Hier wirkt das doppelte Paradox, dass diejenigen, die sozial schlechter gestellt sind, also weniger Geld haben, um sich Gesundheit kaufen zu können, eigentlich in wesentlich höherem Maß Gesundheitsleistungen benötigen, weil sie kränker sind als die Reichen. Alle wesentlichen Volkskrankheiten treten sozial ungleich verteilt auf. Menschen, die sozial schlechter gestellt, schlechter ausgebildet, ärmer sind und schlechtere Arbeitsbedingungen haben, sind deutlich kränker und sterben früher als Bessergestellte.

Auf der anderen Seite führt Marktsteuerung zu Überversorgung und Verschwendung überall, wo Geld zu machen ist und wo eine zahlungsfähige Nachfrage besteht. Dies gilt auch in all den Fällen, in denen schon im jetzigen System finanzielle Steuerungsmittel eingesetzt werden und deswegen mit der Behandlung von Patient*innen (ob nötig oder unnötig) Geld verdient werden kann. Dies trifft in Krankenhäusern etwa bei der Abrechnung von Kniegelenksoperationen, Kaiserschnitten oder Herzkathetern zu, weil diese äußerst lukrativ sind – allerdings ist Überversorgung für die betroffenen Patient*innen kein Luxus, sondern Körperverletzung und damit ein Gesundheitsrisiko.

Dies trifft aber auch für die Einzelleistungsvergütung bei den niedergelassenen Ärzt*innen zu, bei der es sich lohnt, dem einzelnen Patienten möglichst viele Leis-

tungen angedeihen zu lassen.¹³ Dies ist besonders ausgeprägt bei den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).¹⁴

Verschwendung ist aber auch der aberwitzige Aufwand, der inzwischen getrieben werden muss, um die Preise für die jeweilige Behandlung zu ermitteln, zu begründen, zu überwachen, in Rechnung zu stellen, von Seiten der Krankenkassen nochmal zu überprüfen, Einsprüche der Kassen zurückzuweisen usw. Einerseits nimmt die Arbeitsbelastung der Ärzt*innen und Pflegekräfte durch Dokumentation und Verwaltungsaufgaben massiv zu und sie haben noch weniger Zeit für die Patient*innen, andererseits müssen Legionen von Medizinischen Dokumentationsassistenten, Medizincontroller*innen, normalen Controller*innen, ein Medizinischer Dienst der Krankenkassen, ein ganzes Bundesinstitut zur Berechnung der Preise finanziert werden – menschliche Ressourcen und Gelder, die alle von der Patientenversorgung abgehen, ohne im Ergebnis die Versorgung bedarfsgerecht zu steuern oder zu verbessern.

► **Unterversorgung und Verschwendung – notwendige Konsequenz von Markt und Wettbewerb**

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat diese Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2000 mit den Begriffen Über-, Unter- und Fehlversorgung charakterisiert. Er hat dies jedoch nicht auf das bereits vorhandene Wirken von Wettbewerbsmechanismen zurückgeführt, sondern als Begründung dafür benutzt, noch mehr Wettbewerbsmechanismen zur Heilung dieser Fehlentwicklungen zu fordern.

Ein solches Vorgehen bedeutet aber, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben: Markt und Wettbewerb führen nicht zu einer Reduzierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, sondern zu einer Verschärfung dieser Problematik. Marktsteuerung verursacht also eine massive Fehlallokation von Leistungen und Geldmitteln und sie verursacht in der Konsequenz auch eine Ausgrenzung all derer, die die Solidarsysteme besonders nötig haben.

13 Die Möglichkeiten »in die Menge zu gehen«, um über die Einzelleistungsvergütung sein Einkommen zu steigern, wurden im niedergelassenen Bereich für »Kassenpatient*innen« zunehmend über Budgets und Abzüge bei Überschreitung des Budgets eingeschränkt. Dennoch bleibt der ökonomische Anreiz bestehen, zumindest bei »Privatpatient*innen« bzw. bis zur Budgetgrenze – oberhalb der Grenze wird dann gespart und ggf. unterversorgt.

14 »Individuelle Gesundheitsleistungen« (»IGeL«) sind Leistungen, die die gesetzlichen Kassen nicht bezahlen, die aber von einem geschäftstüchtigen Arzt allen Patient*innen aufgeschwatzt und dann natürlich auch bei ihnen abgerechnet werden können.

Die Notwendigkeit für einen Übergang zu Marktsystemen wird meist auch damit begründet, dass jede Art von (»sozialistischer«) Planwirtschaft und Bürokratie verhindert bzw. abgebaut werden müsse, um die Solidarsysteme flexibler zu machen. Der Vorstellung, dass Deregulierung, Abbau von (Bedarfs-)Planung und von gesetzlichen Regelungen zu einer Verbesserung für diejenigen führen würde, für die Solidarsysteme vorrangig geschaffen wurden, hat bereits Jean Jaques Rousseau das Notwendige entgegengesetzt: *»Zwischen dem Starken und dem Schwachen ist es das Gesetz, das befreit, und die Freiheit, die unterdrückt«.*

► Hindernisse auf dem Weg zum boomenden Gesundheitsmarkt

Allenthalben wird seit Jahren konstatiert, dass das Gesundheitssystem eigentlich ein boomender Wirtschaftssektor sein könnte, der zwingend von Verkrustungen und bürokratischen Regelungen befreit werden müsse, um seine vollen Potenzen – und damit auch seine Möglichkeit, Arbeitsplätze und Wirtschaftswachstum zu schaffen – entfalten zu können.

Zunächst muss hierzu festgestellt werden, dass es gesellschaftlich gesehen eigentlich überhaupt nicht wünschenswert ist, dass der Gesundheitssektor sich zunehmend ausdehnt und schwunghaft wächst, weil das – die Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsleistungen einmal unterstellt – ja nur bedeuten kann, dass mehr Menschen kränker werden.

Vermutlich ist die Vorstellung vom boomenden Wirtschaftssektor aber nur ein heimliches Eingeständnis, dass der tatsächliche Bedarf bzw. die Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsleistungen in den Vorstellungen der Neoliberalen bezüglich eines »modernen« Gesundheitswesens keine wesentliche Rolle mehr spielen.

Ganz abgesehen aber vom gesellschaftlichen Widersinn gibt es ein erhebliches Hindernis, das diesen Blühträumen vom boomenden Wirtschaftssektor entgegensteht: die paritätische Finanzierung, also die ursprünglich hälftige Finanzierung der Gesundheitskosten durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Die Masse der Arbeitgeber*innen hat definitiv kein Interesse daran, dass ein kleiner Teil von ihnen (nämlich diejenigen im Gesundheitssektor) auf Kosten aller Profit macht. Solange die paritätische Finanzierung besteht, gibt es zumindest ein gewisses Interesse der Arbeitgeberseite an Reduzierung und Beschränkung der Kosten für Gesundheitsversorgung, weil diese sich auf ihre Lohnkosten auswirken.

Insofern ist es logisch, dass die Forderungen zur Aufhebung bzw. Einschränkung der Parität parallel zu den Forderungen der wettbewerblichen Umorientierung der

Gesundheitsversorgung erhoben werden. Diese Forderungen werden in unterschiedlicher Form (Ausgliederungen bestimmter Gesundheitsleistungen aus dem, was die Krankenkassen zahlen müssen – mit Zwang zur individuellen Absicherung, Einfrieren des Arbeitgeber-Anteils, volle Übernahme der Gesundheitskosten durch die Versicherten, evtl. mit Auszahlung des jetzigen AG-Anteils als Lohn, Steuerfinanzierung, Selbstbehalte, Zuzahlungen) vorgetragen, haben aber letztlich alle den gleichen Kern: die Parität wird immer mehr eingeschränkt und die Arbeitnehmer*innen zahlen immer mehr selbst.

Erst wenn die wesentlichen Kostenanteile der Gesundheitsversorgung durch die Arbeitnehmer*innen und die Patient*innen selbst bezahlt werden, lassen sich ungehemmt Marktmechanismen und Geldmacherei in diesem Bereich entfalten.

► **Ökonomische Gesetzmäßigkeiten – gegen Patient*innen und Beschäftigte**

Zunächst ist festzuhalten, dass Geldsteuerung blind gegenüber der Qualität ist. Reduziert man die zur Verfügung gestellten Gelder und verteilt sie nach marktwirtschaftlichen Kriterien, wirkt sich das gleich auf notwendige wie auf überflüssige Leistungen aus. Noch schlimmer: Überflüssige Leistungen lassen sich in der Regel billiger erbringen als notwendige, weil die Komplikationsrate geringer ist. Unter- und Überversorgung bleiben also bestehen bzw. werden verschärft.

Wenn ein Krankenhaus für die Behandlung einer bestimmten Krankheit eine bestimmte Summe Geld bekommt, ist es ökonomisch rational

- die Behandlungskosten des jeweiligen Falles möglichst zu minimieren. Dazu gehört auch eine möglichst starke Absenkung der Verweildauer (ein klarer ökonomischer Anreiz zur Unterversorgung und zur Arbeitsüberlastung). Dann ist der Gewinn am höchsten;
- in all den Fällen, in denen ein Gewinn zu erwarten ist, möglichst viele Behandlungen durchzuführen (also Überversorgung und Verschwendung zu betreiben und so wieder Arbeitsüberlastung zu forcieren);
- die Patient*innen zu selektieren, bei denen anzunehmen ist, dass man keinen Gewinn macht, bzw. um die zu werben, bei denen Gewinn möglich ist (Selektion bzw. Rosinenpicken);
- da die Vergütungshöhe der DRG zunehmend durch die bessere Vergütung von Einzelleistungen geprägt ist, lohnt es sich auch, immer mehr (und mehr als notwendig) Prozeduren am einzelnen Patienten durchzuführen.

Dabei ist nicht unterstellt, dass jeder, der im Krankenhaus an verantwortlicher Stelle arbeitet, bewusst so handelt – das erledigt schon die Schere im Kopf, angetrieben durch den dauernden ökonomischen Druck. Letztlich setzen sich ökonomische Zwangsgesetze unabhängig vom Willen der Beteiligten durch.

Die Folgen treffen Patient*innen und Beschäftigte:

- schlechtere Versorgung auf der einen Seite und Arbeitshetze und Lohndumping auf der anderen;
- unnötige Behandlungen und ständige Mengensteigerungen bedeuten unnötiges Leid für die Patient*innen und wieder Überlastung und Demotivation für die Beschäftigten.
- Die Selektion diskriminiert alle Patient*innen, die betriebswirtschaftlich unattraktive Erkrankungen haben oder deren Behandlung aufgrund vieler komplikationsträchtiger Zusatzerkrankungen keinen ausreichenden Gewinn abwirft. Für die Beschäftigten, die mit einem ganz anderen Anspruch ihren Beruf gewählt haben, ist dies schier unerträglich. (Kapitel I.8 und I.9)

Die Fallpauschalen (DRG) als zentrales Instrument zur Einführung von mehr Markt im Krankenhaus haben weitere gravierende Folgen. Sie fördern die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und um »Kunden« und sie führen zu einem Verdrängungs- und Dumpingwettbewerb bis hin zur Schließung von Häusern. Wir erleben dieses Rattenrennen seit Jahren.

► Finanzielle Steuerung – Innenwirkung

Die Übertragung marktwirtschaftlicher Mechanismen auf das Gesundheitswesen hat aber nicht nur Auswirkungen auf die Leistungserbringung, sondern auch auf das Verhältnis der Beschäftigten untereinander. Sie werden zunehmend in Konkurrenz zueinander gesetzt und sollen dazu beitragen, sich selbst zu rationalisieren und sich gegenseitig ihre Arbeitsplätze streitig zu machen.

Durch die Tatsache, dass jede Abteilung und jeder Bereich budgetiert wird und alle Kosten gegeneinander verrechnet werden (Profitcenter), entsteht ein Mechanismus der Konkurrenz. Beschäftigte sollen nicht mehr solidarisch handeln, sich nicht als Kollegen, sondern als gegenseitige Kunden sehen. Jede Leistung wird dem anderen in Rechnung gestellt. Unterstützung oder Hilfe ist nicht mehr angesagt, außer man kann sie in Minuten abrechnen. Auch hier wird versucht, menschliche Beziehungen in Warenbeziehungen umzuwandeln.

Über die systematische Verknappung der Mittel soll ein Anreiz entstehen, sich selbst und andere zu rationalisieren. Hierzu ein reales Beispiel: In einem »Qualitätszirkel«, dem in solchen Fällen die Aufgabe zufällt, die vom Management gesetzten und angeblich unveränderbaren Rahmenbedingungen mit und gegenüber den Beschäftigten umzusetzen, schlagen die Ärzte vor, eine der Pflegekräfte, die Instrumente anreicht, einzusparen. Die Pflegekräfte revanchieren sich damit, dass man auf den dritten Arzt verzichten könne und die restlichen Ärzte die Haken, mit denen die Wunde aufgehoben wird, in ihre Gürtel einhängen. Die Manager lauschen gebannt und setzen am Schluss womöglich beide Vorschläge um. Ein perfides System, dass nur zu durchbrechen ist, wenn man sich nicht auf diese Profitlogik einlässt, und solidarisch gegen die vom Management gesetzten Rahmenbedingungen vorgeht.

Über die Zuordnung aller Kosten zu bestimmten Beschäftigtengruppen (Kostenstellen) wird es auch möglich, sogenannte Kennzahlenvergleiche (Benchmarking) durchzuführen. Solche Vergleiche beziehen sich z.B. auf den Medikamentenverbrauch pro Station, die Arztkosten pro Fall, Putzkosten pro Quadratmeter usw. Dies geschieht sowohl innerhalb eines Betriebes als auch bundesweit zwischen den Krankenhäusern. Es werden sich logischerweise Kostenunterschiede feststellen lassen, die aber nichts darüber aussagen, ob im einen Fall verschwendet oder im anderen Fall zu wenig getan wird, oder beides, oder ob die Bedingungen überhaupt vergleichbar sind. Das interessiert das Management aber gar nicht. Worauf es ihnen ankommt, ist, die Differenz zu nutzen, um die Spirale nach unten in Gang zu setzen.

Wenn die Beschäftigten innerhalb dieses Systems verhindern wollen, dass ihre Tätigkeit anderweitig vergeben wird, entsteht der perverse Druck, in Konkurrenz zu anderen Arbeitnehmer*innen die billigere Leistung zu erbringen. Da aber auch diese neuen »Preise« wieder verglichen werden, schadet man nicht nur sich selbst, sondern auch den anderen, die jetzt noch mehr unter Druck geraten usw. usf. Auch diese Spirale hat kein Ende, wenn wir ihr keins setzen.

► Fazit

Solidarsysteme – ähnlich wie andere soziale Systeme (persönliche Beziehungen, Freundschaft, Liebe usw.) – eignen sich nicht für eine Geld- oder Wettbewerbssteuerung. Im Gegenteil: Werden Elemente einer solchen finanziellen Steuerung in diese Systeme eingebaut, geht die Solidarität zu Grunde, die Sozialsysteme werden quasi feindlich übernommen und degenerieren ebenfalls zu einem Marktsystem mit den entsprechenden Konsequenzen.

Mythen über die Selbstkostendeckung

Krankenhäuser sind bedarfsnotwendige Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Für Einrichtungen der Daseinsvorsorge ist die adäquate Finanzierungsform der Ersatz der notwendigen Kosten (Selbstkostendeckung). So ist es in Schulen, bei Museen, bei der Feuerwehr usw. – warum soll das in den Krankenhäusern nicht so sein?

Das Selbstkostendeckungsprinzip war die von 1973 bis 1985 geltende Form der Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen. Marktorientierte Ökonom*innen und Politiker*innen behaupten, dass diese Finanzierungsform unwirtschaftlich und intransparent sei. Sie führe zu einer Kostenexplosion und zur Selbstbedienungsmentalität bei den Krankenhäusern bzw. den Leistungserbringern und bedeute für die Patient*innen Freiheitsberaubung (längere Liegezeiten). Das sind Mythen.

► Kostenexplosion

Die angebliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen war *das* Totschlagargument für die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips. Viele glaubten daran und daran, dass »wir uns« das alles nicht mehr leisten könnten. Und auch heute noch wird dieses Argument immer wieder in der politischen Diskussion bei passender Gelegenheit verwendet. Das Problem ist nur: Es gab diese Kostenexplosion nie. Problematisch war die Einnahmenentwicklung der Kassen aufgrund steigender Arbeitslosigkeit und nur gering steigender Löhne. Die Lohnquote (also der Anteil der Löhne am gesamten Volkseinkommen sank auf unter 68% ab. Deshalb stiegen zwar die Beitragssätze, aber nicht die GKV-Ausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt. Sie lagen während der 80er und 90er Jahre des letzten Jahrhunderts relativ konstant bei 6,5%. Die beiden nachfolgenden Grafiken belegen die tatsächlichen Zusammenhänge eindrucklich.

→ siehe Abb. 1, 2

Der Anstieg der Beitragssätze war natürlich den Arbeitgeber*innen ein Dorn im Auge, weil so die so genannten Lohnnebenkosten stiegen und die internationale

Abb. 1: Beitragssatzentwicklung in der GVK und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP 1980 -2011

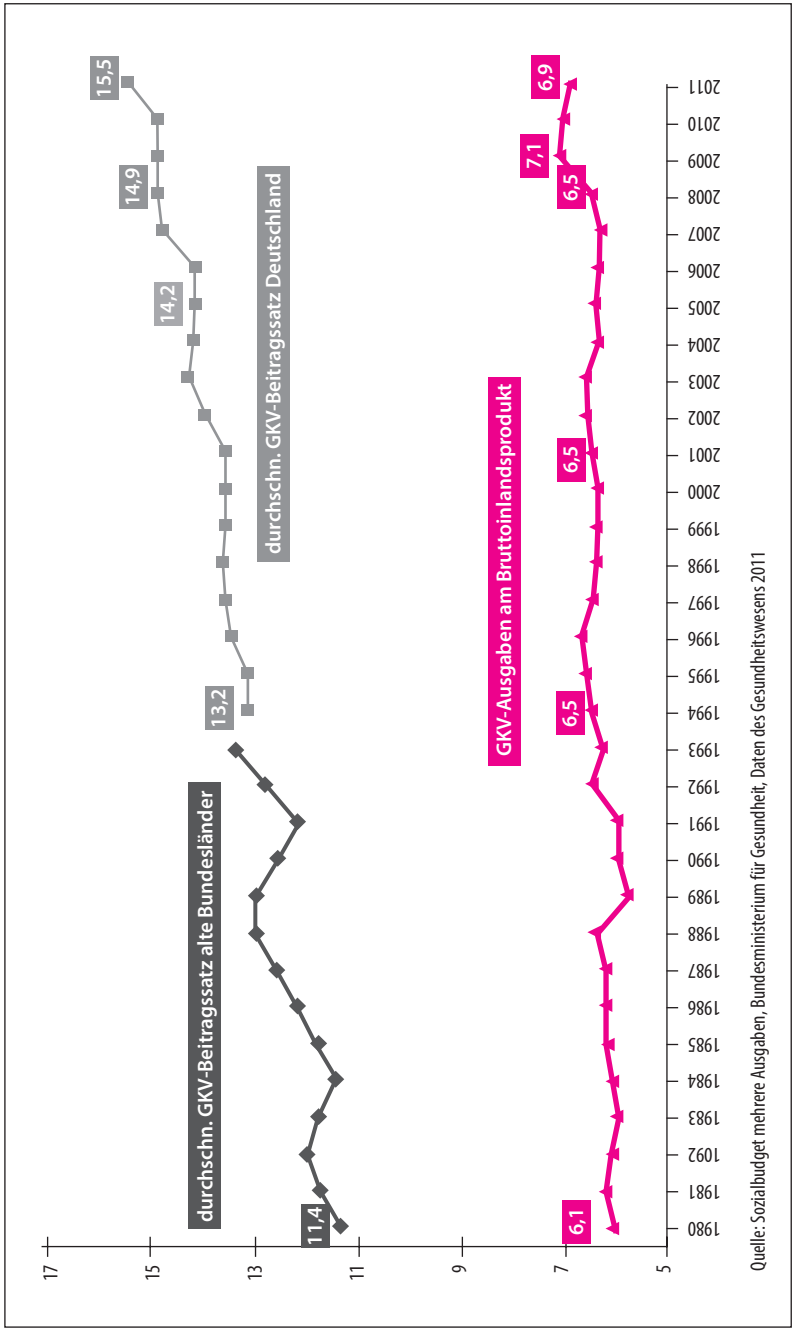
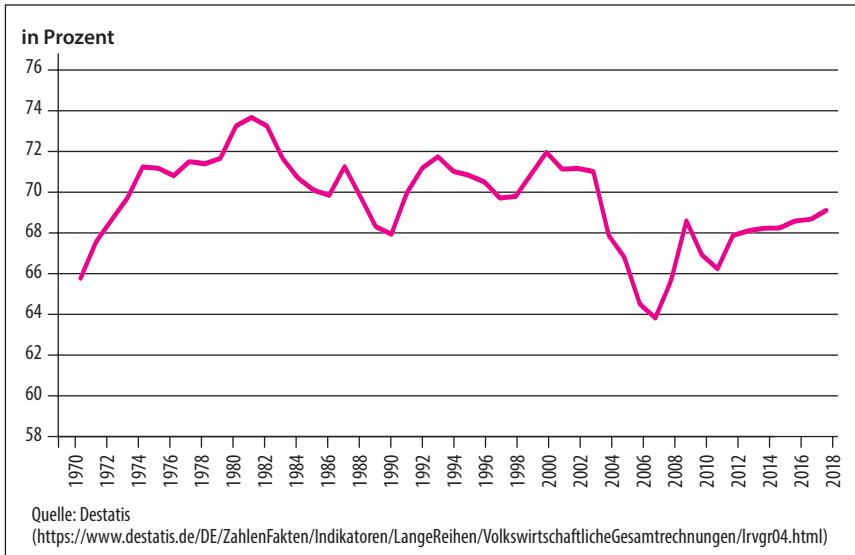


Abb. 2: Lohnquote 1970 – 2018 (in % des Volkseinkommens)

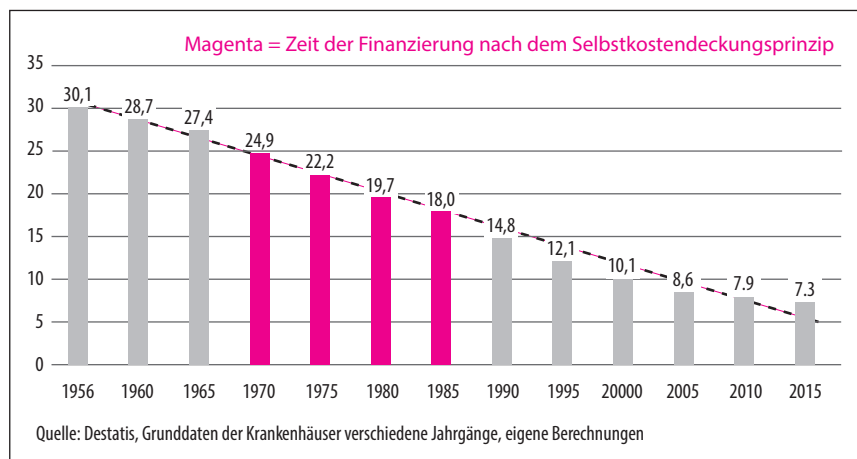


Wettbewerbsfähigkeit gelitten habe. Deshalb drangen sie auf eine Absenkung dieser Kosten, was in ihrer Ideologie nur der Markt leisten konnte. Weit gefehlt, wie man weiter unten sieht.

► Freiheitsberaubung

Die Selbstkostendeckung war verbunden mit dem Verbot, Gewinne zu machen. Hatte ein Krankenhaus Überschüsse, wurden sie im nächsten Jahr abgezogen, hatte es Verluste, wurde nachfinanziert. Während des Jahres wurden die Gelder in Form von so genannten tagesgleichen Pflegesätzen für jeden Patienten abgerechnet. Nach Ablauf des Jahres mussten die Krankenhäuser ihre Kosten den Kassen offenlegen. Diese mussten sie vollständig übernehmen, soweit sie wirtschaftlich nachvollziehbar waren. Die Tagespflegesätze waren also nur eine Abschlagszahlung auf die tatsächlichen Kosten. Eine Erhöhung der Liegezeiten, um mehr Tagessätze einzunehmen, hatte also finanziell keinen Sinn. Die Übervergütung hätte im nächsten Jahr zurückgezahlt werden müssen, indem der tagesgleiche Pflegesatz um den überbezahlten Anteil abgesenkt worden wäre.

Abb. 3: Verweildauer-Entwicklung in 5-Jahres-Schritten, alle KHs



Es gab allerdings andere Gründe für das Phänomen, dass damals Patient*innen tatsächlich noch über das Wochenende im Krankenhaus behalten wurden (oder bleiben durften), wie zum Beispiel die Konkurrenz von Chefärzten um die Bettenzahlen ihrer Abteilungen. Dafür war die Summe an Belegungstagen über das Jahr hinweg wichtig. Die »Vollbelegung« spielte auch eine Rolle für die im Krankenhausplan der Länder ausgewiesene Bettenzahl eines Krankenhauses, von der auch die Höhe der pauschalen Zuweisungen von Investitionsmitteln abhing.

Auch tatsächlich widerspricht die Behauptung, Fallpauschalen hätten eingeführt werden müssen, um die Liegezeiten zu reduzieren, eklatant den realen Entwicklungen. So ist die Liegezeit in allen Krankenhäusern in den Jahren 1970 bis 1985 um fast 30% gesunken und hat sich nicht anders verhalten als in den Jahren davor und danach.

Offensichtlich spielen bei der Liegezeit andere Faktoren (neue wissenschaftliche Erkenntnisse, neue Entwicklungen in der medizinischen Versorgung) eine wichtige Rolle. Jedenfalls ist der Vorwurf der Freiheitsberaubung aufgrund der Selbstkostendeckung an den Haaren herbeigezogen. → siehe Abb. 3

► Der Markt macht es teurer

Das Selbstkostendeckungsprinzip ist noch lange kein Freifahrtschein für Verschwendung. Die Kassen haben ein Kontrollrecht und müssen unwirtschaftlich entstandene (und medizinisch nicht notwendige) Kosten auch nicht übernehmen. Auch zu Zei-

ten des Selbstkostendeckungsprinzips haben die Kassen diese Kontrollfunktion genutzt und Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlasst.

Sicher gab es auch damals berechnete (aber ignorierte) Kritik an den Behandlungsprozessen und den Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern (z.B. die ausgeprägte Hierarchie oder der »Halbgott in Weiß«). Diese waren aber nicht Folge systematischer ökonomischer Fehlanreize.

Die Fakten sprechen für die Selbstkostendeckung und gegen eine finanzielle Steuerung über Preise: Und auch die Gesamtausgaben für Krankenhäuser sind – entgegen der erklärten politischen Absicht bei Einführung der DRG – steiler gestiegen als vor den DRG. Das Projekt DRG muss in dieser Hinsicht als gescheitert betrachtet werden. Allerdings nur, wenn dies auch die tatsächliche Zwecksetzung war.

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt auf Steuerung durch Preise und Mengen. Folgerichtig stiegen die Fallzahlen nach der Einführung von 2005 bis 2017 um 15%. Sie stiegen auch bei den Fächern, die zunehmend in die ambulante Versorgung gingen, wie die Augenheilkunde, der HNO-Bereich, die Dermatologie. Wenn jedes Krankenhaus versucht, seine Einnahmen zu maximieren und dementsprechend auch aufrüstet, muss auch das Gesamtsystem teurer werden.

Gleichzeitig stiegen auch die Landesbasisfallwerte, also der landesspezifische Eurobetrag, mit dem die Fallwerte der einzelnen DRG in einen Preis umgerechnet werden, um ca. 24% (am Beispiel Baden-Württembergs).

Die Ausgaben der GKV lagen vor Einführung der DRG gleichbleibend bei ca. 2,2% des BIPs. Weder war vor der Einführung des DRG-Systems ein Anstieg des BIP-Anteils zu verzeichnen, noch nach seiner Einführung ein Absinken. Lediglich von 2008 auf 2009 erhöhte sich der BIP-Anteil infolge des Wirtschaftseinbruchs in der Weltwirtschaftskrise: Das BIP verringerte sich im Jahr 2009 im Vergleich zu 2008 um 84,3 Mrd. Euro, gleichzeitig stiegen die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung um 3,3 Mrd. Euro. Ab 2009 verlief die Ausgabenentwicklung wieder parallel zur Entwicklung des BIP. In absoluten Zahlen (Euro-Beträgen) ausgedrückt, führte die Einführung der DRG nicht zu einer Verlangsamung, sondern zu einer Beschleunigung des Kostenanstiegs für Krankenhausbehandlungen.

Insgesamt stiegen die Kosten der allgemeinen Krankenhäuser von 2005 bis 2017 um 60%. Damit fiel der Anstieg deutlich steiler aus als vor der DRG-Einführung, obwohl auch in den Jahren zuvor schon etliche Elemente von Marktsteuerung aktiv waren. (siehe Grafiken unten)

Selbst wenn man zugesteht, dass ein Teil der Fallschwere- und Fallzahlsteigerungen demografisch bedingt ist und die Erhöhungen des Landesbasisfallwertes ange-

Abb. 4: Bereinigte Kosten Allg. Krankenhäuser in tausend Euro

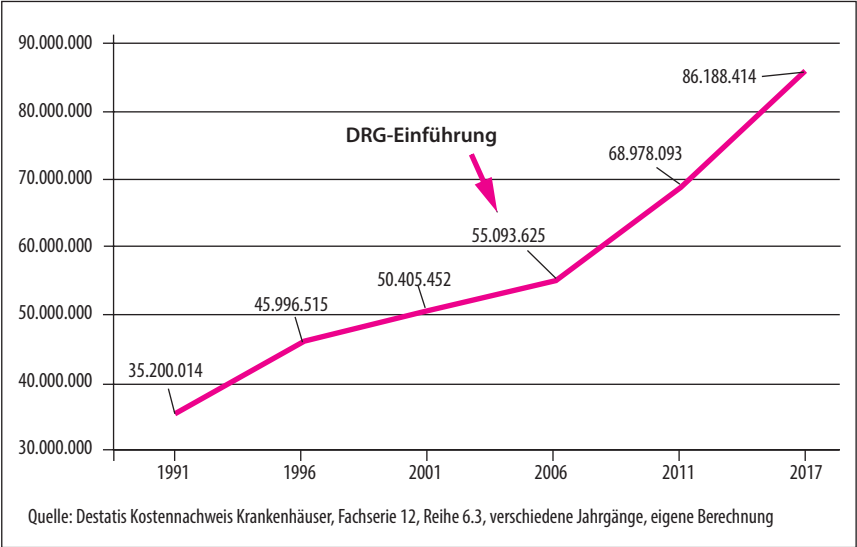
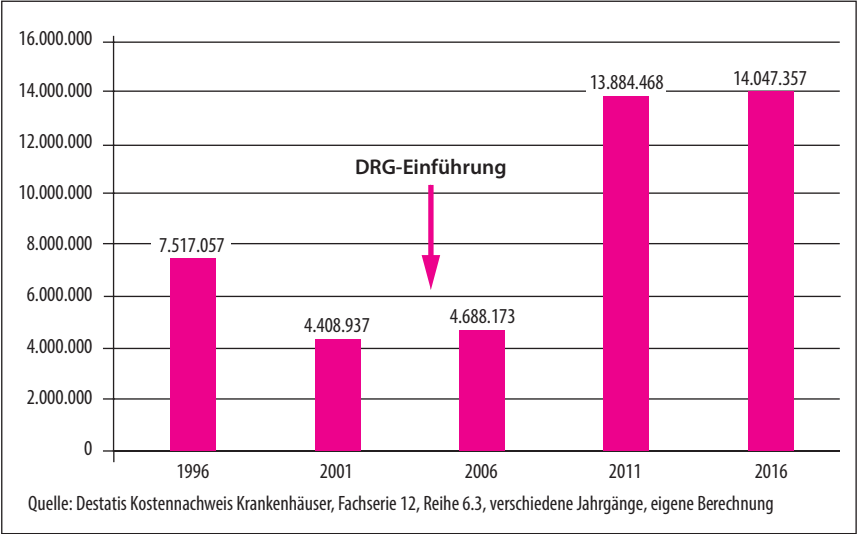


Abb. 5: Kostensteigerungen Allg. Krankenhäuser in tausend Euro



sichts der Lohn- und Preissteigerungen eher niedrig ausgefallen sind, bleibt als Resultat: Anstatt das Krankenhausssystem volkswirtschaftlich günstiger zu machen, sind die Kosten weiter und sogar stärker gestiegen. → siehe Abb. 4, 5

► Fazit

Die Abschaffung des sozialstaatlichen Selbstkostendeckungsprinzips war Voraussetzung dafür, den Krankenhaussektor zu ökonomisieren und zu einem lukrativen Geschäftsfeld für private Investoren zu machen. Die – damals bis in Gewerkschaftskreise hinein – gelungene Dämonisierung dieses Prinzips war die ideologische Voraussetzung für die Abschaffung. Es wurde ein »Sachzwang« behauptet, der angeblich »alternativlos« war.

Hiergegen muss festgehalten werden: Eine transparente Selbstkostendeckung ist das adäquate Finanzierungsprinzip für die Daseinsvorsorge. Eine sinnvolle Grundlage dafür sind eine – demokratisch kontrollierte – Bedarfsplanung und selbstverständlich effektive Kontrollmechanismen, die vor Verschwendung und Missbrauch von öffentlichen bzw. Versicherungsgeldern schützen.

Investitionskosten und Bedarfsplanung

► Anspruch: Investitionspflicht der Bundesländer

Die Krankenhäuser in Deutschland werden »dual« (zweigeteilt) finanziert. Die laufenden Kosten werden durch die Krankenkassen mittels DRG-System (schlecht genug) abgedeckt. Für die Investitionskosten (auch Fördermittel genannt) aufzukommen, sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet.

► Realität: riesige Unterfinanzierung

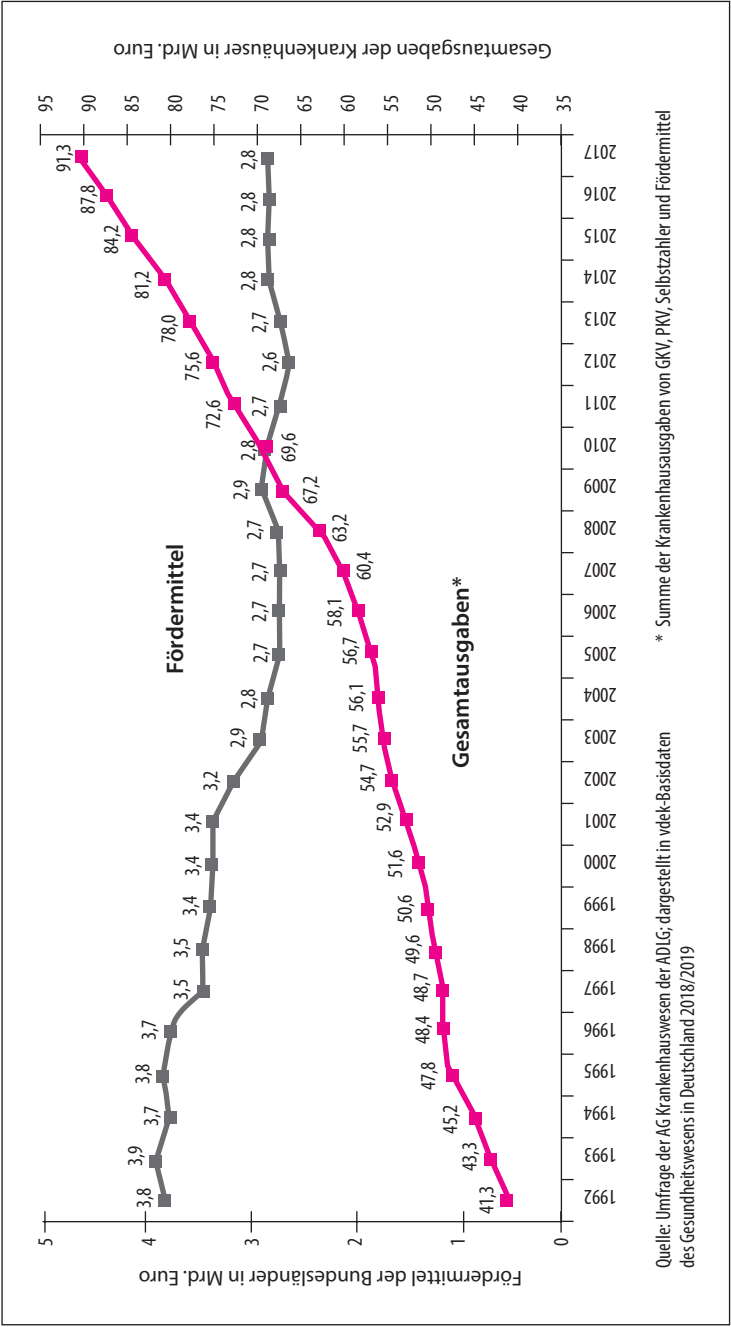
Die Fördermittel sinken jedoch seit vielen Jahren nahezu kontinuierlich. Allein zwischen 2000 und 2017 nahmen die jährlichen Fördermittel der Länder nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) um rund 600 Millionen Euro von 3,4 Milliarden Euro auf 2,8 Milliarden Euro ab (minus 18%) – ohne Berücksichtigung der Preissteigerungen. → siehe Abb. 6

Die Herkunft der Investitionsmittel im Jahr 2017 zeigt die ganze Problematik: Nur noch 44,3% der Investitionsmittel kommen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben von den Ländern. 27,6% der Investitionen werden durch Eigenmittel der Krankenhäuser und 16,7% durch Kreditfinanzierung aufgebracht. Ein Betrag, der in der Summe also genauso hoch ist wie die Förderung durch die Länder. Lediglich 9,4% der Fördermittel kommen von den Trägern, was auch ein Zeichen für den Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge ist.

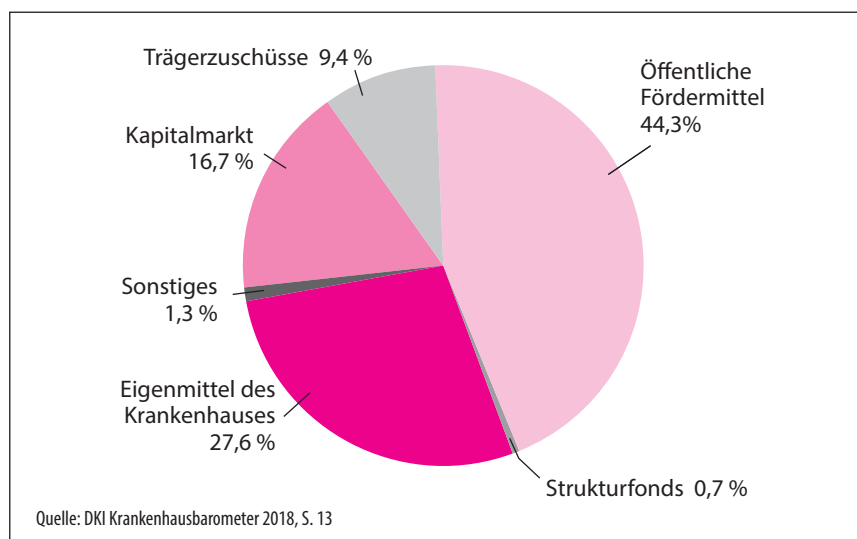
44,3% (Eigenmittel und Kredite), also ebenfalls ca. 2,8 Milliarden Euro, werden also aus den laufenden Einnahmen finanziert, die eigentlich für die Patientenversorgung und für Personal vorgesehen sind. Umgerechnet auf Beschäftigte, bedeutet das über 51.000 Stellen, die diesem Gesetzesbruch geopfert wurden. Baustellen werden mit Personalstellen finanziert. → siehe Abb. 7

Die volkswirtschaftliche Investitionsquote, also der Anteil am produzierten Reichtum, der wieder in die Aufrechterhaltung und Erweiterung der Produktion ge-

Abb. 6: Krankenhausfördermittel und -gesamtausgaben in Milliarden Euro, 1992 – 2017



**Abb. 7: Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2017
(Anteil in Prozent)**



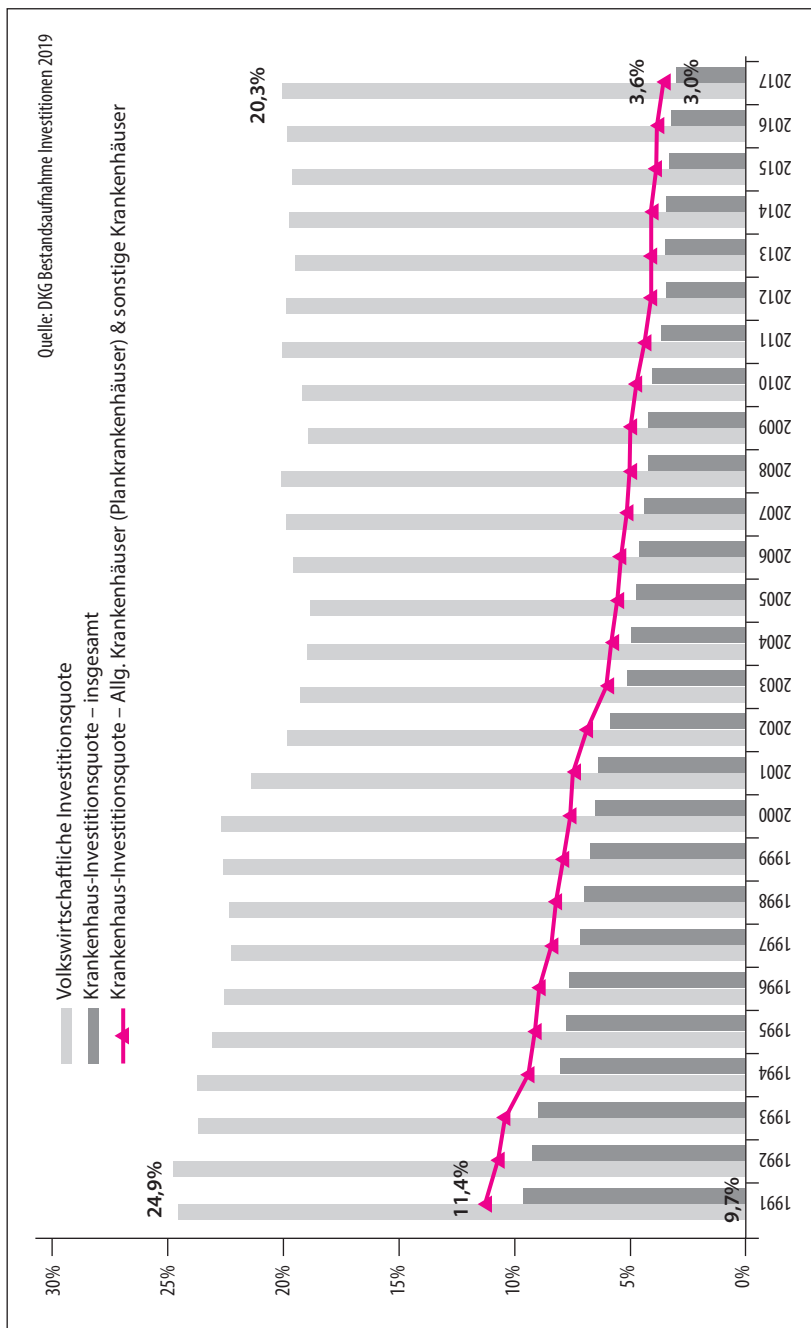
steckt wird, liegt bei über 20%. Im Dienstleistungsbereich sind es immer noch ca. 8%. Die Krankenhäuser bekommen lediglich 3% ihrer Gesamtbetriebskosten von den Ländern für Investitionen zur Verfügung gestellt. → siehe Abb. 8

Andersherum ausgedrückt: Will man die Krankenhäuser nur auf die durchschnittliche Investitionsquote des Dienstleistungsbereichs anheben (was eigentlich immer noch zu wenig ist), so ist eine Verdoppelung der Länderförderung notwendig. Der bis heute entstandene Förderstau ist dabei nicht berücksichtigt. Auch die Kommunen und Landkreise leiden unter der selbst produzierten Finanznot, die durch Steuersenkungen für die Wirtschaft und die Reichen ausgelöst wurde. Die Schuldenbremse tut ein Übriges. Immer weniger öffentliche Träger kommen für notwendige Investitionen ihrer Krankenhäuser auf. Stattdessen versuchen sie, die finanziellen Lasten durch Privatisierungen zu senken.

► Zurück zur monistischen Finanzierung?

Weil die Länderförderung wegen Schuldenbremse und Sparzwang immer weniger funktioniert, steht zur Debatte, ob man deswegen besser auf die sogenannte monisti-

Abb. 8: Krankenhaus-Investitionsquote und volkswirtschaftliche Investitionsquote 1991–2017



sche Finanzierung umstellen sollte. Monistik bedeutet, dass die Investitionskosten ebenfalls von den Krankenkassen bezahlt werden. Dies würde bedeuten, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben.

In Deutschland gab es bis 1972 die Monistik schon einmal. Weil damals die Krankenhäuser völlig verrottet waren und die Krankenkassen viel zu wenig Geld für die Modernisierung zur Verfügung stellten, wurde dann auf die Länderfinanzierung umgestellt. Klar ist, dass, wenn nicht mehr Geld zur Verfügung gestellt wird, sich an der Unterfinanzierung der Investitionen überhaupt nichts ändert, sondern lediglich die knappen Gelder anders verteilt werden. Klar ist aber auch, dass die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen dann mit ihren Beiträgen die Finanzierung dessen übernehmen müssten, was ureigenste Aufgabe des Staates ist: die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit der Daseinsvorsorge.

► Wer macht dann die Bedarfsplanung?

Das größere Problem aber ist: Wenn die Investitionsmittel nicht mehr durch die Länder nach Strukturgesichtspunkten vergeben werden, ist die gleichmäßige Versorgung in Gefahr. Eine Bedarfsplanung durch die Länder wäre nicht mehr möglich. Im Falle der Finanzierung durch die Kassen würden diese auch die Planung übernehmen (»Wer zahlt, schafft an«). Die Krankenkassen wurden aber auch schon so »reformiert«, dass sie wie Profit-Unternehmen agieren und nur auf Kostensenkung aus sind. (Kapitel 1.16) Sie würden die Krankenhauslandschaft so umgestalten, wie es ihren Vorstellungen entspricht: Bettenreduktion und Häuserschließung mit dem Argument des Abbaus von Überversorgung. Eine echte Bedarfsplanung ist von ihnen nicht zu erwarten. Wenn zusätzlich die Gelder als Teil der DRG (sog. »Invest-DRG«, s. Kapitel 1.6), verteilt würden, ist Planung überhaupt nicht mehr möglich. Krankenhäuser, die sich im DRG-System gut stellen, werden noch besser gestellt, die anderen noch schlechter. In der Konsequenz wird durch das Fehlen der Planung und durch die marktwirtschaftliche Verteilung der Gelder für Investitionen das Ungleichgewicht unter den Krankenhäusern noch verstärkt. Das Krankenhaussterben wird zunehmen und die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung bleibt auf der Strecke.

► Fazit

Weil die Finanzierung der strukturellen Voraussetzungen für die Daseinsvorsorge Aufgabe des Staates ist, und weil die öffentliche Hand das Heft der Planung nicht

aus der Hand geben darf, ist die Monistik keine Lösung der Probleme. Die einzige Lösung ist tatsächlich eine Erhöhung der Mittel, die die Länder bisher aufbringen, auf mindestens 6,5 Mrd. Euro und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zur Investitionsfinanzierung. Die Abschaffung der Schuldenbremse und die Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums durch höhere Besteuerung der Reichen und der Kapitalbesitzer wären hierfür hilfreich.

DRG – vom Festpreis zum Marktpreis

Die DRG sind bislang ein Festpreissystem. Ihre Auswirkungen können noch gesteigert werden, wenn man die Festpreise zu Durchschnittspreisen macht (eine Kostensenkung in einem Teil der Krankenhäuser senkt den Durchschnitt und erhöht damit den Spardruck für alle – ein klassischer Kellertreppeneffekt) oder wenn man sie in Richtung frei verhandelbare Marktpreise weiterentwickelt. Genau auf diesem Weg sind wir spätestens seit 2011.

► Qualitätsorientierte Bezahlung (PayFor Performance – P4P)

Unter dem Deckmantel »Qualitätsvergütung« wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2015 qualitätsabhängige Zu- und Abschläge auf die bisherigen Festpreise und so genannte Qualitätsverträge eingeführt. Bei schlechter oder guter Leistung können die Kassen Zu- oder Abschläge vereinbaren. Bei vier ausgewählten Behandlungsgruppen (Endoprothetische Gelenkversorgung, Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patient*innen, Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patient*innen, Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus) können die Kassen mit ausgewählten Krankenhäusern Verträge über die Vergütung schließen. Bisher sind das zwar nur vier Behandlungsgruppen, aber die Vorläufer der DRG waren 1993 auch nur 16 Fallpauschalen.

Eine solche Leistungsvergütung – man nennt sie auch Pay for Performance (P4P) – wird vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits seit 1997 gefordert. Das Bundesgesundheitsministerium hat 2012 eine umfassende Studie hierzu in Auftrag gegeben. Zusammenfassend heißt es darin: *»Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten (Pay for Performance) nachzuweisen (...) Die Komplexität medizinischer Versorgung sowie die systemischen Optimierungs- und Umge-*

hungsreaktionen beeinflussen die Ergebnisse einiger Projekte durch diverse Selektionseffekte sehr. (...) Trotz der mangelnden überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit von P4P sind die meisten der Befragten in Deutschland der Ansicht, dass P4P in der Zukunft eine größere Rolle spielen wird.»¹⁵

Verklausuliert wird hier gesagt: Ein Nutzen lässt sich zwar nicht feststellen, negative Anreize sind wahrscheinlich, wir machen es aber trotzdem, Hauptsache der Weg Richtung marktwirtschaftliche Umgestaltung der Daseinsvorsorge wird fortgesetzt.

Auch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) warnte vor der unüberlegten Einführung qualitätsorientierter Vergütung¹⁶, denn negative Erfahrungen aus den USA liegen bereits seit über zwanzig Jahren vor, aus Großbritannien seit über zehn Jahren. Nirgendwo konnte bisher der Nachweis erbracht werden, dass die praktischen Wirkungen den theoretischen Vorstellungen selbsternannter Gesundheitsfachleute entsprachen. Eine breite Einführung hatte keine bis negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung insgesamt.¹⁷

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 Krankenhausgeschehens statistisch überhaupt sauber möglich sind: Stimmt die Indikation?¹⁸ 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?

Außerdem müssten wichtige Kriterien der Ergebnisqualität weiche Faktoren sein, die sich nicht in Zahlen messen lassen (z.B. Zuwendung, empathischer Umgang mit Patient*innen, Unterstützung selbstbestimmter Entscheidungsprozesse des Patienten im Behandlungsverlauf etc.). Die Reduzierung der Ergebnisqualität der

15 BQS: »Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung«, 2012

16 »Qualitätsorientierte Vergütung: Die Diskussion geht weiter«, Ärzteblatt.de, 24. September 2014

17 Julia James: »Health Policy Brief: Pay-for-Performance«, Health Affairs, 11. Oktober 2012; K. E. Joynt, A. K. Jha: »Characteristics of hospitals receiving penalties under the Hospital Readmissions Reduction Program«, in JAMA, Januar 2013, Nr. 4, S. 342 f.

18 Bei allen statistischen Auswertungen der Qualität von Behandlungsergebnissen ist bislang die Indikation die absolute *Black Box*. Sie wird nicht geprüft, hat aber erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse. Und eigentlich ist sie der entscheidende Parameter, wenn man von den Interessen und Bedürfnissen der Patient*innen ausgeht. Denn: Was nützt mir ein gutes Operationsergebnis, wenn die Operation eigentlich überflüssig war?

medizinischen Behandlung auf in Zahlen messbare und statistisch zu verarbeitende Parameter ist zwar einfach und praktisch, aber letztlich hinsichtlich der Aussagekraft hoch problematisch. Einen so reduzierten Qualitätsbegriff dann zum Kriterium für Belohnung und Bestrafung durch Zuschläge und Abschläge zu machen, ist einer der größten Skandale in der »Fortentwicklung« des DRG-Systems.

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 Patientenselektion. Das kann vom Weiterverlegen schwerer Fälle bis zur Jagd nach »jungen, gesunden« Patient*innen gehen.

Eine Studie aus den USA untersuchte, ob ein Zusammenhang zwischen aussagekräftig gemessener Qualität und einem Qualitätsabschlag in einem Programm zu qualitätsorientierter Vergütung besteht. Das Ergebnis war grotesk: Es waren gerade diejenigen Kliniken von Vergütungsabschlägen betroffen, die in einer Reihe von gut validierten Qualitätsbewertungen besser abschnitten. Offensichtlich wurden diejenigen Kliniken von den Qualitätsabschlägen benachteiligt, die besonders leistungsstark waren, Komplikationen überdurchschnittlich sorgfältig dokumentierten und sich auch an die Therapie von Patient*innen heranwagten, die von anderen Krankenhäusern abgewiesen oder dorthin verlegt wurden, die also keine Risikoselektion betrieben hatten.¹⁹

Auch der Großteil der Projekte zur Messung der Struktur- und Prozessqualität ist nichts anderes als Marketing. Es geht um das Zertifikat (»um den Stempel«), das nützlich ist zum Kundenfang. Dies sieht man schon daran, dass es bei Zertifizierungen im Normalfall nur um die papierene Beschreibung von Strukturen und Abläufen und die Kenntnis dieser Beschreibungen geht. Ob die Beschäftigten das bei ihrer Arbeitsbelastung umsetzen können, ist von untergeordneter Bedeutung. Dementsprechend wird auch eine ausreichende Personalmessung überwiegend weder geprüft noch vorgeschrieben.

Natürlich gibt es auch im Krankenhaus schlechte Qualität. Statt aber Krankenhäuser oder Abteilungen, die tatsächlich eine schlechte Qualität haben, in die Lage zu versetzen, diese zu verbessern, wird ihnen der Geldhahn zuge dreht. Was das mit

19 Ravi Rajaram, Jeanette W. Chung, Christine V. Kinnier et al.: »Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program«, JAMA 2015; 314(4), S. 375-383

der Qualität macht ist klar. Aber darum geht es auch nicht. Sie sollen »vom Markt genommen« werden, wie es so schön heißt.

► Einstieg in Selektivverträge

Für die Krankenkassen verwirklicht sich mit den Qualitätszuschlägen und -abschlägen und den Qualitätsverträgen ein langgehegter Wunsch. Der bescheidene Anfang ist, dass bestimmte Krankenhäuser von den Kassen eine bessere Vergütung erhalten, was ihnen einen Konkurrenzvorteil verschafft. Umgekehrt könnten Krankenhäuser, deren Existenz den Kassen nicht so wichtig ist, mit Abschlägen noch mehr in Finanzschwierigkeiten, bis hin zum Ruin, getrieben werden. Genauso würde es auch mit den Qualitätsverträgen funktionieren. Der nächste, nur noch kleine Schritt wäre dann, den Kassen das Recht zuzugestehen, nur noch mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen, mit denen sie es wollen (Selektivverträge).

Eigentlich haben aber die Bundesländer den gesetzlichen Auftrag, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen. Zu diesem Zweck erstellen sie einen Krankenhausplan und entscheiden damit über die Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser und Betten. Ist ein Krankenhaus in einen Landeskrankenhausplan aufgenommen, so ist damit der Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen verbunden. Diesen Rechtsanspruch nennt man *Kontrahierungszwang*. Er macht im Rahmen eines Systems der Daseinsvorsorge Sinn, weil sonst der Krankenhausplan unterlaufen werden könnte, weil die Plankrankenhäuser gesetzlich (Landeskrankenhausgesetze) verpflichtet sind, bei der Versorgung der Patient*innen zusammenzuarbeiten und weil im anderen Fall unnötig Steuergelder für Investitionen verschwendet würden.

Bei Marktsystemen wie dem DRG-System wirkt der Kontrahierungszwang störend, weil er der vollständigen Entfaltung der Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander im Wege steht. Man sieht: Zusammenarbeit und Kontrahierungszwang oder allseitige Konkurrenz, diese zwei völlig gegenläufigen Prinzipien stoßen immer wieder aufeinander.

Seit Ende der 80er Jahre hat deshalb der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinen Gutachten immer wieder die Abschaffung des Kontrahierungszwanges gefordert: *»Notwendig ist es, die Kassen von der Verpflichtung zu befreien, mit jedem im Krankenhausbedarfsplan vertretenen Krankenhaus Verträge zur Sicherstellung der Krankenhauspflege abzuschließen.« (Jahresgutachten 1987) »Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist vom Sachver-*

ständigenrat schon im Jahresgutachten 1987 als geeignetes Mittel angesehen worden, um unwirtschaftliche Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen. (Jahresgutachten 1989)

Früher wurde diese Abschaffung auch »Einkaufsmodell der Krankenkassen« genannt, was sich aber im Zusammenhang mit Gesundheit nicht so gut anhört. »Qualitätsverträge« und »Abschaffung des Kontrahierungszwanges« oder »Selektivverträge« lässt sich da doch viel zwangloser in die Kampagne für Qualitätswettbewerb und gegen Staatswillkür und Regulierungswut einsortieren.

Die Selektivverträge sind eine der Grundforderungen der Kassen zur Vermarktwirtschaftlichung der Krankenhausfinanzierung: *»Der Kontrahierungszwang führt dazu, dass Krankenhäuser mit schlechter Qualität den gleichen Vergütungsanspruch haben wie Krankenhäuser, die eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Die Folge ist, dass die Patienten nicht optimal versorgt werden. Für planbare stationäre Leistungen sollte (...) ein Ausschreibungsmodell Anreize setzen, die Versorgungsqualität zu erhöhen.«²⁰*

Die jetzigen DRG sind ein Festpreissystem. Die Preise sind zwar zu niedrig, sie können durch Konkurrenzkampf aber nicht noch weiter abgesenkt werden. Mit der gesetzlichen Freigabe von Selektivverträgen sowie Zu- und Abschlägen werden aber auch die Preise freigegeben. Der Wettbewerb droht nun ein Dumpingwettbewerb der Krankenhäuser untereinander zu werden – auf dem Rücken der Beschäftigten und der Patient*innen.

Ganz nebenbei würde die Durchsetzung von Selektivverträgen jegliche Bedarfsplanung durch die Länder konterkarieren: Das Land legt fest, dass ein bestimmtes Krankenhaus bedarfsnotwendig ist, und die Kassen schließen keinen Vertrag mit diesem Krankenhaus ab. Es wäre absurd, Investitionen für Krankenhäuser zu finanzieren, die anschließend keine Verträge und damit keine Patient*innen hätten. Die Planungshoheit ginge so real an die Kassen über.

Damit wird klar, dass nicht Qualität das Ziel ist, sondern die »Qualitätsprosa« lediglich als Mittel eingesetzt werden soll, um ganz andere Zwecke zu erreichen: möglichst viele Betten zu schließen und Krankenhäuser »aus dem Markt zu drängen«.

20 GKV-Spitzenverband: »14 Positionen für 2014 – Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes«, Berlin 2013, als pdf unter www.gkv-spitzenverband.de

► Einpreisung der Investitionskosten in die DRG und Monistik

Aus der Marktlogik heraus ist auch klar, dass Preise unvereinbar sind mit dualer Finanzierung und staatlicher Planung. Deswegen stehen die Monistik und die »Einpreisung« der Investitionskosten in die DRG noch immer ganz oben auf der neoliberalen Agenda. Da die Länder ihrer Finanzierungsverpflichtung zunehmend nicht mehr nachkommen und die Krankenhäuser auch bei den Investitionskosten massiv unterfinanziert sind, werden Überlegungen angestellt, die Krankenhausfinanzierung auf die so genannte Monistik umzustellen. (Kapitel I.5)

Die bestehende duale Finanzierung (Investitionen werden durch die Länder finanziert, die auch für die Planung und die Sicherstellung der Versorgung zuständig sind, die laufenden Kosten durch die Kassen) wird bereits seit 1992 vom Sachverständigenrat in großer Regelmäßigkeit massiv kritisiert. Klammheimlich wurde 2009 von der damaligen Bundesregierung (Große Koalition) die Bedingung für Integration der Investitionskosten in die DRG geschaffen. Es gibt seither einen zweiten DRG-Katalog, in dem die Investitionskosten genau wie die laufenden Kosten auf die einzelnen Patient*innen und ihre Krankheiten heruntergebrochen werden (»Invest-DRG«). Die Verwendung dieses Katalogs ist zwar noch freiwillig, aber einzelne Länder (z.B. Berlin) verteilen ihre Investitionsmittel (oder zumindest einen Teil) bereits nach diesem Katalog.

Die Einführung dieser Art von Investitionsfinanzierung würde bedeuten, dass Krankenhäuser – wie jeder Industriebetrieb – Abschreibungen ansetzen, ihre Preise mit den Investitionskosten kalkulieren und sich Gelder für Investitionen am Kapitalmarkt besorgen müssten. Für alle Krankenhäuser würde es darum gehen, möglichst hohe Renditen zu erwirtschaften, um wieder investieren zu können. Die Abhängigkeit der Existenz der Krankenhäuser von Gewinnen und die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander würde nochmals zunehmen – mit den entsprechenden Rückwirkungen auf die Behandlung der Patient*innen und die Beschäftigten. Sind die Investitionskosten erst einmal eingepreist, ist es nur noch ein kleiner Schritt zur Monistik (auch die Investitionskosten werden durch die Kassen finanziert, ggf. mit einem Zuschuss der Länder, der über den Gesundheitsfonds an die einzelnen Kassen verteilt wird).

Mit der dualen Finanzierung würde eines der letzten Elemente der staatlichen Bedarfsplanung im Krankenhausbereich fallen. Bisher ist es Aufgabe der Länder, die flächendeckende gute Versorgung der Bevölkerung mit allen medizinischen stationären Angeboten zu gewährleisten, vor allem durch gezielte, bedarfsgerechte Investi-

tionsförderung. Ohne eine solche entscheiden der Markt und der Profit, wo das nächste Krankenhaus ist.

► Fazit

Bezahlung nach Qualität, P4P, Selektivverträge, »Invest-DRG« und Monistik sind eine konsequente marktwirtschaftliche Weiterentwicklung des DRG-Systems und riesige Schritte in Richtung einer marktradikalen Umgestaltung des Gesundheitswesens. Angesichts dieser Entwicklung hilft auch kein Zurück zu den »Festpreis-DRG«. Es helfen nur die konsequente Ablehnung der finanziellen Steuerung im Bereich der Daseinsvorsorge und die Umstellung auf eine Bedarfssteuerung und -finanzierung. Selbstverständlich wollen auch wir gute Qualität in der Krankenhausversorgung. Mit unserer Forderung nach Abschaffung der DRG als Finanzierungsinstrument und mit der Forderung nach Abkehr von der Ökonomisierung legen wir überhaupt erst das Fundament für eine wirkliche Qualitätsentwicklung!

Allgemeine Auswirkungen der DRG auf die deutschen Krankenhäuser

Im Jahr 1999 war die Begründung für Bettenabbau noch nicht die »Qualität« (»Ich als Patient hätte aber schon gern Gewissheit, dass ich richtig behandelt werde und überlebe«, sagt Jan Böcker, Koordinator der Bertelsmann-Studie zum »radikalen Umbau der Krankenhauslandschaft« am 3. Juli 2019 im *Kölner Stadt-Anzeiger* zur Begründung für die angestrebte Schließung von kleinen Krankenhäusern). Im Jahr 1999 ging es noch um die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), also um Lohnkosten der Unternehmen, sprich: die Höhe der Unternehmensgewinne. Die Einführung »des neuen pauschalierenden Entgeltsystems«, der DRG, war wesentlicher Inhalt des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (GKV-GRG 2000). Die Gesetzesbegründung verweist auf Strukturen, Bettenzahlen und die Beitragssätze der GKV: *»Mit diesem Gesetz werden weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen angestrebt. Sie sind Voraussetzung dafür, dass die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können.«* (BT-Drs. 14/1245, S. 113)

► DRG-Folgen: Krankenhausschließungen, Bettenabbau, Leistungsausdehnung

Die Hoffnung, über eine »Reduzierung der Bettenzahlen«, also die Schließung zahlreicher Krankenhäuser, zu einer Verringerung der Zahl der Krankenhausfälle und so zu einer »Stabilisierung« der Kosten zu kommen, beruhte auf der Annahme, dass das DRG-System »Gewinner- und Verlierer-Krankenhäuser« hervorbringen würde. »Gewinner« sollten diejenigen werden, die die Durchschnittskosten unterschreiten, die in die Berechnung der Bewertungsrelationen einfließen, »Verlierer« diejenigen, die diese Kosten überschreiten. Die »weitreichenden Strukturveränderungen« sollten da-

rin bestehen, dass die »Verlierer-Krankenhäuser« ganz oder teilweise vom Krankenhausmarkt verschwinden. Zentralisierung und Privatisierung sollten vorangetrieben werden.

Das gelang in erheblichem Umfang: Die Zahl der Krankenhäuser, die bereits im Zeitraum von 1991-2003 von 2.411 auf 2.197 reduziert wurde, sank um weitere 255 auf 1.942 im Jahr 2017. Die Zahl der Betten sank in den 15 DRG-Jahren von 2003 bis 2017 um 50.102 auf 497.182. Die Fallzahlen fielen jedoch nur in den Jahren 2004 und 2005 (von 17,3 Millionen im Jahr 2003 auf 16,5 Millionen im Jahr 2005) und stiegen danach wieder stark an (auf 19,4 Millionen im Jahr 2017).

Der Grund für die Fallzahlsteigerung ist, dass die Krankenhäuser sich systemkonform im DRG-System bewegten: Sie versuchten, ihre Kosten stark zu senken bei den DRG, die sich lohnen, und ihre Fallzahlen und die »Fallschwere«, die die Höhe der Vergütung bestimmt, zu steigern. Das vor allem durch Personalabbau im nichtärztlichen Bereich und Outsourcing eingesparte Geld investierten sie – soweit es nicht für Dividenden u.ä. verwendet wurde – in Baumaßnahmen, medizinische Geräte und die übertariflichen Gehälter von ärztlichen Leitungskräften. So erweiterten kleine und mittlere Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum um Maßnahmen, die bis dahin Maximalversorgern vorbehalten waren, und versuchten so, ihre Existenz im politisch erzeugten Konkurrenzkampf zu sichern.

Die Entwicklung der Fallzahlen und der Fallschwere ist eine vom Gesetzgeber unbeabsichtigte, in der betriebswirtschaftlichen Logik der Geschäftsführungen aber zwangsläufige Folge der DRG-Einführung. Sie steht dem Erreichen des proklamierten Ziels, »dass die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können«, entgegen. Ein weiteres Problem kommt hinzu: Krankenhäuser, die in heftiger Konkurrenz miteinander stehen, werden nicht freiwillig Betten oder Abteilungen schließen. Das hat auch schon einer der neoliberalen Vordenker des Umbaus der Krankenhauslandschaft, Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs »Gesundheit« am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch, erkannt: »Tatsächlich läuft der Prozess der Zentralisierung bereits. Krankenhauskapazitäten werden durchaus gebündelt, wenn auch langsam. (...) Um in Deutschland »dänische Verhältnisse« zu erreichen, wären mindestens 80 Milliarden Euro nötig. Kapital allein reicht aber nicht. Für eine Schwerpunktbildung braucht es im Vorfeld eine Verbundbildung.«²¹ Die Koopera-

21 Boris Augurzky, »Kapital allein reicht nicht. Zur Strukturreform der Krankenhauslandschaft«, f&w, 11/2019, S. 978

tion von Krankenhäusern und die Verbundbildung (eigentlich eine sinnvolle Sache) als Katalysator für Standortschließungen und Bettenabbau! → siehe Tab. 1

Tab. 1: Krankenhaus- und Bettenabbau, Fallzahlanstieg und Verweildauerrückgang seit 1991

Jahr	Krankenhäuser	Betten	Fallzahl	Verweildauer in Tagen
1991	2 411	665 565	14 576 613	14,0
1992	2 381	646 995	14 974 845	13,3
1993	2 354	628 658	15 191 174	12,6
1994	2 337	618 176	15 497 702	12,0
1995	2 325	609 123	15 931 168	11,5
1996	2 269	593 743	16 165 019	10,8
1997	2 258	580 425	16 429 031	10,5
1998	2 263	571 629	16 847 477	10,2
1999	2 252	565 268	17 092 707	9,9
2000	2 242	559 651	17 262 929	9,7
2001	2 240	552 680	17 325 083	9,4
2002	2 221	547 284	17 432 272	9,2
2003	2 197	541 901	17 295 910	8,9
2004	2 166	531 333	16 801 649	8,7
2005	2 139	523 824	16 539 398	8,7
2006	2 104	510 767	16 832 883	8,5
2007	2 087	506 954	17 178 573	8,3
2008	2 083	503 360	17 519 579	8,1
2009	2 084	503 341	17 817 180	8,0
2010	2 064	502 749	18 032 903	7,9
2011	2 045	502 029	18 344 156	7,7
2012	2 017	501 475	18 620 442	7,6

Jahr	Krankenhäuser	Betten	Fallzahl	Verweildauer in Tagen
2013	1 996	500 671	18 787 168	7,5
2014	1 980	500 680	19 148 626	7,4
2015	1 956	499 351	19 239 574	7,3
2016	1 951	498 718	19 532 779	7,3
2017	1 942	497 182	19 442 810	7,3

Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, 2017

► »Dynamik in Bezug auf die Strukturbereinigung« durch staatlichen Eingriff plus ökonomischen Druck

Aus diesem Grund entschieden sich die politisch Verantwortlichen im Jahr 2015 für einen weiteren staatlichen Eingriff. Auf Grundlage des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) errichteten sie den »Strukturfonds«. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschrieb dessen Wirkungsweise im »Gutachten 2018« so: *»Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) neu errichtete Strukturfonds stellt zunächst in den Jahren 2016 bis 2018 insgesamt bis zu einer Milliarde Euro zur Förderung strukturverbessernder Vorhaben bereit. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 wurde festgehalten, dass der Strukturfonds für weitere vier Jahre in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich fortgesetzt werden soll. (...) Insbesondere sollen der Abbau von akutstationären Überkapazitäten, die Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. (...) Die Länder, die eine Förderung aus dem Strukturfonds beantragen, müssen einen Beitrag in gleicher Höhe zuschießen. Außerdem wird den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, durch eine finanzielle Beteiligung des Trägers an der zu fördernden Einrichtung ihren 50-prozentigen Förderanteil zu reduzieren. (...) Die hohe Inanspruchnahme des Strukturfonds im Krankenhausmarkt spricht für den Erfolg der erstmaligen Initiative auf der Bundesebene insofern, als eine gewünschte Dynamik in Bezug auf die Strukturbereinigung ausgelöst wurde.«*

Die Gesamtdynamik soll nun beschleunigt werden. Zum Kostendruck sollen gezielte finanzielle Förderung von Schließungen, Druck durch immer mehr Qualitätsvorgaben und Mindestmengenregelungen (eigentlich ebenfalls sinnvolle Vorgaben)

und am Ende planerische Konsequenzen durch die Bundesländer kommen. Die Zahl der diesbezüglichen Gutachten von Beratungsfirmen steigt steil an. Sie dienen der argumentativen (ideologischen) Unterfütterung der Vorhaben. (Kapitel II.3)

► DRG-Folgen: Veränderungen im Inneren der Krankenhäuser

► »Es muss sich rechnen« als oberstes Prinzip

Für jeden, der im Krankenhaus schon vor der DRG-Einführung gearbeitet hat, ist die am meisten beeindruckende und vermutlich auch am meisten verstörende Änderung der neue Geist, der allenthalben zu spüren ist. Alles steht unter dem Zwang, sich rechnen zu müssen. Mitgefühl hat da immer weniger Platz. Das fängt im Kleinen an, wenn in den elektronischen Patientenakten kleine grüne, gelbe oder rote Ampeln anzeigen, ob ein Patient schon zu lange liegt, und endet nicht damit, dass insbesondere die Ärzt*innen den Druck verspüren, dass ihre Entscheidungen über Aufnahme, Behandlungsart, Dokumentation und Entlassung in letzter Konsequenz über die Fortexistenz des Krankenhauses entscheiden. Dieses ökonomische Kalkül ist den meisten, die sich einmal für einen Beruf im Krankenhaus entschieden, zutiefst fremd und belastet mindestens genauso stark wie die ständig steigende Arbeitshetze.

► Schaffung von neuen, lukrativen Abteilungen und Luxusangeboten

Kein Krankenhausmanager, der nicht versucht, das »Portfolio« (auch die Verwendung dieses Begriffs aus der Welt der kapitalistischen Großunternehmen ist bezeichnend für den Geist, der durch die DRG aus der Flasche gelassen wurde) seines Hauses aufzupeppen. Systematisch werden Verdienstmöglichkeiten gescannt und neue Abteilungen oder Schwerpunkte (Pneumologie, Handchirurgie, Endoprothetik, Rheumatologie usw.) eingerichtet, bei denen ein Profit winkt. Die Konkurrenzsituation unter den Krankenhäusern (»Alleinstellungsmerkmal«) ist dabei viel interessanter als die Sorge um die Versorgungslage der Bevölkerung.

In diese Rubrik gehört auch der Ausbau der Angebote für Privatpatient*innen – angefangen bei der abgesonderten Luxusstation in besonders guter Lage, über Minibars, Hausschuhe, Bademantel, Zeitung bis hin zu speziellen Servicekräften, die den betuchten Privatpatient*innen »jeden Wunsch von den Augen ablesen«. In diese Rubrik gehört auch der Run auf wohlhabende ausländische – privat zahlende – Patient*innen, weil diese ohne Anrechnung auf die Budgets und Patientenzahlen behandelt werden dürfen.

► Immer mehr Großgeräte

Seit in die DRG immer mehr Elemente der Einzelleistungsvergütung eingebaut wurden (das Relativgewicht einer DRG – und damit die Vergütung – lässt sich durch bestimmte am jeweiligen Patienten ausgeführte Prozeduren deutlich steigern), wird es natürlich auch immer lukrativer, bestimmte Großgeräte vorzuhalten, die zu einer solchen Einnahmensteigerung beitragen. Dementsprechend ist die Zahl dieser Großgeräte seit 2004 deutlich angestiegen: siehe Abb. 9, 10²². Die Privaten sind wie immer Vorreiter, aber natürlich kann und wird sich kein Krankenhaus – egal welcher Träger – dieser ökonomischen Logik entziehen. Klar ist auch, dass mit einem solchen finanziellen Anreizsystem die individuelle Betreuung, Zuwendung und Anteilnahme nicht mehr gefragt sind.

→ siehe Abb. 9, 10

► Qualitätsmanagement und Zertifizierungen als Marketing-Instrumente

In Zeiten, in denen die Qualität durch Sparwut und Leistungsausdehnung am meisten gefährdet ist, darf die Beweihräucherung der hohen Qualität der Versorgung natürlich nicht fehlen. Kein Begriff wird von Gesundheitspolitiker*innen und Manager*innen derzeit mehr bemüht als »die Qualität«. Im Koalitionsvertrag der großen Koalition zur Bundestagswahl 2013 kam das Wort Qualität im Kapitel zur Krankenhauspolitik auf zweieinhalb Din A4-Seiten insgesamt 25 Mal vor! Das einzige Problem dabei ist, dass etwas ganz anderes gemeint ist als wirkliche Qualität. Es ging im Wesentlichen um Qualitätsverträge und Qualitätszu- und -abschlüsse, also um weitere Wettbewerbsinstrumente (Kapitel 1.6). Dennoch ist natürlich auch den Gesundheitspolitikern und Managern klar, dass die wirkliche Qualität leidet, wenn mit immer weniger Personal immer mehr Leistungen erbracht werden müssen. So werden zunehmend Qualitätsnachweise gefordert und Qualitätsberichte müssen ausgefüllt werden, die schon aufgrund ihres Umfangs mehr verhüllen als erhellen. Alles riesiger Arbeitsaufwand und riesige Kosten. Dabei sollte doch eigentlich klar sein, dass die beste Garantie für mehr Qualität mehr Personal ist.

Eine quasi freiwillige Qualitätskontrolle der Krankenhäuser sind die Zertifizierungen, die jede Abteilung, die etwas auf sich hält, vorweisen muss. Für teures Geld

22 Die Darstellung der Entwicklung erfolgt bezogen auf jeweils 10.000 Betten, weil damit die Veränderung der Bettenzahlen – insbesondere auch zwischen den Trägern – sich nicht verfälschend auf das Ergebnis auswirkt.

Abb. 9: Prozentuale Zunahme Großgeräte (pro tausend Betten) 2004–2017

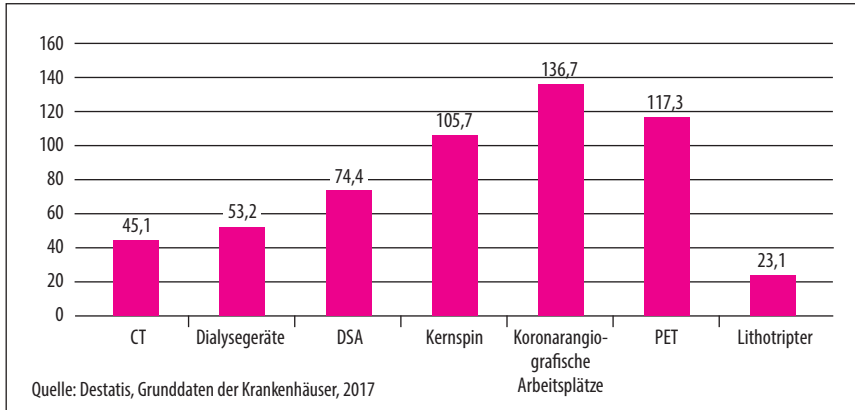
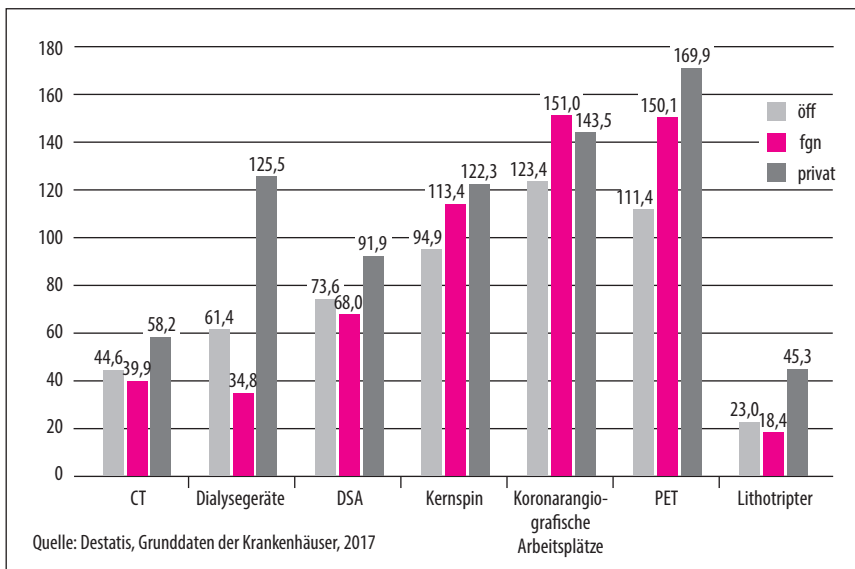


Abb. 10: Prozentuale Zunahme Großgeräte (pro tausend Betten) nach Trägern 2004–2017



werden sie von spezialisierten Beraterfirmen durchgeführt. Wer solche Zertifizierungen einmal live miterlebt hat, weiß, dass es hierbei nur um Marketing geht und wirkliche Effekte auf die tatsächliche Behandlungsqualität nicht zu erwarten sind.

Hochformalisiert werden Strukturen, Abläufe und Arbeitsbeschreibungen abgefragt. Ob sich die Beschäftigten tatsächlich daran halten (und halten können), ist in der Regel nicht Gegenstand des Zertifikats.

► **Ausbau Controlling**

Früher bestand die Verwaltung eines Krankenhauses aus einer Wirtschaftsabteilung (Einkauf), aus der Personalabteilung und der Finanzabteilung. Das hat sich gründlich geändert. Es gibt immer stärker anwachsende Controllingabteilungen, untergliedert nach Finanz- und Medizin-Controlling. Es gibt ein Case-Management, ein Entlassmanagement, eine Abteilung für Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und vieles mehr, was dazu dient den gläsernen Patienten, die gläserne Abteilung und die gläserne Mitarbeiterin zu schaffen. Auch hier gilt, dass der Aufwand ins Grenzenlose wächst, um zu verhindern, dass das jeweilige Krankenhaus zum Opfer der Ökonomisierung wird und es zum »Marktaustritt« kommt.

► **DRG-Folgen: Die »Kollateralschäden«**

► **Unterfinanzierung der Hochleistungsmedizin und von Extremkostenfällen**

Da sich die DRG-Preise an den durchschnittlichen Kosten festmachen, müssen »Kostenausreißer« durch »Mischfinanzierung« (einfache Fälle) ausgeglichen werden. Das allein ist schon hochproblematisch, weil dadurch ein Anreiz gesetzt wird, einfache, kostengünstige Fälle (junge, »gesunde« Patient*innen ohne Nebenerkrankungen) zu selektieren und schwere (sowie gleichzeitig kostenintensive) möglichst nicht zu behandeln. Gänzlich unerträglich wird das aber bei Kliniken, die aufgrund ihres Versorgungsauftrags verpflichtet sind, auch die schwersten Fälle zu behandeln. Dass solche »Extremkostenfälle« und damit die Hochleistungsmedizin im Fallpauschalensystem unterfinanziert sind, erkennt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem »Gutachten 2018« (Ziff. 399 ff.) an: *»Der Extremkostenbericht des InEK zeigt auf Basis der zusätzlich erhobenen Informationen bei den Kalkulationskrankenhäusern für das Datenjahr 2016, dass die Hochschulkliniken und andere Maximalversorger bei Extremkostenfällen oder Kostenausreißern deutlich unterfinanziert waren. (...) Im intertemporalen Vergleich wiesen 12 Krankenhäuser in der Gruppe von Hochschulkliniken und Maximalversorgern eine Kostenunterdeckung der Extremkostenfälle von 51,1 Millionen Euro auf; somit war eine Zunahme der Kostenunterdeckung um 3,6 Millionen*

Euro gegenüber dem Jahr 2015 zu verzeichnen (InEK 2018). (...) Die Medizinische Hochschule Hannover, die sich seit dem Jahr 2002 an der Kostenkalkulation des InEK beteiligt, hat Extremkostenfälle als solche definiert, die mehr als 20.000 Euro kosten und deren Erlöse weniger als die Hälfte der angefallenen Kosten decken. Für das Jahr 2011 fielen 320 Fälle unter diese Definition und verursachten insgesamt ein Defizit von 8 Millionen Euro. Die Unterdeckung pro Fall betrug rund 25.000 Euro. Bei den von der MHH erfassten Extremkostenfällen zeigte sich eine Streuung über das gesamte DRG-System mit einer Häufung bei Brandverletzten und bei großen rekonstruktiven chirurgischen Eingriffen. Außerdem fiel in früheren Erfassungsjahren bei den Extremkostenfällen auf, dass überdurchschnittlich viele dieser Patienten von anderen Krankenhäusern zugewiesen wurden.»

Die Zuweisung von anderen Krankenhäusern erfolgt vielfach, um die »Extremkosten« dort zu vermeiden. Auch das zeigt den Widersinn des auf Konkurrenzkampf und Gewinnerzielung ausgerichteten Finanzierungssystems. → siehe Abb. 11

► Unterfinanzierung der ambulanten Krankenhausversorgung

»Die Versorgung von Patienten in der Notaufnahme verursacht für die Krankenhäuser in Deutschland jedes Jahr einen Fehlbetrag von rund einer Milliarde Euro«, schreibt das »Ärzteblatt« unter Berufung auf den »Leipziger Krankenhausökonom Wilfried von Eiff.«

»Die durchschnittlichen Kosten, die ein ambulanter Notfallpatient bei der Behandlung in einer Krankenhaus-Notaufnahme verursacht, lägen bei 126 Euro, so der Krankenhausökonom. Demgegenüber stünden im Schnitt Erlöse pro Fall in Höhe von nur 32 Euro.«²³

»Die Vergütung von Hochschulambulanzen weist nach Angaben der Universitätskliniken ebenfalls kein kostendeckendes Niveau auf. Insbesondere die hochspezialisierte tertiäre Ambulanzversorgung an den Universitätskliniken erfordert eine aufwendige Diagnostik und Therapie, die durch Quartalspauschalen nicht ausfinanziert ist« (Gutachten 2018, Ziff. 403).

Eine annähernd kostendeckende Finanzierung der Notaufnahmen und Ambulanzen ist nur dann möglich, wenn viele ambulante Patient*innen stationär aufgenommen und einer Abrechnung im Fallpauschalensystem zugeführt werden. Das ist aber eigentlich nicht der Sinn der Sache und es beinhaltet die Gefahr der Über- und Fehlversorgung. Eigentlich ist es sinnvoll, dass die Krankenhausambulanzen die zen-

23 www.aerzteblatt.de, 22.08.2016

Abb. 11: Plakataktion kommunaler Großkrankenhäuser

Ihr zu helfen ist unwirtschaftlich...

... für uns aber selbstverständlich.

Sandra M. (34),
lebensgefährlich verletzt.

15 große Operationen folgen,
5 Wochen Intensivstation.
3 Monate Krankenhaus.

Behandlungskosten	194.000 €
Vergütung	106.000 €
nicht erstattet	88.000 €

So will es da Geetz zur
Krankenhausfinanzierung.

Wir fordern deshalb, dass eine
leistungsgerechte Finanzierung
ebenfalls selbstverständlich ist

Wir unterstützen das Aktionsbündnis
www.rettung-der-krankenhaeuser.de



Klinikum Augsburg
Klinikum Bayreuth Hohe Warte
Vivantes Klinika Berlin
Klinikum Bielefeld
Klinikum Braunschweig
GesundheitNord Klinikverbund Bremen
Klinikum Dortmund
Städtisches Klinikum München
Klinikum Nürnberg
Klinikum Stuttgart

trale Anlaufstelle für ambulante Notfallbehandlung sind, weil so bei schwereren Fällen das notwendige notärztliche Fachwissen und der direkte Zugang zur stationären Aufnahme unmittelbar vorhanden sind. Das geht aber nur, wenn die Krankenhaussambulanzen so ausgestattet sind, dass sie der Inanspruchnahme gewachsen und wenn sie auskömmlich finanziert sind.

► »Ökonomischer Druck bedroht Versorgung in Kinderkliniken«

»In Kinderkliniken droht ein akuter Versorgungsnotstand, der dem zunehmenden ökonomischen Druck durch das DRG-System geschuldet sei, heißt es in der Cope-Studie des Forschungszentrums Ceres der Universität Köln.«

»Nach den Ergebnissen werden die Bedürfnisse von Kindern und der fachbedingte Mehraufwand der Pädiatrie im derzeitigen Entgeltsystem und auf individueller Krankenhausebene nicht ausreichend berücksichtigt. Die Unterfinanzierung der Pädiatrie habe dazu geführt, dass die Versorgung kranker Kinder nicht mehr umfassend gewährleistet sei. Die Folge seien ein Abbau pädiatrischer Versorgungseinrichtungen und -kapazitäten.«

»Die erheblichen Erlösunterschiede führten zu einem Wettbewerb um ertrags-

starke Subdisziplinen wie Neonatologie und Onkologie auf Kosten von Bereichen wie der Allgemeinpädiatrie. Nach Berichten in der ›FAZ‹ sieht das Bundesgesundheitsministerium aber keinen Handlungsbedarf bei DRG in der Pädiatrie.«²⁴

Diesen Handlungsbedarf formulieren stattdessen die Expert*innen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) in ihrer »Petition zur Beendigung der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung«: *»Die DAKJ als Dachverband der konservativen und operativen kinder- und jugendmedizinischen Verbände und Gesellschaften fordert die Politik deshalb mit Nachdruck auf, die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen zu beenden. (...) Wenn das hohe Versorgungsniveau in der Kinder- und Jugendmedizin erhalten werden soll, bedarf es dringend einer Neuregelung der Finanzierungssystematik sowie wirksamer Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärzte- und Pflegekräftemangels in der Kinder- und Jugendmedizin.«²⁵*

Oft ist es so, dass die Kinderkrankenhäuser/-abteilungen die größten Defizite von allen Abteilungen haben. Deshalb wurde versucht, diese Defizite durch noch stärkeren Personalabbau zu kompensieren – zu Lasten der kleinen Patient*innen und der Beschäftigten. Es wird Zeit, dass sich die Fachverbände endlich klar und deutlich gegen die DRG-Finanzierung aussprechen.

► **Ruin kleiner Krankenhäuser und Gefährdung der flächendeckenden Versorgung**

»Eine Leistungserbringung zu wettbewerbsfähigen Kosten ist an eine gewisse Krankenhausgröße gebunden. (...) Die flächendeckende wohnortnahe Versorgung für einen Teil der Leistungen ist gesellschaftlich und politisch gewollt. (...) Eine Lösung dieser strukturbedingten Finanzierungsprobleme ist im G-DRG-System nicht möglich.«²⁶

Wie überall in der kapitalistischen Wirtschaft können sich die Kleinen im Regelfall nicht behaupten und verschwinden vom Markt. Dies wurde schon früh (2008 – siehe Zitat) erkannt, aber es wurde nichts dagegen unternommen – eine »Marktreinigung« war ja erwünscht. Dementsprechend haben sich auch die Defizitzahlen entwickelt.

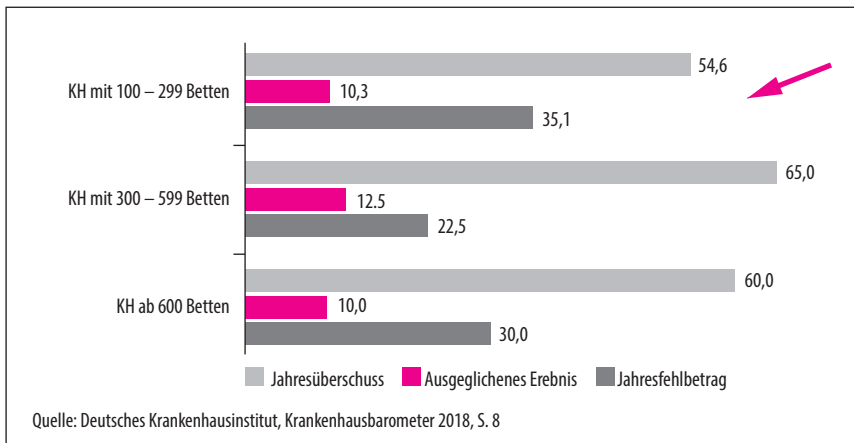
→ siehe Abb. 12

24 Zitate aus: Ärzte Zeitung online, 16.09.2019

25 Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: »Petition für bessere Rahmenbedingungen in der medizinischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen«, www.dakj.de

26 Norbert Roeder, Holger Bunzemeier, Wolfgang Fiori, »Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008«. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, G-Research-Group, Münster, Juni 2007, www.dkgev.de, S. 19

Abb. 12: Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



Die Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung wird zwar überall betont, tatsächlich wird sie aber gerade demontiert. (Kapitel II.3)

► DRG-Folgen: Nicht eingelöste Versprechungen

Wie steht es um die Verwirklichung der von Regierung und Ministerialbürokratie bei Einführung der DRG selbst benannten Ziele? In der Begründung zum Fallpauschalengesetz 2002 wird ausgeführt: »Das neue Entgeltsystem soll das Leistungsge-schehen im Krankenhausbereich transparenter machen, die Wirtschaftlichkeit fördern und die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen. Die direkte Verknüpfung der er-brachten Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend bedarfsgerechter und effizien-ter eingesetzt werden. Das neue Entgeltsystem soll vor allem auch dazu beitragen, dass die in der bisherigen Budgetsystematik angelegten Hemmnisse für einen leis-tungsorientierten Fluss der Finanzmittel abgebaut werden. Das Geld soll den Lei-stungen folgen können. (...) Einen besonderen Stellenwert in einem Fallpauschalen-system hat die Qualitätssicherung. Die dazu vorgesehenen Instrumente zusammen mit der Transparenz der Leistungen werden zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung führen« (BT-Drs. 14/6893, S. 26).

Ob und inwieweit die postulierten Ziele erreicht wurden, bewertet Michael Simon im Sammelband »Geld im Krankenhaus«²⁷. Hier eine Zusammenfassung seiner wichtigsten Überlegungen und Aussagen:

Es trifft nicht zu, dass die Entwicklung der Krankenhausaussgaben vor der DRG-Einführung die **Beitragssatzstabilität in der GKV** gefährdete. Nachdem die Krankenhausaussgaben nach 1990 infolge der notwendigen Modernisierung ostdeutscher Krankenhäuser kurzzeitig angestiegen waren, blieben sie ab 1994 konstant bei ca. 2,7% des Bruttoinlandsproduktes (BIP). (Näheres siehe Kapitel I.4)

Hinsichtlich der **Leistungen** der Krankenhäuser gibt es mittlerweile mehr und differenziertere Daten als noch vor Einführung des DRG-Systems. Dies steht jedoch in keinem kausalen Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen. Die deutlich verbesserte Datenlage zu Diagnosen und Leistungen basiert nicht auf den DRG-Kodes, sondern auf Diagnosedaten, die auf Grundlage der internationalen Klassifikation der Diagnosen (ICD) erhoben werden, und auf Leistungsdaten, die in Form von Kodes und sprachlichen Definitionen des deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) erhoben und veröffentlicht werden. Hauptdiagnosen sind von den Krankenhäusern schon seit 1985 zu dokumentieren. Die Verbesserung der Datenlage resultiert aus entsprechenden Änderungen der Krankenhaus-Statistikverordnung (KHStatV).

Eine Erhöhung der **Kostentransparenz** bewirkt das DRG-System nicht. Vor seiner Einführung waren die Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen vor Budgetverhandlungen eine Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vorzulegen, die Auskunft über ihre Kostenstrukturen gab (Anlage 3 BpflV 1995). Diese Verpflichtung entfiel mit Einführung der DRG.

Auch bei der **Entwicklung der Verweildauern** hat das DRG-System das gesteckte Ziel nicht erreicht. Der Rückgang der Verweildauer in deutschen Krankenhäusern hat nicht erst mit Einführung der DRG begonnen, sondern lässt sich seit der Gründung der Bundesrepublik beobachten. Seit Einführung der DRG hat sich dieser Trend nicht verstärkt, sondern eher abgeschwächt. Während im Zeitraum von 1991 bis 2004 die durchschnittliche Verweildauer vollstationärer Fälle in Allgemeinkrankenhäusern jährlich um durchschnittlich 3,7% zurückging, waren es im Zeitraum 2005 bis 2016 jährlich nur noch durchschnittlich 1,7%.

Einige Gründe für die Abschwächung der Verweildauerverkürzung sind:

27 »Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems«, hg. von Anja Dieterich, Bernard Braun, Thomas Gerlinger, Michael Simon, Wiesbaden 2019

- Bei schon vorher niedrigen Verweildauern und gleichzeitig der Behandlung immer schwererer Fälle (die leichten werden zunehmend ambulant behandelt) lässt sich eine weitere Senkung nur schwer erreichen.
- Bei Unterschreitung der »unteren Grenzverweildauer« müssen die Krankenhäuser erhebliche Vergütungsabschläge hinnehmen.

Die Höhe der Fallpauschalen richtet sich nicht nach den **Kosten einer wirtschaftlichen Betriebsführung**. Mit Wirtschaftlichkeit ist gemeint:

- das Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
- Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
- sparsame Mittelverwendung ohne Verschwendung

In den Kalkulationskrankenhäusern werden lediglich die tatsächlich angefallenen »Ist-Kosten« erhoben. Ob diese Ergebnis einer wirtschaftlichen Arbeitsweise im oben genannten Sinn sind, ist unbekannt und bedeutungslos. Auf Grundlage des Durchschnitts der so ermittelten Ist-Kosten werden die Bewertungsrelationen berechnet, die nach Multiplikation mit einem »politisch« gedeckelten und auf Landesebene verhandelten Landesbasisfallwert die für den Einzelfall zu zahlende Fallpauschale ergeben. Wirtschaftlichkeit wird also an einem Durchschnittswert festgemacht. Wer darunter liegt ist wirtschaftlich, wer darüber liegt nicht. Was für den Patienten und die Beschäftigten notwendig ist spielt dabei keine Rolle. Da jeder versucht wirtschaftlich (also unter dem Schnitt) zu sein, entsteht eine Spirale nach unten, die sich nur negativ auf die Versorgungsqualität und die Arbeitsbedingungen auswirken kann.

Der Anspruch, das deutsche DRG-System sei leistungsorientiert oder leistungsgerecht, weil es nach dem Grundsatz »das Geld folgt der Leistung« verfare, entspricht nicht der Wirklichkeit. Tatsächlich ist es umgekehrt: Die Leistung folgt dem Geld. Anders ausgedrückt: Es werden immer mehr Leistungen ausgeführt und abgerechnet, um an mehr Geld zu kommen.

► Fazit

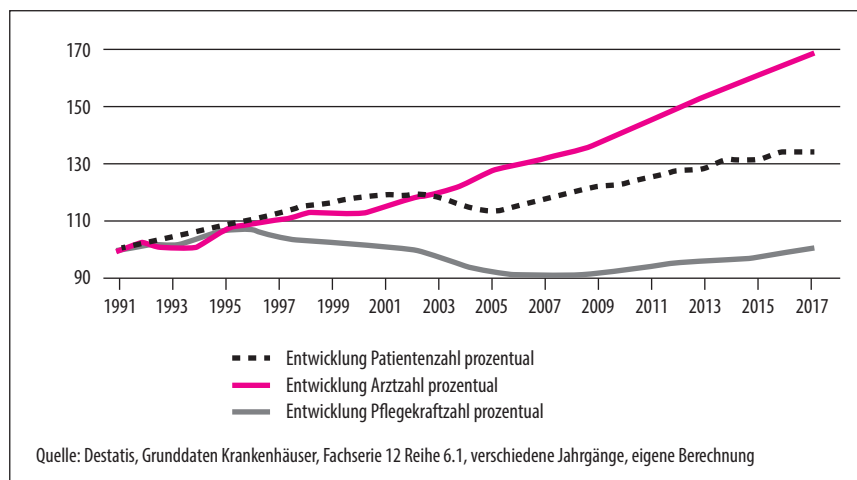
Die DRG haben die Krankenhäuser weder besser noch billiger gemacht. Sie haben Zentralisierungen, Krankenhaussterben und Bettenschließungen vorangetrieben, und sie haben den Zweck dieser Einrichtungen der Daseinsvorsorge pervertiert: Profitmacherei statt guter Versorgung. Es wird Zeit, dass sich das ändert.

Auswirkungen der Finanzierung durch Fallpauschalen auf Patient*innen

Obwohl aus heutiger Sicht die meisten der politisch versprochenen Ziele mit der Umstellung der Finanzierung von der Selbstkostendeckung (abgewickelt über tagessgleiche Pflegesätze) auf diagnosebezogene Fallpauschalen nicht erreicht wurden, hat das DRG-System auf andere Weise zu einem Paradigmenwechsel im medizinischen und pflegerischen Alltag geführt, der nachhaltige Auswirkungen auf die gesamte stationäre Krankenbehandlung hatte und bis heute hat. Getrieben von der Möglichkeit, durch den Betrieb eines Krankenhauses Gewinne zu machen, aber auch durch das Risiko, bei negativen Bilanzen den Bestand der Abteilung oder des gesamten Krankenhauses zu gefährden, sind die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen zu einer der wichtigsten, wenn nicht gar zur alles dominierenden Zielsetzung jeder Krankenhausleitung avanciert. Um dieses Denken bis in den letzten Winkel jeder Abteilung durchzusetzen, hat man flächendeckend sogar die Definition der Patient*innen verändert: Im Neusprech sind sie zu Kund*innen geworden, deren Wohl zwar in jeder Klinikinformationsbroschüre besonders hervorgehoben wird, denen aber letztlich Leistungen verkauft werden sollen, und zwar wenn möglich solche, mit denen der Verkäufer, das Krankenhaus also, Gewinne erwirtschaften kann.

Dieser Paradigmenwechsel hin zur Vorherrschaft betriebswirtschaftlicher Nutzererwägungen auf Kosten medizinischer Vernunft zum Wohle der einzelnen Patient*innen beschädigt seit Jahren das für die Behandlung so wichtige Vertrauensverhältnis zwischen den Kranken und den für ihre Behandlung verantwortlichen Ärzt*innen und Pflegekräften. Es gibt viele konkrete Indizien, die das Misstrauen der Patient*innen gegen die Therapieentscheidungen während ihrer stationären Behandlung rechtfertigen:

Abb. 13: Patienten, Ärzte, Pflegekräfte (in %)



► Steigende Patientenzahlen

Neben Kostensenkungen sind Fallzahlsteigerungen das probate Mittel, bei feststehenden Preisen einen möglichst großen Gewinn oder – wegen der allgemeinen Unterfinanzierung – ein möglichst geringes Defizit zu erzielen. Dementsprechend ist die Zahl der Patient*innen seit Einführung der DRG (2004) um 2,6 Mio. angestiegen. Die Zahl der Pflegekräfte (ein wichtiger »Kostenfaktor«) konnte hier bei weitem nicht mithalten. (Kapitel I.9) → siehe Abb. 13

Steigende Patientenzahlen durch ökonomische Anreize bedeuten aber auch, dass unnötige Behandlungen durchgeführt werden, dass leichte in schwere Fälle umdefiniert werden und dass Menschen z.T. ihr Leben lang mit dem Stigma einer Erkrankung fertig werden müssen. Überversorgung in Reinform.

► Kniegelenksoperationen

Innerhalb der letzten zwölf Jahre ist die Anzahl der Kniegelenkersatzoperationen von 128.932 im Jahr 2005 auf 190.427 im Jahr 2018 um 48% angestiegen. Diese Zunahme ist zum überwiegenden Anteil nicht auf die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft in diesem Zeitraum zurückzuführen, denn die von Gelenkabnutzung besonders betroffene Bevölkerungsgruppe der Menschen über 65 Jahre ist im selben Zeitraum nur um 8% gewachsen. Auch der medizinische Fortschritt hat in diesem

Zeitraum keine derart epochalen Sprünge gemacht; dies lässt sich durch eine nicht wesentlich geänderte wissenschaftlich-medizinische Leitlinienempfehlung der zuständigen Fachgesellschaften belegen. Da bleibt als treibender Anreiz für diese Mengenentwicklung nur die vergleichsweise günstige Relation zwischen Kosten und Erlös der entsprechenden Fallpauschale übrig.

► Hüftgelenksoperationen

Auch bei den Hüftgelenksendoprothesen ist ein vergleichbarer Trend feststellbar: Wurden im Jahr 2005 194.453 Operationen zum Hüftgelenksersatz durchgeführt, erfolgten dieselben Operationen 2018 in 239.204 Fällen, das ist eine Steigerung um 23%. Auch für diese Entwicklung können Änderungen der Altersstruktur und medizinischer Fortschritt allenfalls einen kleinen Teil des Unterschieds erklären, ökonomische Anreize im DRG-System sind für einen großen Teil dieser Therapieentscheidungen wesentlich mit verantwortlich. → siehe Abb. 14

► Kaiserschnitte

Während die Gesamtzahl aller Geburten in Deutschland seit 2000 über viele Jahre gesunken ist und erst seit wenigen Jahren wieder etwas ansteigt, hat der Anteil der

Abb. 14: Entwicklung Zahlen Gelenkersatz 2005–2018

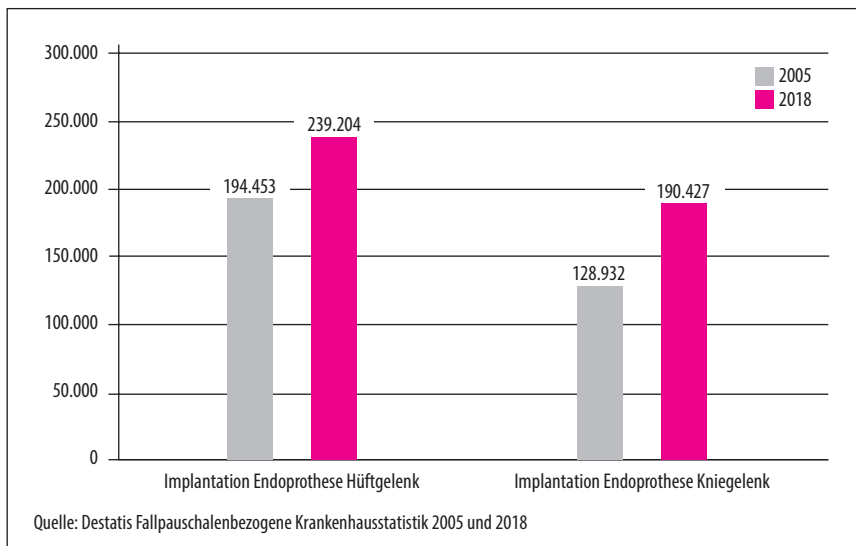
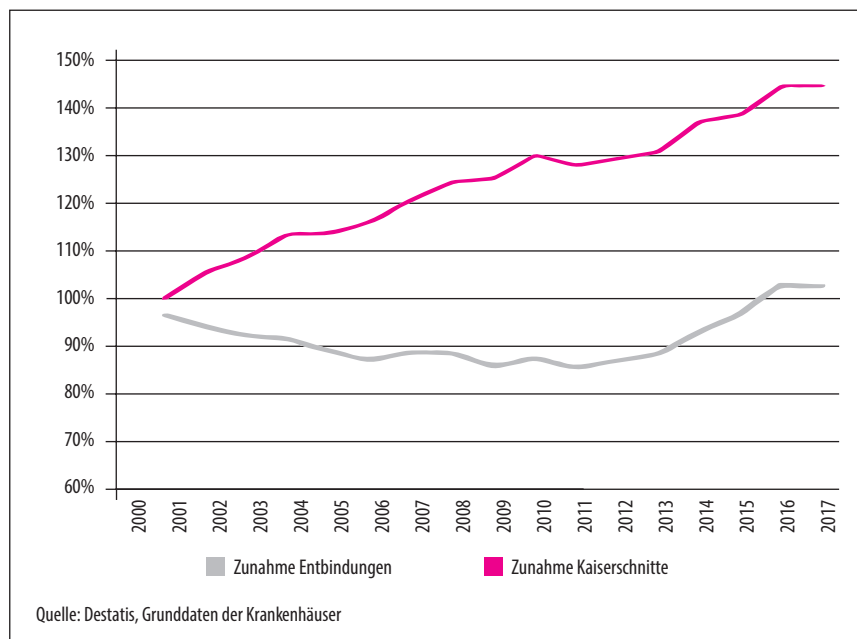


Abb. 15: Entwicklung Entbindungen und Kaiserschnitte im Krankenhaus (2000 = 100 %)



Kaiserschnitte im selben Zeitraum bis 2017 um über 40% zugenommen. Bedenkt man, dass der Erlös einer Kaiserschnitt-Operation ca. 1/3 höher liegt als der einer natürlichen Geburt, dass Kaiserschnitte außer in Notfallsituationen zeitlich gut planbar sind und nicht während der Nachtschichten durchgeführt werden und dass gleichzeitig mit weniger vaginalen Entbindungen auch Hebammenstellen eingespart werden können, liegt der Schluss nahe, dass nicht nur Sicherheitserwägungen für die Schwangeren die Indikationsstellung zur operativen Entbindung leiten, sondern ein komplexes Bündel an betriebswirtschaftlichen Erwägungen, das Erlössteigerung und Personaleinsparung in idealer Weise miteinander verknüpft. Dass die Risiken bei Folgeschwangerschaften dadurch steigen, bleibt außen vor. → siehe Abb. 15

► Diabetes

Die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (DFS) als einer der häufigsten Langzeitfolgen einer Zuckerkrankheit ist eine komplizierte und langwierige Behandlung, die aus Sicht der Patient*innen den Erhalt des Fußes als vorrangiges

Therapieziel definieren sollte. Das Spektrum der Behandlungsmaßnahmen ist vielfältig, der Erhalt des Fußes ist in vielen Fällen möglich durch eine konservative Behandlung mit Ruhigstellung, regelmäßige Wundbehandlung, Bekämpfung einer eventuell vorhandenen Wundinfektion und konsequente Einstellung der diabetischen Stoffwechsellaage. In geeigneten Fällen bedarf es dann noch einer Verbesserung der arteriellen Durchblutung durch Aufdehnung und Einsetzen einer Gefäßstütze (Stent) in eingengegte oder verschlossene Gefäßabschnitte. Nur als letzte Möglichkeit kommt dann eine Amputation eines Fußteils oder gar des ganzen Unterschenkels in Betracht, wenn alle Maßnahmen der konservativen Behandlung über einen längeren Zeitraum erfolglos bleiben. Das Finanzierungssystem durch Fallpauschalen im Krankenhaus setzt hier aber fatale ökonomische Anreize für die Entscheidung zur Amputation und gegen die beinerhaltende konservative Behandlung, denn die chirurgische DRG (F27A) mit Amputation führt zu Erlösen in Höhe von 10.678 Euro, während die DRG für die ausschließlich konservative Therapievariante (K60F) nur mit einem Erlös von 2.576 Euro bewertet ist und eine obere Verweildauer von 13 Tagen vorgibt, einen Zeitrahmen, der zur Zielerreichung nicht annähernd ausreicht. Selbst wenn man unterstellt, dass Krankenhäuser, die ohne Operation behandeln, die DRG F27C oder F27D (Behandlung ohne Amputation, aber mit »mäßig komplexen« oder mit »aufwendigem Eingriff«²⁸) abrechnen, um höhere Einnahmen zu erzielen, bleibt immer noch ein erheblicher »Einnahmeverlust« von 5.517 Euro bzw. 4.619 Euro – ganz zu schweigen von dem erheblichen pflegerischen Mehraufwand für die nicht operative Behandlung der Wunden (alle Angaben aus DRG-Katalog 2019 bewertet mit dem Landesbasisfallwert Baden-Württemberg 2019). Es steht also die finanziell gut bewertete chirurgische Behandlung mit zeitnaher Entlassung der schlecht bewerteten konservativen Behandlung gegenüber, die deutlich länger braucht als die in der Fallpauschale abgebildete stationäre Behandlungsdauer. Wie kann ein Patient in diesem Entscheidungskonflikt darauf vertrauen, dass die Ärzt*innen im Krankenhaus sich für den im Sinne des Patientenwohls richtigen Weg entschließen? So ist es kein Wunder, dass das Deutsche Ärzteblatt eine Überschrift wie in Abbildung 16 formuliert.

→ siehe Abb. 16

Diese Beispiele machen deutlich: In jedes Aufklärungsgespräch zwischen Ärztin und Patient schleichen sich neben den medizinischen Fragen der Behandlung unausge-

28 Gemeint sind z.B. die Entfernung von Gewebse Nekrosen oder aufwendige Verbandstechniken.

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Amputationsrate ist ein Desaster

Kritische Gefäßischämien könnten besser versorgt werden. Der Erhalt der Extremität sollte dabei im Vordergrund stehen. Die Dynamik des Fallpauschalensystems wirkt jedoch kontroproduktiv.

sprochen Interessenskonflikte ein, die das eigentlich unersetzliche Vertrauensverhältnis zwischen beiden Gesprächspartner*innen untergraben. Dieses Problem ist auch Gesundheitspolitik und Krankenkassen bewusst, und daher wurde 2019 im § 27b SGB V als Korrektiv das so genannte Zweitmeinungsverfahren eingeführt: Patient*innen haben die Möglichkeit, bei planbaren Eingriffen die ärztliche Behandlungsempfehlung durch die Vorstellung bei einem anderen Facharzt überprüfen zu lassen. Natürlich ist die Frage, ob »eine Krähe der anderen ein Auge aushackt«. In jedem Fall ist dieses neue Verfahren nichts anderes als ein Eingeständnis, dass ärztliche Therapieentscheidungen durch andere als nur patientenwohlorientierte Faktoren beeinflusst werden, kann aber das für die Heilung so wichtige Vertrauensverhältnis zum eigentlich behandelnden Arzt nicht wiederherstellen.

► Beatmungsdauer

Bei Intensivpatient*innen, die beatmet werden müssen, richtet sich die Vergütung neben der Diagnose auch nach der Dauer der Beatmung. Wird zum Beispiel ein Patient mit einer Lebertransplantation unter 59 Std. beatmet, erhält das Krankenhaus je nach Bundesland ca. 39.300 Euro. Wenn nur eine Stunde länger beatmet wird, steigt die Vergütung auf ca. 56.700 Euro, wird er über 179 Std. beatmet, sogar auf ca. 103.080 Euro. Damit entsteht ein finanzieller Anreiz, die Beatmung über die jeweiligen Grenzen hinaus fortzusetzen, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist. In der Presse sind solche Fälle mehrfach berichtet worden. → siehe Abb. 17

► Das »Durchschleusen« der Patient*innen

Die Auswirkungen des DRG-Systems bekommt die Patient*in noch in anderen Bereichen des stationären Behandlungsverlaufes zu spüren. Das beginnt schon mit der Planung des Aufnahmezeitpunktes: Weil das Krankenhaus für jeden Tag der

stationären Behandlung den Krankenkassen die Notwendigkeit dieses Aufenthaltes nachweisen muss, werden immer häufiger Patient*innen erst am Tag der Operation aufgenommen, denn der stationäre Eintritt vor dem Eingriff wird oft von den Krankenkassen abgelehnt. Für Patient*innen hat das zur Folge, dass sie gestresst und verängstigt zu ihrer Operation kommen, was dem guten Verlauf sicherlich nicht dienlich ist. Außerdem müssen sie dadurch für das ärztliche Aufklärungsgespräch (dieses muss 24 Stunden vor dem Eingriff stattfinden) und für sonstige OP-Vorbereitungen zuvor ambulant erscheinen (doppelte Fahrtzeiten und -kosten). Und wegen des Termindrucks werden sie dann möglichst rasch abgefertigt.

Das DRG-System ist nach der Aufnahme auch wesentlich verantwortlich für den Stress, dem die Patient*innen tagtäglich ausgesetzt sind. Zeit ist Geld, dieses Prinzip ist die Leitschnur für die straffe Organisation aller Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen. Je schneller die erforderlichen Untersuchungen und therapeutischen Prozeduren einschließlich großer Operationen abgearbeitet sind, umso rascher kann auch die Entlassung im Rahmen der vorgeschriebenen Verweildauern geplant und ein neuer Patient mit neuer DRG und neuen Erlösen in das selbe Bett gelegt werden. Das hat zur Folge, dass Ärzt*innen und Pflegekräfte sich besonders um diese eng getakteten Abläufe kümmern müssen und dass dadurch kaum noch Zeit bleibt für klärende, tröstende oder aufmunternde Gespräche, für die im Rahmen der finanziellen Fallpauschalkalkulation nur knappe Minutenbudgets vorgesehen sind. In der Sprache der Krankenhausverwaltung und des Medizin-Controlling sind diese Tätigkeiten »im System schlecht abgebildet« und sollten daher, wo immer möglich, eingespart oder abgekürzt werden.

► Fallsplitting

Zur Logik des betriebswirtschaftlichen Blicks auf den Behandlungsprozess gehört auch, sich während eines stationären Aufenthaltes nur um die Erkrankung zu kümmern, die als sogenannte Hauptdiagnose als Grund für die Aufnahme dokumentiert ist. Untersuchungen und Behandlungsprozeduren, die nicht zu dieser Diagnose passen, triggern die DRG nicht hin zu höheren Erlösen und werden deswegen nicht veranlasst. Diese eventuell dennoch notwendige Behandlung wird bewusst für einen weiteren stationären Aufenthalt aufgeschoben, der dann mit einer neuen Hauptdiagnose dem Krankenhaus auch wieder Erlöse verschafft. Fallsplitting heißt dieser Trick, der sich für den Klinikbetrieb als Fallzahlsteigerung sehr vorteilhaft auswirkt, den Patient*innen aber immer wieder in die Mühle der Krankenhausbehandlung treibt,

die so stets Stückwerk bleibt und gar nicht mehr den Anspruch hat, einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen zu entwickeln.

► Vorzeitige Entlassung

Innerhalb des DRG-Systems besteht ein erheblicher Anreiz zu Verweildauersenkungen. Dass in einem solchen ökonomisch geprägten Umfeld der täglichen Mängelverwaltung im Stationsalltag und der immer kürzeren Behandlungsdauer auch der Behandlungserfolg nachlässt, ist eigentlich nicht verwunderlich und aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur der DRG-Begleitforschung schon lange bekannt. Allerdings – das zeigen die Studienergebnisse – darf man zur Ergebniskontrolle nicht nur die immer kürzere Behandlungsdauer im Krankenhaus betrachten, sondern muss auch die Folgezeit nach Entlassung der Patient*innen in die Untersuchung einbeziehen, was aus Sicht der Patient*innen eine naheliegende Forderung ist. Bei Einhaltung dieser Studienkriterien zeigte sich schon vor 30 Jahren nach der Einführung des DRG-Systems in den USA die in den Abb. 18 und 19 dargestellte Entwicklung. → siehe Abb. 18, 19

Die Qualitätseinbußen der Behandlung, die durch das Fallpauschalensystem verursacht werden, reichen aus Patientensicht sogar über die Entlassung aus der akutstationären Versorgung hinaus und betreffen die anschließenden Behandlungsschritte. Insbesondere Anschluss-Rehabilitationen, die selbst gar nicht durch Fallpauschalen finanziert werden, haben einen geringeren Effekt, weil die Krankenhäuser ihre Patient*innen früher in die Rehakliniken überweisen, die zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns oft noch gar nicht in der Lage sind, an aktivierenden Therapieanwendungen teilzunehmen.

Abb. 18: Patienten mit Pneumonie in USA vor/nach DRG-Einführung

- Verweildauer: – 35%
- stationäre Kosten: – 25%
- Sterblichkeit im KH: – 15%

Aber:

- Sterblichkeit erste 30 Tage nach Entlassung: + 35%
- Wiederaufnahme wg. Rückfall: + 23%
- Verlegung in Pflegeheim: + 42%

Quelle: Mark L. Metersky et al., »Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia.« Arch Intern Med. 2000; S. 3385-3391

Abb. 19: Patienten mit Schenkelhalsfraktur in USA vor/nach DRG-Einführung

- VWD von 21,9 T auf 12,6 T
- Krankengymnastik von 7,6 auf 6,3 Anwendungen,
- Gehstrecke von 27 auf 11 Meter,
- Entlassung in Pflegeheim von 38% auf 60%,
- nach einem Jahr noch im Pflegeheim von 9% auf 33%

Quelle: New England Journal of Medicine: »Effects of PPS on the care of elderly patients with hip fracture.« 30. März 1989, Nr. 320 (13), S. 871f.

► **Komplikationen durch immer weniger Personal**

Die beste Chance auf Gewinne besteht, wenn ein Krankenhaus die Leistungen pro Fall mit geringerem Kostenaufwand erbringt als dieser in der Kalkulation zugrunde liegt. Und so liegt das Augenmerk jeder Geschäftsführung besonders auf den Personalkosten, weil diese für über 60% der gesamten Kosten eines Krankenhauses verantwortlich sind. Da Ärzt*innen für die erlösrelevanten Prozeduren im Behandlungsprozess zuständig sind wird in dieser Berufsgruppe vergleichsweise wenig gespart. Hauptbetroffene der Personaleinsparungen sind stattdessen die Pflegekräfte. Dies wiederum hat erhebliche Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und die Behandlungsergebnisse.

Welches Risiko speziell die Personaleinsparung im Pflegebereich für das Schicksal der im Krankenhaus behandelten Patient*innen beinhaltet, zeigt eine vergleichende Untersuchung von über 400.000 chirurgischen Patient*innen in 300 Krankenhäusern in neun verschiedenen europäischen Ländern: Einen Patienten pro Pflegekraft mehr zu versorgen (von sechs auf sieben Patienten) erhöhte in dieser Studie die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.²⁹

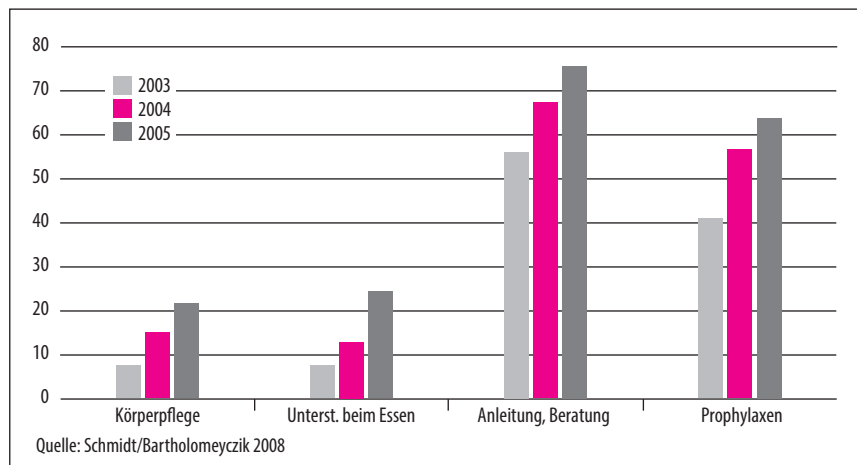
Eine Studie aus den USA³⁰ in 799 Krankenhäusern mit 6,2 Mio. Patient*innen erbrachte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der sinkenden Zahl von Betreuungsstunden durch Pflegekräfte und

- mehr Harnwegsinfektionen
- mehr Lungenentzündungen
- mehr Magen-Darm-Blutungen
- mehr Kreislaufkomplikationen (Herzstillstand, Schock).

29 Linda H Aiken e.A., »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. a retrospective observational study«, in: Lancet, 24. Mai 2014; Nr. 383 (9931), S. 1824-1830

30 Jack Needleman, Peter Buerhaus, Soeren Matkko, Maureen Stewart, Katya Zelevinsky, »Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals«, in: New England Journal of Medicine, Nr. 346/22, 30. Mai 2002, S. 1715-1722

Abb. 20: Weggelassene Aufgaben



Bereits 2010 gaben in einer repräsentativen Befragung 88% aller Pflegekräfte an, dass auf ihrer Station aus Kostengründen Pflegeleistungen rationiert werden:

→ siehe Abb. 20

► Fazit

Patient*innen gehören in jeder Hinsicht zu den Leidtragenden der Ökonomisierung in der stationären medizinischen Versorgung; ihre individuellen Anliegen stehen allzu oft im Widerspruch zu der betriebswirtschaftlichen Zielsetzung des Krankenhauses und kommen dann immer zu kurz. Sie erleben tagtäglich die Hektik des überlasteten Personals und trauen sich oft gar aus Mitgefühl mit den Pflegekräften nicht, diese um einfache menschliche Gefälligkeiten zu bitten. Je älter, kränker und damit bedürftiger die Menschen sind, umso weniger sind sie in der Lage, selbstständig und klar ihre Bedürfnisse einzufordern, und umso unerträglicher ist folglich diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit der stationären Versorgung für die Betroffenen. Patient*innen sind und waren nie Kund*innen. Solidarisch an ihrer Seite zu stehen und ihrem Wunsch nach Heilung, Zuspruch, Trost und Linderung ihrer Beschwerden nachzukommen, gehört zur Daseinsvorsorge und damit zu den Grundaufgaben unserer Gesellschaft. Ein den Gesetzen des Marktes unterworfenen Klinikbetrieb ist zur Bewältigung dieser Herausforderungen nicht geeignet.

Auswirkungen des DRG-Systems auf Beschäftigte im Krankenhaus

Mit Einführung der DRG wurde die Gewinnerzielung durch die Behandlung stationärer Patient*innen nicht nur zugelassen, sondern zur Ankurbelung des Wettbewerbs ausdrücklich begrüßt. Diese Aussicht veranlasste die Geschäftsführungen der Kliniken, schon vorab nach Sparpotentialen zu suchen, um gleich vom Start weg durch Verringerung der Kosten einen möglichst hohen Teil der Erlöse als betriebswirtschaftlichen Gewinn verbuchen zu können, sei es, um – wie bei den privaten Klinikkonzernen, die teilweise an der Börse notiert sind – Ausschüttungen für Aktionäre zu generieren, sei es, um fehlende Investitionsmittel der Länder durch eigene finanzielle Ressourcen zu ersetzen. Mit mehr als 60% an den Gesamtkosten ist der Personalbereich im Krankenhaus der größte Kostenblock.

► Auswirkungen auf den Pflegebereich

Weil bereits im Vorfeld der DRG-Einführung die gesetzlich geregelte Pflegepersonal-Regelung (PPR) 1997 außer Kraft gesetzt worden war, und weil in den meisten Kliniken die Reinigungs- und Versorgungsdienste schon privatisiert waren, lagen die größten Einsparpotentiale in der Reduzierung der Pflegestellen. Das InEK kalkuliert zwar für jede DRG einen bestimmten durchschnittlichen Anteil an Pflegekosten, es gibt aber keine Vorgaben, mit wie vielen Pflegestellen der Leistungsumfang einer DRG erbracht werden muss.

Und so wurden schon vor der gesetzlichen Einführung der DRG als vorbereitende Maßnahme kontinuierlich Stellen im Pflegebereich abgebaut. Gleichzeitig sanken aber die Liegezeiten der Patient*innen und es stiegen die Fallzahlen, denn der besondere betriebswirtschaftliche Anreiz des DRG-Systems liegt darin, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Patient*innen durch jedes Klinikbett zu

schleusen, weil jede*r neue Patient*in eine zusätzliche DRG mit daraus folgendem Erlös bedeutet.

► **Belastung steigt massiv**

Dieser betriebswirtschaftlichen Logik folgend sanken in den Jahren um die DRG-Einführung die Pflegestellen bundesweit von 350.000 (1995) auf 258.000 (2007) VK; dies entspricht einem Stellenabbau von 92.000 oder 26%. Im selben Zeitraum nahmen die Fallzahlen in allen Akutkrankenhäusern von 15.931.168 (1995) auf 17.178.573 (2007), also um 7,3% zu. Die Tabelle zeigt die Gesamtbilanz bis heute:

Tab. 2: Entwicklung von Patientenzahlen, Verweildauer und Pflegepersonal

	1995	2017	Veränderung	%
Patienten	15.931.168	19.442.810	3.511.642	22,0
VWD	12,1	7,3	– 4,8	– 39,7
Pflege	350.571	328.327	–22.244	– 6,3
Patienten/Pflegekraft	45	59	14	30,3

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Erst in den letzten Jahren wurden wieder mehr Pflegekräfte eingestellt – ein Erfolg der Streiks von Pflegekräften in mehreren Bundesländern, die schließlich sogar die gesetzliche Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG-Kalkulationen bewirkt haben (**Kapitel I.12**).

Insgesamt hat aber die Belastung (ausgedrückt als Patient*innen pro Pflegekraft) um über 30% zugenommen.

Die eigentliche Mehrbelastung durch diese gegenläufige Entwicklung von Pflegepersonalstellen und Patientenzahlen ist noch gravierender als es in den Zahlen zum Ausdruck kommt, denn jede Liegezeitverkürzung und daraus resultierende Fallzahlenzunahme bedeutet im Stationsalltag, dass alle Schritte eines Behandlungsprozesses enger getaktet sein müssen und dass die arbeitsintensivsten Phasen des stationären Aufenthaltes – Aufnahme und Entlassung – zunehmen. So verschiebt sich der Fokus des Pflegealltags weg von der direkten Versorgung der Patient*innen hin zu Dokumentation und Organisation der immer schneller aufeinander folgenden Abläufe. Die büro-

Abb. 21: Patienten pro ausgebildeter Pflegekraft auf Station pro Tagschicht



kratischen Aufgaben bekommen ein immer größeres Gewicht, denn nur mit einer lückenlosen präzisen Dokumentation in der Patientenakte kann sich das Krankenhaus erfolgreich gegen Erlösabschläge der Krankenkassen zur Wehr setzen, die das erklärte Ziel der immer häufigeren MdK-Einzelfallprüfungen sind. Diese Überprüfungen von Krankenhausrechnungen haben allein zwischen 2014 und 2018 von 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen pro Jahr (= 27%) zugenommen, das entspricht 13,3% aller Krankenhausabrechnungen bundesweit. Auch das hat natürlich eine innere Logik: Je mehr der Konkurrenzkampf tobt und je mehr es ums Geld geht, umso mehr muss dokumentiert werden, um sich vor Patient*innen und Kassen »schützen« zu können.

► Höchste Belastung im internationalen Vergleich

Die Überlastung der Pflegekräfte, die durch diese DRG-gesteuerten Entwicklungen verursacht ist, hat ein groteskes Ausmaß erreicht. In einem internationalen Vergleich mit mehreren europäischen Ländern ist die Zahl der Patient*innen, die in einer Tagschicht von einer Pflegekraft durchschnittlich versorgt werden muss, mit 13 Patient*innen in Deutschland am höchsten, während in Norwegen, Irland, Niederlande, Schweden und der Schweiz jeweils weniger als acht Patient*innen auf eine Pflegekraft kommen.

→ siehe Abb. 21

Abb. 22: Zitate aus Überlastungsanzeigen

- **Intensivstation:** »Sechs, manchmal nur fünf Pflegekräfte in der Schicht, davon in der Regel nur 1-2 mit Fachausbildung, haben 16 – 18 Patienten zu versorgen. Davon 6, manchmal 8 Beatmungspatienten, Patienten mit Hämofiltration (Blutwäsche), MRSA-Infektion, Entwöhnung vom Beatmungsgerät ... das sind oft 10 Patienten, die eigentlich eine 1:1 – Betreuung bräuchten«
- **Kinderstation:** »Unsere kleinen Patienten, die sich wegen ihrer Behinderung nicht äußern können, können wir nicht mehr zeitnah wickeln und umlagern. Nur mit Verzögerungen erhalten die Kinder Essen oder Medikamente. Säuglinge müssen 30 Minuten lang schreien, bevor sie gefüttert werden können. Notwendige Kontrollen von Atmung, Puls und Blutdruck sind nicht möglich, genauso wenig die Kontrolle der Infusionen.«

Aus internationalen wissenschaftlichen Untersuchungen ist auch bekannt, dass eine zu geringe personelle Ausstattung mit Pflegekräften die Qualität der stationären Behandlung signifikant verschlechtern kann. (Kapitel I.8)

► Überlastungsanzeigen

Schon lange und immer wieder weisen die überlasteten Mitarbeiter*innen in sogenannten Gefährdungsanzeigen die zuständigen Geschäftsführungen auf die unhaltbaren Arbeitsbedingungen auf den Stationen hin. Hier zwei von unzähligen Beispielen: → siehe Abb. 22

Die Pflegekräfte halten den sich verschärfenden Widerspruch zwischen ihrem beruflichen Ethos, das gerade in Pflegeberufen erheblich zum persönlichen Selbstverständnis beiträgt, und der Hetze im Stationsalltag mit daraus folgender Vernachlässigung vieler originärer Pflegeaufgaben nicht auf Dauer aus.

Schon 2008 gaben in einer repräsentativen Umfrage 88% aller beteiligten Pflegekräfte an, auf Stationen zu arbeiten, auf denen wichtige Pflegetätigkeiten rationiert werden. Als Gründe für das Gefühl, das Arbeitspensum häufig nicht zu schaffen, gaben 80% der Befragten starke Konflikte zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck an, fast genauso viele sahen starke Konflikte zwischen ihrem Berufsethos und dem alltäglichen Kostendruck als Ursache. Immer häufiger sehen die Pflegenden gegen die ständige Überlastung persönlich keine andere Hilfe, als ihre Arbeitszeit zu reduzieren (etwa die Hälfte aller Pflegenden arbeitet in Teilzeit), oder den

Beruf ganz zu verlassen. So gaben als Gründe für das Nachdenken über einen Berufswechsel 76% der Befragten an, die Arbeitsbedingungen gestatteten keine gute Pflege mehr, 54% fühlten sich ständig überlastet und ausgebrannt³¹. Die Folgen für die Gesundheit der Pflegenden sind ruinös. Seit Einführung der DRG stiegen die Zahlen der Krankheitstage, der langwierigen psychischen Erkrankungen und der Frühverrentungen stark an.

Den Ergebnissen des »Pflegethermometers 2009« des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zufolge stellen »Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar. Es zeigen sich insbesondere Probleme bei Arbeiten wie der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Hier weisen jeweils etwa vier von fünf Pflegekräften darauf hin, dass sie Mängel in den letzten sieben Tagen nicht ausschließen können. Bei der Medikationsverabreichung, Verbandswechseln und Hygienemaßnahmen sind es jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die Fehler und Mängel nicht ausschließen konnten.«³²

Eine weitere Folge ist die Zunahme von so genannten Dissonanzen (Missklang, Unstimmigkeit) zwischen den erlernten Normen und dem Arbeitsalltag: 2008 lehnen 87% (2006: 84%) der Pflegekräfte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen ab. Nur 12% von ihnen arbeiten aber im selben Jahr in Bereichen, wo es keine Rationierung gibt. (vgl. Braun et al. 2010) Da braucht man sich nicht zu wundern, wenn es zwischenzeitlich einen erheblichen Pflegekräftemangel gibt. Umgekehrt: Welches Potential an Pflegekräften wäre mobilisierbar, wenn sich die Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessern würden?

»Ganzheitliche Pflege« (eine Pflegekraft ist für alles bei einer bestimmten Zahl von Patient*innen zuständig), das war das Leitbild der Pflege in der Vor-DRG-Ära. Es wird zunehmend abgelöst durch eine Taylorisierung der Arbeitsabläufe, durch Funktionspflege (jede Pflegekraft ist nur noch für bestimmte Verrichtungen zuständig) und »Primary Nursing« (Trennung von Hand- und Kopfarbeit durch Pflege-

31 Alle Zahlen aus: Bernard Braun, Petra Buhr, Rolf Müller: »Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten«, Sankt Augustin 2008

32 Michael Isfort, Frank Weidner e.a., »Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus«, hg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln 2010, S. 7f.: www.dip.de

kräfte, die für höherwertige Planungstätigkeiten zuständig sind, und »Arbeitsbienen«, die die handwerklichen Tätigkeiten ausführen müssen). Gleichzeitig werden eigentlich pflegerische Tätigkeiten hin zu billigeren Hilfskräften verlagert. Das hat eine Deprofessionalisierung der Arbeit auf den Stationen zur Folge, weil in immer größerer Zahl geringer qualifizierte Mitarbeiter*innen eingestellt werden.

Zusammenfassend sind die Pflegekräfte die Berufsgruppe, die am stärksten vom Primat der Ökonomie betroffen ist:

- Ihre Arbeitsbelastung verdichtet sich durch die massiven Personalkürzungen bei gleichzeitiger Fallzahlsteigerung der durchgeschleusten Patient*innen.
- Ihre Freizeit ist ständig gefährdet, denn aufgrund der chronischen Unterbesetzung werden sie immer häufiger außerplanmäßig zu Zusatzschichten eingeteilt, um ein Minimum an pflegerischer Versorgung der Patient*innen aufrecht zu erhalten.
- Wenn sich die wirtschaftliche Lage eines Krankenhauses verschlechtert, werden sie immer häufiger im Rahmen von Notlagen-Tarifverträgen unter den üblichen Tarifgehältern bezahlt.
- Schlechte Arbeitsbedingungen und nicht ausreichende Bezahlung haben die Attraktivität des Berufes verschlechtert, daher können viele freie Stellen nicht wiederbesetzt werden, was die Überlastung nochmals steigert
- Gleichzeitig tragen internationale Werbekampagnen zur Rekrutierung von Pflegekräften aus anderen Ländern dazu bei, diesen ihre ausgebildeten Fachkräfte aus dem eigenen Gesundheitswesen abzuziehen und damit das Problem des Personalmangels auf ärmere Länder abzuwälzen.

► Auswirkungen auf andere Beschäftigtengruppen

Die steigende Priorisierung der Gewinnerzielung als dominierender Zweck des Krankenhausbetriebs wirkt sich nicht nur auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege aus, auch andere Berufsgruppen sind von den Einsparmaßnahmen betroffen. Dabei wirkt sich die Ökonomisierung bei den einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich aus. Die folgende Tabelle 3 und die Abb. 23 zeigen die Entwicklung der Personalzahlen in den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus und die Entwicklung der Patientenzahlen.

→ siehe Tab. 3 und Abb. 23

Tab. 3: Veränderung der Zahl der Patienten und der Beschäftigten in verschiedenen Berufsgruppen von 2005 bis 2017

	2005	2017	Diff.	Diff. in %
Med. techn. Dienst	116.531	139.152	22.621	19,4
Funktionsdienst	81.776	105.911	24.135	29,5
Verwaltung	53.891	59.869	5.978	11,1
klinisches Hauspersonal	14.064	8.842	– 5.222	– 37,1
Wirtschafts-/Versorgungsdienst	49.889	33.923	– 15.966	– 32,0
Techn. Dienst	17.451	15.072	– 2.379	– 13,6
Patientenzahl	16.096.353	18.842.723	2.746.370	17,1

Quelle: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser 2005 und 2017, eigene Berechnungen.

► Medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst

Diese Bereiche sind die Nadelöhre, durch die jede*r Patient*in muss. Hier waren die Möglichkeiten zu sparen durch den Willen, die Patientenzahl zu maximieren, deutlich eingeschränkt. Deshalb kam es hier auch zu einem Personalaufbau. Auch wenn dieser prozentual höher ist als die Zunahme der Patientenzahlen, kann man nicht von einer Entlastung ausgehen. Die zunehmende Arbeitshetze durch die schnellere Taktung und die Zunahme der Prozeduren pro Patient*in (OPs, Untersuchungen usw.) verhindert dies.

► Verwaltung

Auch hier wurde ein deutlicher Personalaufbau vorgenommen, der aber auch mit einer erheblichen Ausweitung der Aufgaben einherging. Dies entspricht internationalen Erfahrungen, die zeigen, dass in preisgesteuerten Krankenhaussystemen die Zahl der »Behandler« zurückgeht, die Zahl der für Verwaltungstätigkeiten notwendigen Beschäftigten aber stark ansteigt. Dies betrifft zwar auch die anderen Berufsgruppen, die zunehmend unter finanziellen Gesichtspunkten dokumentieren müssen, aber letztlich müssen die Beschäftigten in den Verwaltungen dies alles zusammenführen. Zu nennen sind hier die massiv gestiegenen Anforderungen an die Kosten- und Leistungsrechnung. Jede einzelne Tätigkeit muss finanziell bewertet

Abb. 23: Veränderungen 2005 bis 2017 in %



und einer Kostenstelle, einer Kostenart und einem Kostenträger (Patient*in) zugeordnet werden. Die Budgetverhandlungen mit den Kassen werden immer aufwändiger, und schließlich muss alles ja ständig durch das Controlling überwacht werden und ggf. gegengesteuert werden.

► Klinisches Hauspersonal und Wirtschafts- und Versorgungsdienste

Auch für diese Mitarbeiter*innen des Krankenhauses hat das Arbeitsvolumen durch die Fallzahlsteigerung erheblich zugenommen. Häufigerer Patientenwechsel bedeutet Mehrarbeit für die Reinigungskräfte, das Küchenpersonal und auch den Transportdienst. Deren Anzahl ist aber nicht angestiegen, sondern deutlich abgesunken. Das liegt daran, dass die Geschäftsführungen bei diesen Berufsgruppen schon seit Jahren noch andere betriebswirtschaftliche Stellschrauben nutzen, um die sich widersprechenden Ziele Kostensenkung und Bewältigung von Mehrarbeit gleichzeitig zu erreichen:

- Der gesamte Wirtschafts- und Versorgungsdienst wird oft aus dem eigentlichen Krankenhausbetrieb ausgegliedert und gleich privatisiert oder in klinik-

eigene Tochtergesellschaften verschoben. Damit unterliegen die Mitarbeiter*innen dieser Tochtergesellschaften z.B. nicht mehr dem TVöD-Tarif für Krankenhäuser, sondern können in niedrigere Tarife oder gar in tariflose Beschäftigungsverhältnisse überführt werden mit Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen.

- Zusätzlich können die Arbeitnehmer*innen in den Tochtergesellschaften den Anspruch auf betriebliche Rentenzusatzversorgung für den öffentlichen Dienst bei VBL oder ZVK verlieren – für das Krankenhaus als Arbeitgeber ein weiteres Einsparpotential. Für die Arbeitnehmer*innen, die oft in besonders niedrigen Lohngruppen arbeiten, ein zusätzliches Risiko künftiger Altersarmut.

Diese Ausgliederung betrifft nach Schätzungen der Gewerkschaft ver.di bis zu 20% aller bisherigen Krankenhausmitarbeiter*innen. Bei einer Befragung von 100 Klinik-Geschäftsführern stellte sich heraus, dass inzwischen ca. 50% aller Klinikwäschereien, 46% aller Reinigungsdienste und 38% aller Krankenhausküchen fremdvergeben sind.³³

► Fazit

Nur durch einen Systemwechsel weg vom DRG-System hin zu einer Finanzierung der tatsächlichen Kosten, die für eine am Patientenwohl orientierte Behandlung erforderlich sind, kann die Ökonomisierung in der stationären Versorgung wieder zurückgedrängt werden. Nur so ist es möglich, adäquate Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter*innen im Krankenhaus zu schaffen, die den Arbeitsplatz Krankenhaus wieder erstrebenswert machen und eine qualitativ hochwertige Behandlung für die Patient*innen im Krankenhaus gewährleisten können.

33 www.kma-online.de: »Konzentration auf das Kerngeschäft«. 29. Juni 2016.

Veränderung des professionellen Ethos

»Das Fallpauschalensystem, nach dem Diagnose und Therapie von Krankheiten bezahlt werden, bietet viele Anreize, um mit überflüssigem Aktionismus Rendite zum Schaden von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften. Es belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über berechenbar kurze Zeiträume zum Einsatz kommt – Herzkatheter-Untersuchungen, Rückenoperationen, invasive Beatmungen auf Intensivstationen und vieles mehr. Es bestraft den sparsamen Einsatz von invasiven Maßnahmen. Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die abwarten, beobachten und nachdenken, bevor sie handeln.«

(aus: »Rettet die Medizin«, Ärzte-Appell des Magazin stern vom 5. September 2019;
getragen von mehr als 50 vorwiegend ärztlichen Organisationen und
Verbänden sowie über 1.500 ärztlichen Unterzeichner*innen)

Die Unterordnung aller Behandlungsprozesse unter die Prinzipien von Ökonomisierung und Kommerzialisierung ist Kern des Fallpauschalensystems. Für Patient*innen bedeutet die Unterordnung ihres Wohls geradezu zwangsläufig gesundheitliche Risiken von Unter-, Über- oder Fehlversorgung.

► Was aber macht das DRG-System mit den Betroffenen in den Gesundheitsberufen im Krankenhaus?

Die ökonomisch motivierte Verformung der – sinnvollerweise am Behandlungsbedarf auszurichtenden – Struktur eines Krankenhauses schlägt im DRG-System von oben nach unten bis auf die Ebene der Berufsgruppen und der einzelnen Beschäftigten durch, die an der Deformierung ihrer Profession leiden. Das eigentliche, verbindende Element professioneller Autonomie in den Gesundheitsberufen stellt die Orientierung an »guter Arbeit«, dem Wohl der individuellen Patient*in und dem Gemeinwohl dar. Diese erstrebenswerte professionelle Haltung der für den Behandlungserfolg wichtigen Fachleute wird im deutschen Fallpauschalensystem missachtet

und beschädigt. Wie enttäuschend ist es beispielsweise, als Mitarbeiter*in im Krankenhaus-Sozialdienst erleben zu müssen, dass der Erfolg einer Krankenhausentlassung im DRG-System nicht in der Vorbereitung und Verknüpfung aller für die Patient*in notwendigen Unterstützungsmaßnahmen, sondern aus Sicht des Krankenhauses darin besteht, die Patient*in zum frühestmöglichen Zeitpunkt loszuwerden.

Fallpauschalen erzeugen einen starken betriebswirtschaftlichen Druck, die Kosten bei der Behandlung des einzelnen »Falles« so gering als irgend möglich zu halten. Da Personalkosten der größte Kostenanteil im Krankenhaus sind, ist es betriebswirtschaftlich vernünftig, mit möglichst wenig bzw. zu wenig Personal zu arbeiten. Die Aushöhlung der Professionalität, Demotivierung und Frustration sind zwar in Details in den Berufsgruppen unterschiedlich, aber letztlich doch für alle Beschäftigten gleich, wenn »gute Arbeit« und die Orientierung am Patient*innenwohl nicht oder kaum zu verwirklichen sind. Im Bereich der nicht-ärztlichen Berufe im Krankenhaus gilt diese Logik nahezu uneingeschränkt. Für ein vertieftes Verständnis der Verhältnisse ist es in der weiteren Analyse sinnvoll, die Betroffenheit in der direkten Patient*innenversorgung tätiger ärztlicher und nicht-ärztlicher Beschäftigter gesondert zu betrachten. Im Bereich der Pflege, der Heilberufe, der Sozialdienste und weiterer Berufsgruppen wurden Tätigkeitsfelder und Stellenpläne in wiederkehrenden Kürzungsrunden zusammengestrichen. Die materielle und symbolische Entwertung der Berufe bewirkt eine *Deprofessionalisierung* dieser wichtigen pflegerischen, therapeutischen, medizinischen und sozialen Tätigkeiten. Dabei werden die Betroffenen sowohl als Fachgruppe als auch individuell dem systematisch erzeugten Kostendruck ausgesetzt und, vor allem durch Verknappung von Behandlungszeiten, zu einer Rationierung ihrer Tätigkeiten gezwungen. Der Widerspruch zwischen professionellem Anspruch und erzwungener Unterversorgung anvertrauter Patient*innen, dadurch entstehende Schuldgefühle und Frustrationen müssen individuell ertragen werden. In der aufwendigen Dokumentation im DRG-System wird ein »zu wenig« an Zuwendung allerdings nicht erfasst. Aufgrund des allgegenwärtigen Kostendrucks registrieren und sanktionieren Vorgesetzte und Klinikleitungen allenfalls ein »zu viel«.

Die nichtärztlichen Berufsgruppen sollen sich passiv in diese Struktur ein- bzw. unterordnen. Dementsprechend haben viele Fachkräfte persönliche Konsequenzen gezogen und ihre Arbeitszeit reduziert, innerlich gekündigt oder ihre Position struktureller Hilflosigkeit an einem weitgehend sinnentleerten Arbeitsplatz verlassen und sich beruflich umorientiert – oft schweren Herzens. Dies ist eine der wesentlichen Ursachen des allseits beklagten Fachkräftemangels in patientennahen Berufen.

Durch die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRG ab 2020 besteht Hoffnung, dass wenigstens die Krankenpflege aus der Abwärtsspirale von Kostensenkung und Unterversorgung herausgenommen wird. (Kapitel I.12) Allerdings ist für alle anderen Berufsgruppen, für die eine am Bedarf orientierte Personalbemessung mit Selbstkostendeckung weiterhin aussteht, zu befürchten, dass sich der Druck noch weiter erhöht.

► Was aber macht das deutsche DRG-System mit der Professionalität der Ärzt*innen?

Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ist kompromisslos: »(§2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen. (...) (§4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.«³⁴

Da die Ärzteschaft, besonders ihre Führungskräfte, einen bestimmenden Einfluss auf die Steuerung der Prozesse in den Krankenhäusern ausübt, war es politisch entscheidend, sie für die neuen Handlungsmaximen und Management-Techniken zu gewinnen, damit sie dem ökonomischen Primat aktiv folgen. Dabei werden die in der Ärzteschaft weit verbreitete unkritische Leistungs- und Zielorientierung und eine oftmals elitäre Grundhaltung, verbunden mit einem starken Führungsanspruch, durch die Konstruktion des DRG-Systems gefördert. Üblich ist es, abteilungsgebundene Leistungsziele zu vereinbaren, die z.B. mit mehr Personalstellen, Geld oder mehr Betten »belohnt« werden. Das Bonussystem in Gestalt von individuellen »erfolgsabhängigen« Boni für Chefärzt*innen wurde nach öffentlicher Kritik etwas eingeschränkt. Aber letztlich funktioniert das System bestens mit der Erpressung ganzer Abteilungen, die individuellen Boni sind nur das Sahnehäubchen.

In jedem Fall gilt: Die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme einer Patient*in wird ärztlich getroffen, die Festlegung von Diagnosen und die Indikationsstellungen zu Prozeduren und Operationen ebenso. Die Gesetzmäßigkeiten des

34 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997, in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018, www.bundesaerztekammer.de

deutschen DRG-Systems besagen: Vorhaltekosten werden Krankenhäusern nicht erstattet. Die Anzahl stationärer Behandlungen sowie Menge und Invasivität lukrativer medizinischer »Prozeduren« entscheiden über die Höhe der DRG-Erlöse, also den wesentlichen Teil der Einnahmen eines Krankenhauses.

Damit hat die Ärzteschaft unfreiwillig eine doppelte, widersprüchliche Schlüsselrolle – für das Wohl der Patient*innen einerseits und den betriebswirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses andererseits. Dieses Dilemma ärztlichen Handelns kann aufgrund der ökonomischen Zwangsgesetze des DRG-Systems individuell niemals aufgelöst werden. Der Appell an die unabweisbare ärztliche Verantwortung für die Patient*innen, wie z.B. im Ärzte-Appell, ist also einerseits ethisch richtig und geboten: *»Aber auch manche Ärztinnen und Ärzte selbst ordnen sich zu bereitwillig ökonomischen und hierarchischen Zwängen unter. Wir rufen diese auf, sich nicht länger erpressen oder korrumpieren zu lassen.«* (Ärzte-Appell des Magazin *stern*). Aber noch im gleichen Atemzug muss andererseits das System einer Krankenhausfinanzierung skandalisiert werden, das ein derartiges moralisches Dilemma ärztlichen Handelns nicht etwa unabsichtlich zulässt, sondern gezielt erzeugt.

Die in der Öffentlichkeit oft vorkommende Kritik an Einzelfällen moralischer Verkommenheit in der Ärzteschaft ist natürlich berechtigt, sie lenkt aber ab von den systematischen Zwängen der Ökonomisierung, denen auch Ärzt*innen unterliegen. Wer einmal Zeuge wurde, wie unzureichende Erlöse aus Fallpauschalen der Anlass waren, für eine gute Versorgung notwendige ärztliche und pflegerische Stellen in einer Fachabteilung zu streichen, weiß, wie bedrückend dieses Dilemma ist. Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Problematik hat den Deutschen Ethikrat 2016 dazu bewogen, mit der Stellungnahme »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus« gezielt zu intervenieren. Die politischen Entscheider*innen und die betriebswirtschaftlichen Klinikleitungen als deren Gewährsträger befinden sich allerdings in sicherer Entfernung von der Krankenversorgung und ihren Zwängen und Nöten. Heinz Naegler und Karl-Heinz Wehkamp schreiben in einem Artikel, der die Ergebnisse ihrer Studie »Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview« von 2018 zusammenfasst: *»Dadurch zeichnen die Ärzte ein anderes Bild der deutschen Krankenhausmedizin als die Geschäftsführer. Die Einschätzungen beider Gruppen liegen vielfach weit auseinander.«*³⁵

→ siehe Tab. 4

35 Heinz Naegler, Karl-Heinz Wehkamp, »Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus«, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 47, 24.11.2017

Tab. 4: Antworten von Ärzten und Geschäftsführern auf ausgewählte Fragen

Frage	Antworten			
	Ärzte		Geschäftsführer	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Aus wirtschaftlichen Motiven werden Patienten aufgenommen, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören.	16	1	3	17
Aus wirtschaftlichen Motiven werden »lukrative DRG« bevorzugt aufgenommen.	9	9	3	16
Aus wirtschaftlichen Motiven werden Wahlleistungspatienten bevorzugt aufgenommen.	10	5	1	18
Aus wirtschaftlichen Motiven werden für Patienten gesondert abrechenbare Leistungen erbracht, zum Beispiel Herzkatheter-Untersuchungen oder Koloskopien, die medizinisch nicht notwendig sind.	9	4	3	17
Aus wirtschaftlichen Gründen werden Patienten mehrfach aufgenommen, obwohl aus medizinischer Sicht vor der DRG-Ära nur ein Krankenhausaufenthalt üblich war.	12	4	9	11
Aus wirtschaftlichen Gründen werden Patienten operativ behandelt, obwohl aus medizinischer Sicht die konservative Behandlung angemessen wäre.	8	4	4	15
Medizinische Abteilungen und Verfahren, die dem Haus viel Geld bringen, werden bevorzugt ausgebaut. Das entspricht nicht immer dem medizinischen Bedarf.	18	0	5	13
Es kommt vor, dass die Behandlungsdauer von Patienten, zum Beispiel deren Beatmung oder der Aufenthalt in einer Intensiv- oder Palliativstation, direkt oder indirekt durch die DRG beeinflusst wird.	12	5	5	13

Quelle: Heinz Naegler, Karl-Heinz Wehkamp, Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 47

► Die Indikationsstellung als Einfallstor ökonomischer Interessen

Die Problematik der ärztlichen Indikationsstellung wurde 2015 in der Stellungnahme der Bundesärztekammer »Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung« differenziert dargestellt:

»Die Indikation lässt sich definieren als die Beurteilung eines Arztes, ob eine konkrete medizinische Maßnahme angezeigt (indicare = anzeigen) ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen. (...) Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die medizinische Indikation nicht im Sinne eines Algorithmus zu verstehen ist, weil sie zwangsläufig auf eine Verbindung wissenschaftlicher Fakten mit lebensweltlichen Aspekten des Patienten in seinem soziokulturellen Bezug angewiesen ist. Sie ist somit nicht weniger als das Resultat eines individuellen ärztlichen Abwägungsprozesses, bezogen auf einen bestimmten Zeitpunkt. Allerdings setzt die Unaufhebbarkeit singulärer Entscheidungen nicht die Notwendigkeit außer Kraft, dass die medizinische Indikation letzten Endes nach Regeln gestellt wird. (...) Zugleich ist die Indikation als Ergebnis dieses Entscheidungsprozesses eine Kategorie, die im ärztlichen Berufsrecht genauso ihren Niederschlag gefunden hat wie im Recht der ärztlichen Behandlung. Sie ist ein normatives Konzept, das zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Maßnahmen differenziert. Damit hat sie auch eine soziale Funktion, weil an die medizinische Indikation oft die Frage nach der Übernahme der Kosten durch die Solidargemeinschaft geknüpft ist. Und schließlich hat die medizinische Indikation eine personale Funktion, weil darüber das Vertrauensverhältnis zum Arzt gestiftet wird. (...) Aufgabe des Arztes ist es also, sich der Funktion der Indikation als eine Art Filter bewusst zu sein und so dem Patienten nur die Interventionen anzubieten, die nach medizinischem Standard und nach Berücksichtigung der konkreten Patientengeschichte angezeigt erscheinen. (...)

Fehlentwicklungen können sich im ambulanten wie im stationären Bereich gerade deshalb ausweiten, weil die medizinische Indikation ein vielschichtiger Begriff ist, der dazu missbraucht werden kann, eine ökonomisch motivierte Intervention zu maskieren. (...) Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Verinnerlichung ökonomischer Logiken von Seiten der Ärzte besteht die Gefahr, dass sie bei bestehenden ökonomischen Anreizen zur »Fallzahlerhöhung« dazu verleitet werden, ihre Patienten subtil zu täuschen. Sofern es zu einer solchen Täuschung kommt, ist dies nicht nur ein individualethisches Problem, sondern zugleich ein strukturelles Problem: Es zeugt von einer nicht verantwortbaren Dysfunktionalität des Systems, dass Ärzte in derartige Situationen der Zerrissenheit zwischen zwei konkurrierenden Entschei-

dungslogiken geraten und eine moralische Dissonanz verspüren. Solche strukturellen Fehlentwicklungen könnten auch rechtliche Folgen haben, wenn medizinisch nicht begründete Indikationen zu nicht indizierten Maßnahmen (z. B. Diagnostik, Therapie, Operation) führen. Neben der individuellen Haftung eines Arztes für einen Behandlungsfehler kommt eine Organisationshaftung des Krankenhauses bzw. des Trägers in Betracht. Hart und Hubig fassen die Aussage wie folgt zusammen: »Der sich in einer medizinisch nicht indizierten Diagnostik oder Therapie manifestierende (ökonomisch begründete) Interessenkonflikt ist fehlerhafte Behandlung und Organisationsfehler.«³⁶ Die empirischen Belege für ökonomisch motivierte, medizinisch nicht indizierte stationäre Krankenbehandlungen und invasive Prozeduren sind nach rund 15 Jahren Fallpauschalensystem in Deutschland so zahlreich und erdrückend, dass sie nach langen Jahren des Leugnens mittlerweile von der Fachwelt (fast) einhellig nicht mehr nur eingestanden werden, sondern der politische Prozess der Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung auch offen kritisiert wird.

Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels ist zu erwarten, dass sich der Widerspruch von gleichzeitiger Unter- und Überversorgung konkurrierender Patientengruppen weiter verschärft. Wenn das Fallpauschalensystem bleibt, wird auch der ökonomische Druck bleiben, fragwürdige, aber lukrative Maßnahmen zu indizieren. Die knapper werdenden personellen Ressourcen werden dabei aber fehlgeleitet: In ökonomisch unattraktiven Bereichen wie z.B. der Notfallversorgung wird also ein Fachkräftemangel in Kauf genommen. Die Konsequenz ist eine unwürdige und Patient*innen gefährdende, implizite Rationierung in Medizin und Pflege.

Man sollte also nicht nur über die Frage diskutieren, ob wir zu viele Betten und Krankenhäuser haben und welche Strukturmaßnahmen den Wirkungsgrad der Krankenhäuser verbessern. Man sollte endlich zur Kenntnis nehmen, dass im Fallpauschalensystem wertvolle personelle Ressourcen für unnötige Maßnahmen verschwendet werden. Man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, dass die politisch Verantwortlichen die Verantwortung für Versorgungsengpässe, Gefährdung und Schädigung von Patient*innen in der Öffentlichkeit den behandelnden Ärzt*innen zuschieben werden. Aus einem eigentlich politischen Skandal wird so ein Medizinskandal gemacht. Pfleger*innen, die bei Unterbesetzung Bettenschließungen fordern, setzen sich dem gleichen Vorwurf aus: Sie seien schuld an Versorgungsengpässen.

36 Stellungnahme der Bundesärztekammer »Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung«, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 18, 1. Mai 2015

Eine solche Argumentation ist schlicht eine Gemeinheit: Wenn bei Unterbesetzung keine Betten geschlossen werden, akzeptiert man ebenfalls eine Unterversorgung, nämlich aller anwesenden Patient*innen. Und das soll ethisch besser sein?

► Fazit

Alle Aufrufe an das medizinische Personal zu ethisch verantwortlicherem Handeln, zur Besinnung auf die Wissenschaftsbasierung der modernen Medizin, zu mehr Leitlinienentreue und zu einer echten Patient*innenorientierung, wie in der *Charter on medical professionalism*, im ärztlichen *Gelöbnis des Weltärztebunds* in der Deklaration von Genf 2017 und im *Klinik-Codex Medizin vor Ökonomie der DGIM*³⁷ können politischen Veränderungen zwar die Richtung vorgeben, alleine aber nur wenig bewirken. Die Krankenhausbeschäftigten, (potenzielle) Patient*innen und weitere gesellschaftliche Kräfte müssen gemeinsam dafür kämpfen, Medizin und Pflege von Profitinteressen und Konkurrenz zu befreien und eine Umorientierung des Gesundheitswesens in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung zu erkämpfen.

37 »Charter on medical professionalism: a physicians' charter«, Lancet 2002, 359:520–22; »Ärztliches Gelöbnis des Weltärztebunds in der Deklaration von Genf 2017«, in: <https://www.bundesaerztekammer.de>; »Klinik-Codex Medizin vor Ökonomie«, DGIM, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 49, 08.12.2017

Kapitel I.11

Privatisierung von Krankenhäusern: Raus aus der »uniformen Zementwüste des Kollektivismus«!

Am 18. Oktober 1984 stand im Bundestag das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung auf der Tagesordnung. Der »Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung«, Norbert Blüm, beschrieb die neoliberale Wende der CDU/FDP-Regierung für den Krankenhaussektor: *»Wer für Entstaatlichung der Daseinsvorsorge ist, der kann bei der Krankenhausreform seinen Mut beweisen.«*

Das tat er. Paragraf 1 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes formulierte das Leitbild des »eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhauses«. §1 Abs. 2 ebnete den Weg für private Träger, die bis dahin ein Mauerblümchendasein fristeten: *»Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Trägervielfalt zu beachten. Dabei ist (...) insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten.«*

Zur Begründung schlug der Minister kräftig auf die Pauke: *»Gegliedertes Sozialsystem, Selbstverwaltung, Pluralität – das ist der Garten, das ist das Feld, auf dem wir leben wollen, nicht aber in einer uniformen Zementwüste des Kollektivismus.«*

Ein Krankenhauswesen mit Selbstkostendeckung und ohne private Betreiber: Zementwüste des Kollektivismus! Denn der Mensch hat nun mal den nicht zu unterdrückenden natürlichen Drang, Gewinn zu erzielen: *»Wer keinen Gewinn machen darf, wer nicht zurücklegen kann, hat auch keinen Ansporn zum Sparen. (...) Das ist die eine Seite der Medaille: Man beraubt die Krankenhäuser des Spases, für sich selber durch Sparsamkeit zu sorgen. Die andere Seite der Medaille ist: Der erzwungene Verzicht auf Gewinn und Verlust wird durch ein bequemes Selbstkostendeckungsprinzip (...) schmackhaft gemacht.«³⁸*

38 Alle Zitate aus: Plenarprotokoll 10/91 des Deutschen Bundestags, 18.10.1984, S. 6734, 6735

§17 KHG ließ jetzt »prospektive Budgets« zu. Durch Unterschreitung der »prospektiven« Kosten konnten Krankenhäuser ab dem Jahr 1985 Gewinne erzielen. (Kapitel I.1)

Welche Bilanz ziehen wir nach 35 Jahren des Entkommens aus der »Zementwüste des Kollektivismus« und »des Spaßes, für sich selber durch Sparsamkeit zu sorgen«? Es ist offensichtlich, dass die Ermöglichung von Gewinnen und nicht die Sorge um die Gesundheit der Menschen der entscheidende Faktor für das Engagement der Privaten war. Schließlich lockte ein milliardenschwerer Markt.

► Die einzelnen Konzerne

► Helios

Die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen, lockte private Betreiber ins neue Geschäftsfeld: 1984 gründeten Bernard große Broermann (so nennt er sich tatsächlich) und Lutz Helmig die Asklepios Kliniken. Lutz Helmig spaltete seine Anteile an Asklepios im Jahr 1994 ab und gründete die Helios Kliniken GmbH. Im Jahr 2005 verkaufte er seine Anteile für 1,58 Mrd. Euro an den Fresenius-Konzern, ein börsennotiertes Pharma- und Medizintechnikunternehmen, das seit 2001 auch in den Krankenhaus- und Rehamarkt expandiert.

Am 16. Juni 2014 kaufte Fresenius nach Freigabe durch das Bundeskartellamt 40 einzelne Kliniken und 13 Medizinische Versorgungszentren der Rhön Klinikum AG. Der Kaufpreis betrug etwa 3 Mrd. Euro. Fresenius Helios wurde damit zum größten privaten Krankenhausbetreiber in Europa. Die Rhön Klinikum AG bot ihren Aktionär*innen den Rückkauf von 66 Mio. Aktien (von 138 Mio.) zum »Angebotspreis« von 25,18 Euro pro Aktie an. Insgesamt wurden 1,63 Mrd. Euro an die Aktionär*innen ausgezahlt.

Im Jahr 2016 kaufte Fresenius Helios den spanischen Gesundheitskonzern Quirónsalud, den größten privaten Krankenhauskonzern in Europa außerhalb der BRD: 46 Krankenhäuser, 6.600 Betten, 56 ambulante Gesundheitszentren, 300 Einrichtungen für betriebliches Gesundheitsmanagement, 35.000 Beschäftigte. Kaufpreis: 5,8 Mrd. Euro. Dieses Geld floss an das Private-Equity-Unternehmen CVC Capital Partners und seine Geschäftsführer. Quirónsalud erwarb Ende 2016 50% einer Privatklinik in Peru (Clinica Ricardo Palma). 2018 übernahm Quirónsalud Clínica Medellín, zwei Krankenhäuser mit 185 Betten, »und erschließt damit den attraktiven privaten Krankenhausmarkt in Kolumbien« (Fresenius Presseerklärung).

rung). Am 23. Dezember 2019 gab Fresenius die Übernahme des Centro Medico Imbanaco in Cali (Kolumbien) bekannt (350 Betten, 17 OP-Säle, 130 Millionen Euro Jahresumsatz). Bereits am 19. Februar 2020 berichtete der Konzern über den Kauf einer weiteren privaten Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie (Clínica de la Mujer) in Bogotá mit jährlich etwa 3.000 Geburten. Das Krankenhaus verfügt über rund 80 Betten und fünf Operationssäle und erzielte im Jahr 2019 einen Umsatz von umgerechnet rund 20 Millionen Euro.

Der Kaufpreis für die Klinik in Cali beträgt etwa 300 Millionen Euro. Was die erste Akquisition in der kolumbianischen Hauptstadt Bogotá kostet, bleibt geheim: »Über die Konditionen der Übernahme wurde Stillschweigen vereinbart.«³⁹

100.144 Helios-Beschäftigte in Deutschland und Spanien erarbeiteten im Jahr 2018 8,993 Mrd. Euro Umsatz und ein Jahresergebnis von 686 Mio. Euro.

► Asklepios

Im selben Jahr erzielte der zweitgrößte private deutsche Krankenhausbetreiber, die »Asklepios-Gruppe«, mit 35.327 Beschäftigten (VK) 567.271 »Bewertungsrelationen« (BWR), einen Umsatz von 3,41 Mrd. Euro und ein »Konzernjahresergebnis« von 171,1 Mio. Euro.

Am 1. Januar 2005 übernahm Asklepios 49,9% der Anteile am Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) der Freien und Hansestadt Hamburg, am 1. Januar 2007 weitere 25%. So gerieten sieben Akutkliniken und eine Rehaklinik mit mehr als 6.000 Betten und 14.500 Beschäftigten unter die Kontrolle des Konzerns, obwohl sich am 29. Februar 2004 etwa 600.000 Bürger*innen (= 76,8%) in einem Volksentscheid gegen den Verkauf ausgesprochen hatten. Der Erste Bürgermeister Ole von Beust erklärte, der Volksentscheid sei für ihn rechtlich nicht bindend, und ignorierte das Votum. Dies sei »eine Frage der politischen Verantwortung«. So profitierte Asklepios demokratiewidrig von der größten einzelnen Privatisierungsmaßnahme in der deutschen Krankenhausgeschichte.

Der Kampf zwischen Fresenius Helios und Asklepios um die Führungsrolle unter den Privaten ging in eine neue Runde, als Fresenius im Jahr 2012 bekannt gab, man wolle die Rhön Klinikum AG kaufen und mit Helios zum Unternehmen »Helios Rhön« zusammenführen. Dieses Vorhaben scheiterte, weil es den Konkurrenten Asklepios und B. Braun Melsungen gelang, eine Sperrminorität an Aktien zu erwerben.

39 »Fresenius Helios baut Präsenz in Kolumbien aus – erstes Krankenhaus in Bogotá übernommen«, <https://www.pressebox.de>, 19.02.2020

ben. Fresenius konnte den Konzern also nicht als Ganzes kaufen, sondern musste, wie dargestellt, zahlreiche einzelne Kliniken und Medizinische Versorgungszentren erwerben.

Seitdem baut Asklepios seinen Anteil an der verbliebenen »neuen« Rhön Klinikum AG stetig aus, am 1. März 2017 auf 20,17% der Stimmrechte. Im Februar 2020 wurde bekannt, dass Asklepios, der Rhön-Gründer Eugen Münch und seine Ehefrau ihre Anteile, angeblich 49% der Rhön-Aktien, in einem Gemeinschaftsunternehmen bündeln wollen. Anschließend will Asklepios den übrigen Anteilseignern der Rhön Klinikum AG ein Übernahmeangebot unterbreiten.

Welche Auswirkungen diese Expansionsstrategie auf die Versorgungsqualität hat, wird am »Ballast« deutlich, den der Konzern gleichzeitig abwirft: Asklepios möchte die Kinderklinik der Maximalversorgung in St. Augustin bei Bonn loswerden, eine Klinik mit Kinderherzchirurgie und Kinderneurochirurgie, die dringend benötigt wird, aber offenbar nicht profitabel genug ist. Der Konzern bot sie dem Rhein-Sieg-Kreis, dem sie einmal gehörte, für 1 Euro zum Rückkauf an.

Seit 2011 gehören Asklepios auch 52,37% der MediClin Klinikgruppe.

► Sana

Der dritte große private Konzern, die Sana Kliniken AG, kaufte im Jahr 1984 erstmals ein kommunales Krankenhaus, das städtische Allgemeinkrankenhaus Hürth bei Köln. Der Preis für die Privatisierung öffentlichen Eigentums: 1 D-Mark. Was bewog die kommunalen Entscheider zu diesem »Deal«? Unfähigkeit, ideologische Verblendung, Korruption? Man weiß es nicht. Inzwischen haben sich die Preise fast verdoppelt: Im Jahr 2013 kaufte Sana ein Haus der Maximalversorgung, das Klinikum Offenbach, für 1 Euro. Unfähigkeit, ideologische Verblendung, Korruption?

Am 26. Mai 2018 schrieb die Online-Ausgabe der »Offenbach Post« (op-online): *»Der Erwerb des Offenbacher Klinikums zum Schnäppchenpreis von einem Euro im Jahr 2013 rechnet sich für den Sana-Konzern immer mehr. 2017 schreibt er zum dritten Mal in Folge schwarze Zahlen. (...) Der Abschied von den roten Zahlen gelang bereits 2015 mit einem Plus von 1,1 Millionen, 2016 waren es dann schon 2,8 Millionen, Ende vergangenen Jahres standen exakt 4,071 Millionen Euro unter dem Strich.«* Der Gewinn nach Steuern (EAT) wuchs 2018 auf 4,374 Mio. Euro (+ 303.000 Euro).

Insgesamt erwirtschafteten 29.234 Beschäftigte im Jahr 2018 2,703 Mrd. Euro Umsatz und einen Konzernjahresüberschuss von 99,6 Mio. Euro.

Die Sana Kliniken AG ist das Unternehmen der privaten Krankenversicherungen. Die Anteile hielten 2018 26 private Krankenversicherungen, darunter die Debeka mit 22,4%, Signal-Iduna mit 15% und die Allianz mit 14,4%. Die Gründung des Unternehmens wurde im Jahr 1972 auch damit begründet, dass man »der Idee des klassenlosen Krankenhauses« entgegenzutreten müsse. Ein solches klassenloses Krankenhaus wollte damals im Main-Kinzig-Kreis bei Gelnhausen der hessische SPD-Landrat Woythal erreichen lassen. Die Pläne waren weit fortgeschritten und das Projekt erregte größere Aufmerksamkeit unter fortschrittlichen Menschen im Gesundheitswesen. Die Konservativen entledigten sich des Problems mit einer Gebietsreform, so dass die SPD in diesem Landkreis nicht mehr gewählt wurde.⁴⁰

► Rhön

Für die Rhön Klinikum AG war das Jahr 1984 ebenfalls der Startschuss zur Expansion. Bis dahin bestand das Unternehmen im Wesentlichen aus einer psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt an der Saale. 1984 wurde eine Herz- und Gefäßklinik eröffnet, in den folgenden Jahren eine neurologische Klinik und eine Klinik für Handchirurgie. 1990 übernahm die Rhön Klinikum AG die Zentralklinik Bad Berka, ein großes herzchirurgisches Zentrum in Thüringen.

Bis zum Jahr 2012 wuchs der Konzern auf mehr als 40 Krankenhäuser und zahlreiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an. Nach Übernahme fast aller Krankenhäuser und einiger Medizinischer Versorgungszentren der Rhön Klinikum AG durch Fresenius Helios im Jahr 2014 verteilte sich die »neue« Rhön Klinikum AG auf die fünf »Standorte« Zentralklinik Bad Berka, Campus Bad Neustadt, Klinikum Frankfurt (Oder), Uniklinikum Gießen und Marburg. Dort erarbeiteten 16.985 Beschäftigte im Jahr 2018 einen Umsatz von 1,23 Mrd. Euro und einen Konzerngewinn von 51,2 Mio. Euro.

Als erster privater Krankenhauskonzern erwarb die Rhön Klinikum AG im Jahr 2006 ein Universitätsklinikum, das Uniklinikum Gießen und Marburg (UKGM). Von Beginn an begleiteten Proteste der Beschäftigten, niedergelassener Ärzt*innen und kritische Berichte von Patient*innen die übliche Vorgehensweise des privaten Konzerns, durch Leistungssteigerung bei gleichzeitiger Einsparung von Personalkosten die Jahresergebnisse zu verbessern. Am 12. Januar 2016 berichtet die *Frankfurter Rundschau* über zehn Jahre »Geschichte der Abschreckung«:

40 Hans See, »Die Gesellschaft und ihre Kranken oder Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? Ein Beitrag zur politischen Soziologie der Medizin«, Frankfurt 1973

- »Die Personaldecke bleibt kurz, das bekommen die Patienten zu spüren.«
- »Fließbandmedizin ist angesagt, bloß keine komplizierten Fälle mit langen Liegezeiten.«
- »41 Mio. Euro zieht Rhön nach FR-Informationen jährlich aus dem laufenden Betrieb der Universitätsklinik Gießen-Marburg.«

Im Jahr 2007 zitierte die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme zur Privatisierung im Krankenhausbereich eine Prognose der »Dr. Wieselhuber & Partner Unternehmensberatung München« zur Hochschulmedizin 2015. Danach »könnten mehr als die Hälfte der Universitätskliniken bis ca. 2015 keine öffentlich-rechtlichen Betriebe mehr sein.

Die Umfrage geht davon aus, dass in ca. 20% aller Universitätsklinika die Krankenversorgung in vollständig privater Trägerschaft betrieben und in weiteren 30% über Public-Private-Partnerschaften organisiert wird.« Dass es nicht so kam, ist dem dramatischen Scheitern von Rhön in Gießen und Marburg und dem Widerstand in Belegschaft und Öffentlichkeit zu verdanken.

Dennoch präsentiert sich die Rhön Klinikum AG weiterhin als innovativer Konzern, der neue Entwicklungswege im Gesundheitswesen eröffnet. Unter der Überschrift »RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt setzt neue Maßstäbe« heißt es im Geschäftsbericht 2018, S. 26: »*Der Campus steht. Sein Wahrzeichen: die imposante Glaskuppel des Zentrums für ambulante Medizin (ZaM) aus 85 Tonnen Glas mit einem Durchmesser von 35 Metern. Damit ist sie nur unwesentlich kleiner als die Berliner Reichstagskuppel.*« Der Konzern war so bescheiden, Preußens Gloria nicht zu übertreffen.

► Paracelsus

Bereits im Jahr 1968 gründete Hartmut Krukemeyer den ersten privaten deutschen Krankenhauskonzern, die Paracelsus-Kliniken, und ging bei klammen Kommunen auf »Einkaufstour«. Sein Spitzname war deswegen »Der Mann mit dem Koffer«. Sein Geschäftsmodell in der Zeit vor 1984: die Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgung durch »Praxiskliniken« für ambulantes Operieren.

Ab Dezember 2017 befand sich der Konzern in einem Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung. Es gab 400 Kündigungen, 200 in Karlsruhe, wo die Paracelsus Klinik geschlossen wurde. Die Beteiligungsgesellschaft Porterhouse Group AG aus der Schweiz hat den Konzern übernommen (jetzt noch 34 Kliniken an 18 Standorten mit 4.500 Beschäftigten). Der Umsatz beträgt ca. 400 Mio. Euro im Jahr. Im Januar

2019 vereinbarte ver.di einen neuen Entgelttarifvertrag (»4% mehr und Sonderurlaub für ver.di-Mitglieder«).

► **Die Gesamtentwicklung**

Während die Zahl der Krankenhäuser seit 1991 insgesamt stetig abnahm (von 2.411 im Jahr 1991 auf 1.942 im Jahr 2017), stieg die Zahl der privaten Einrichtungen im selben Zeitraum von 358 auf 720. Im Jahr 2017 waren mehr als ein Drittel der Krankenhäuser und fast ein Fünftel der Betten (93.189 von 497.192 Betten der Krankenhäuser insgesamt, 80.007 von 450.453 Betten der allgemeinen Krankenhäuser) privat. Seit 1991 hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser mehr als verdoppelt und der Bettenanteil der Privaten mehr als vervierfacht! → siehe Tab. 5

Tab. 5: Privatisierung: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft (%)

Allg. KHs in %	1991	2001	2011	2017
öffentlich	46,0	36,2	30,5	29,4
fgn/Kirche	38,7	40,3	36,6	34,1
privat	15,2	23,5	32,9	36,5
Betten in %				
öffentlich	61,4	53,6	48,1	47,9
fgn/Kirche	34,6	38,4	35,4	34,4
privat	4,0	8,0	16,6	17,8

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Aus Sicht der Privaten ist das zwar noch lange nicht das Ende der Fahnenstange, doch auch dieser Bettenanteil reicht schon, um hohe Gewinne zu erzielen:

Im Jahr 2016 betrug die »EBITDA-Marge«, der Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen, laut der Studie »Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018« des »RWI-Leibniz Instituts für Wirtschaftsforschung« bei den privaten Krankenhaus-trägern 14% der Gesamterlöse, bei den freigemeinnützigen 7% und bei den kommunalen 6,8%. Zieht man die Investitionsfördermittel der Bundesländer ab, wird der Unterschied noch größer: Die Gewinnmarge beträgt dann bei den Privaten 12,9%, bei den Freigemeinnützigen 4,8% und bei den Kommunalen 3,8%.

► Woraus resultieren die höheren Gewinne?

► Arbeitshetze und Lohndumping

Bei den Privaten ist nachweislich die Arbeitsbelastung höher und die Bezahlung ist im Durchschnitt schlechter als in den anderen Krankenhäusern → siehe Tab. 6 u. 7

Tab. 6: Privatisierung und Personaleinsparungen – Belastungskennziffer (Patienten pro Beschäftigter), Allg. KHs nach Träger

	2017	Diff. in %		2017	Diff. in %*
Personal gesamt			Ärzte		
öffentlich	20,0		öffentlich	107,9	
fgn/Kirche	25,8			142,3	
privat	26,4	32,1	privat	136,0	26,0
Pflege			Med. techn. Dienst		
öffentlich	60,1		öffentlich	105,8	
fgn/Kirche	66,5		fgn/Kirche	181,1	
privat	67,2	11,8	privat	189,8	79,3
Funktionsdienst			Verwaltung		
öffentlich	166,5		öffentlich	270,1	
fgn/Kirche	196,2		fgn/Kirche	361,4	
privat	178,5	7,2	privat	397,4	47,1

* = Mehrbelastung in % öffentlich/privat

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Beide Effekte summieren sich. Geht man vom Personalstand der Privaten aus, bringt allein das Lohndumping einen Kostenvorteil von 275 Mio. Euro. Berücksichtigt man zusätzlich den niedrigeren Personalbestand im Vergleich zu den Öffentlichen, so steigt der Kostenvorteil auf 1,04 Mrd. Euro. Der vielgerühmte Effizienzvorsprung der Privaten hat also triviale, mitarbeiter- und patientenfeindliche Gründe und zeugt nicht von einer Überlegenheit der »Privatwirtschaft«.

Tab. 7: Privatisierung und Lohndumping – Kosten pro Beschäftigter nach Beschäftigtengruppe und Trägern 2017

	öffentlich	fgn/Kirche	privat	Diff. in Euro
Personalkosten insg.	71.987	72.926	69.725	2.262
Ärztlicher Dienst	124.895	130.832	131.492	– 6,598
Pflegedienst	59.386	59.021	53.664	5.722
Medizinisch-technischer Dienst	59.663	57.178	52.974	6.688
Funktionsdienst	60.504	60.863	54.920	5.584
Klinisches Hauspersonal	38.768	35.706	31.128	7.641
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	44.497	42.707	37.875	6.622
Technischer Dienst	60.460	60.722	53.104	7.355
Verwaltungsdienst	64.668	61.708	59.778	4.890

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

7. Rosinenpickerei

Die Patient*innen der privaten Krankenhäuser sind anders zusammengesetzt als die der öffentlichen und der freigemeinnützigen (siehe Tabelle). Neben den unterschiedlich hohen Vergütungen und der Vermeidung von hochaufwändigen und kostenintensiven Akutfällen lassen sich durch eine Konzentration auf gut planbare elektive Eingriffe Kosten sparen. Zusätzlich sinkt der Vorhalteaufwand. Diese Vorgehensweise wird allgemein als Rosinenpickerei bezeichnet. Sie lässt sich bei den Privaten nachweisen: → siehe Tab. 8

Private behandelten also 2017 17% aller Patienten, aber

- 46,3% aller Varizen (Krampfadern-Erkrankungen),
- 25,9% aller Kniegelenksarthrosen,
- 24,9% aller Hüftarthrosen
- 25,1% aller Bandscheibenschäden und
- 24,8% aller Rückenschmerzen.

Tab. 8: Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe in Allg. Krankenhäusern 2017 nach Art des Trägers

Rang	öffentlicher Träger		freigemeinnütziger Träger		privater Träger	
	Diagnose (ICD-10)	Anzahl	Diagnose (ICD-10)	Anzahl	Diagnose (ICD-10)	Anzahl
						Anteil Priv. (%)
1	Z38 (Geburt)	261.987	Z38 (Geburt)	217.169	I50 (Herzinsuff.)	78.962
2	I50 (Herzinsuff.)	218.618	I50 (Herzinsuff.)	160.328	Z38 (Geburt)	68.559
3	F10 (Alkohol)	167.367	I48 (Vorhofflat./fibr.)	106.606	I48 (Vorhofflat./fibr.)	54.959
4	S06 (intrakran. Verletzung)	160.614	J44 (chron. obstr. Lungenerkr.)	101.651	M54 (Rückenschmerzen)	52.965
5	I48 (Vorhofflat./fibr.)	147.822	F10 (Alkohol)	95.556	I63 (Hirninfrakt)	48.677
6	I63 (Hirninfrakt)	139.833	K80 (Gallensteine)	89.015	M17 (Kniearthrose)	48.434
7	I21 (Herzinfarkt)	111.399	J18 (Pneumonie)	88.664	F10 (Alkohol)	46.987
8	J18 (Pneumonie)	111.164	I10 (Hypertonie)	79.304	M16 (Hüftarthrose)	44.463
9	I20 (Angina pectoris)	110.211	S06 (intrakran. Verletzung)	78.358	I20 (Angina pectoris)	42.710
10	J44 (chron. obstr. Lungenerkr.)	105.301	I20 (Angina pectoris)	78.110	J44 (chron. obstr. Lungenerkr.)	41.633
11	K80 (Gallensteine)	104.853	M54 (Rückenschmerzen)	74.499	S06 (intrakran. Verletzung)	40.827
12	I10 (Hypertonie)	99.231	M16 (Hüftarthrose)	72.615	F33 (rezid. Depression)	40.675
13	I25 (chron. isch. Herzkrankheit)	92.169	M17 (Kniearthrose)	72.327	I83 (Krampfadern)	38.285
14	S72 (Oberschenkelbruch)	88.661	I70 (Atherosklerose)	70.167	I25 (chron. isch. Herzkrankheit)	37.207
15	I70 (Atherosklerose)	88.112	C34 (Bronchial-/Lungen-Ca)	69.727	I21 (Herzinfarkt)	36.973
16	C34 (Bronchial-/Lungen-Ca)	85.629	K40 (Leistenbruch)	69.227	I70 (Atherosklerose)	36.293
17	M54 (Rückenschmerzen)	83.458	S72 (Oberschenkelbruch)	68.772	M51 (Bandscheibenschäden)	36.035
18	G40 (Epilepsie)	77.556	I63 (Hirninfrakt)	66.418	J18 (Pneumonie)	35.369
19	R55 (Ohnmacht)	77.142	I21 (Herzinfarkt)	65.700	K80 (Gallensteine)	35.062
20	A09 (Durchfall/Magenentzünd.)	74.560	I25 (chron. isch. Herzkrankheit)	60.864	C34 (Bronchial-/Lungen-Ca)	33.884
Alle Fälle		9.172.143		6.446.822		3.205.758
						17,0

Immer mehr Fälle, »Rosinenpickerei«, höhere Arbeitsbelastung, geringere Personalkosten ergeben höhere Gewinne! Nur wer die durchschnittlichen Kosten der DRG-Kalkulationskrankenhäuser unterschreitet, kann Gewinne erzielen! Nur wer die Durchschnittskosten weit unterschreitet, kann hohe Gewinne erzielen!

► Und die Qualität?

Auch dem RWI, das den privaten Konzernen sehr gewogen ist, bleibt nicht verborgen, dass Gewinnerzielung durch Überlastung zu Qualitätsmängeln in der medizinischen und pflegerischen Versorgung führt. Dieser Erkenntnis begegnet das Institut mit einem Qualitätsvergleich zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern anhand einer Untersuchung der Standardisierten Mortalitätsrate (SMR), die sich auf »13% aller Krankenhausfälle« in »231 betrachteten Krankenhäusern« bezieht. Bei diesem Vergleich schneiden die privaten Krankenhäuser gut ab.

Die SMR ist aber nur bedingt zur Beurteilung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern geeignet: Im Jahr 2017 starben 427.900 Menschen in deutschen Krankenhäusern, bei 19.442.810 Fällen insgesamt. Das sind 2,2%. Wer die Versorgungsqualität ausschließlich mit der Mortalitätsrate ermittelt, der kann über die Qualität der Behandlung der 97,8%, die ihren Krankenhausaufenthalt überlebten, nur eines sagen: Sie sind nicht gestorben!

Menschen gehen aber nicht ins Krankenhaus, um nicht zu sterben, sondern um ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität zu verbessern. Eine Beurteilung der Versorgungsqualität muss sich auf die Zielsetzungen und Erwartungen der Patient*innen beziehen. Vorrangiges Kriterium zur Beurteilung der Versorgungsqualität ist die SMR nur in den Fällen, in denen die Sicherstellung des Überlebens im Vordergrund der Behandlung steht (z.B. bei Polytraumatisierten oder Menschen im septischen oder kardiogenen Schock) oder in denen die Mortalität überdurchschnittlich hoch ist (z.B. bei operativer Magenentfernung bei Magenkrebs oder operativer Bauchspeicheldrüsenentfernung bei Bauchspeicheldrüsenkrebs). Selbst in diesen Fällen gibt die alleinige Betrachtung der SMR aber keinen Aufschluss über die Qualität der Indikationsstellung und über Langzeit-Behandlungsergebnisse (siehe Kapitel I.6). In vielen anderen Fällen ist der Einsatz der SMR als alleiniger Qualitätsindikator eher ein Marketinginstrument als ernstzunehmende Wissenschaft.

Es gibt aber auch andere Hinweise darauf, dass es mit der Qualität der Privaten nicht so weit her ist. Die Versorgungsforschung in Deutschland ist zwar äußerst lückenhaft, insbesondere, was den Vergleich zwischen unterschiedlichen Trägern be-

trifft.⁴¹ In einer Studie der Uni Bremen aus der Anfangsphase der DRG (2006) finden sich aber folgende interessante Ergebnisse zu Unterschieden zwischen kommunalen und privaten Häusern.

»Mit rund 48% haben deutlich mehr Patienten aus privaten als Patienten aus kommunalen Krankenhäusern (rund 32%) einen Bedarf an nachstationären Leistungen.«

»Bei Patienten, die ihren Aufenthalt als zu kurz empfinden, haben die Privaten einen überdurchschnittlich hohen Anteil.«

»Bei Fragen nach den Erfahrungen der Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus schneiden die Privaten bei 3 von 5 Fragen am schlechtesten ab. (Personal kümmert sich um Patienten« Im Krankenhaus spielen Geld und Kosten eine entscheidende Rolle« und Im Krankenhaus wird man mit Rücksicht behandelt.«⁴²

► Wie geht es weiter?

Wenngleich die vier führenden privaten Krankenhauskonzerne (Fresenius Helios, Asklepios, Sana und Rhön) Jahr für Jahr ihre Umsätze und Gewinne steigern, so ist doch unverkennbar, dass ihre Ausdehnung im deutschen Krankenhausmarkt sich in den letzten Jahren verlangsamt hat. In den Jahren 2005 bis 2011 nahm die Zahl der privaten Krankenhäuser pro Jahr um ca. 14 zu. Zwischen 2011 und 2017 sank die Zahl der privaten Krankenhäuser sogar in einigen Jahren (vermutlich bedingt durch Standortschließungen oder -zusammenlegungen) und stieg erst in den Jahren 2016 und 2017 wieder jeweils um sechs Krankenhäuser. Zusammengefasst stieg die Zahl der privaten Krankenhäuser zwischen 2011 und 2017 pro Jahr nur noch um 1,5. Auch bei den Betten verlangsamte sich der Anstieg von 2.848 Betten pro Jahr (2005-2011) auf 605 Betten pro Jahr (2011-2017).⁴³

Grund für diese »Delle« ist sicher auch, dass die neoliberale Privatisierungseuphorie einen gewissen Dämpfer erlitten hat. Wie es – auch angesichts der zunehmenden Finanznot der Krankenhäuser – weitergeht, ob die Kommunen und Kreise auch weiterhin bereit sind, ihre Krankenhäuser finanziell zu unterstützen, und ob

41 Der oben angeführte Vergleich zwischen den Hauptdiagnosen verschiedenen Träger (Rosinenpickerei) wird von Statistischen Bundesamt nicht routinemäßig erstellt, sondern muss mühsam und kostenpflichtig angefordert werden.

42 Alle Zitate aus: Bernard Braun, Rolf Müller: »Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten«, GEK-Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46, Sankt Augustin 2006

43 Destatis Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

sich die Freigemeinnützigen weiterhin engagieren, auch wenn sie Defizite machen, bleibt abzuwarten. Die Privaten stehen jedenfalls weiterhin in den Startlöchern.

► Neue Geschäftsfelder

Fresenius Helios drängt zwar wie andere private Konzerne auch in den ambulanten Bereich und hat deswegen im Herbst 2018 die Sparten »Ambulante Versorgung« und »Neue Geschäftsmodelle« gegründet. Doch als Teil eines weltweit agierenden Konzerns und sucht und findet Helios seine Expansionsmöglichkeiten v.a. auf europäischen und außereuropäischen Krankenhausmärkten.

Der Umsatz von Helios Deutschland fiel im Jahr 2018 um 2% von 6,074 Mrd. Euro auf 5,970 Mrd. Euro. Das kompensierte Helios Spanien durch eine Umsatzsteigerung um 17% von 2,594 Mrd. Euro auf 3,023 Mrd. Euro. Die EBIT-Marge (Gewinn vor Zinsen und Steuern) von Helios Deutschland fiel von 11,9% auf 10,5%. Die EBIT-Marge von Helios Spanien stieg von 12,6% auf 13,7%. Fresenius Vorstandschef Stephan Sturm machte in einem Interview mit der *Welt* am 13. Mai 2019 Abstriche bei den bisherigen Gewinnerwartungen: »Aber auch mit einer Marge von 10 bis 12 Prozent kann man gut auskommen«.

Vergleichbare Möglichkeiten, dem deutschen Krankenhausmarkt durch weltweite Ausdehnung zu entkommen, haben die anderen privaten Krankenhauskonzerne (noch) nicht. Asklepios setzt deshalb auf »Vielseitigkeit«: »Mit der fortlaufenden Erweiterung der Produktpalette entwickelt sich Asklepios zunehmend von einem führenden familiengeführten Klinikverbund zum integrierten Gesundheitskonzern. (...) Das Behandlungsangebot mit Fokus auf Prävention und Nachsorge wird ausgebaut, gleichzeitig verbessert die Digitalisierung die internen Prozesse.« (Konzernlagebericht 2018)

Ähnliche Ideen verfolgt auch die Rhön Klinikum AG: »Die Analyse der medizinischen Versorgungssituation hat gezeigt, dass wir mit dem Rhön-Campus-Konzept, das die kooperative, ganzheitliche Versorgung des Patienten verfolgt, die richtige Antwort auf die großen Herausforderungen der nächsten Jahre in der Gesundheitsbranche haben. Unser innovativer Versorgungsansatz (...) setzt auf eine fachübergreifende Zusammenarbeit unserer Kliniken mit niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsdienstleistern – alles auf Basis modernster IT und intelligenter digitaler Instrumente.« (Geschäftsbericht 2018)

Und Sana? Dort antwortet Vorstandsmitglied Thomas Lemke im »Interview mit dem Vorstand«, das Teil des Geschäftsberichts ist, auf die Frage: »Wirtschaftliches

Wachstum ist also vor allem außerhalb des Krankenhauses zu suchen?« so: »Die Trennung zwischen drinnen und draußen muss aufgeweicht werden. (...) Es ist der Plattform-Gedanke, den wir deshalb verstärkt verfolgen: Wir erwarten, dass Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge immer stärker aufeinander aufbauen werden.«

► Neue Konkurrenten

Integrierter Gesundheitskonzern, Campus-Konzept, der Plattform-Gedanke: Die Privaten drängen in den ambulanten Sektor, in den Bereich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Dort aber treffen sie auf internationales Kapital, Private-Equity-Gesellschaften aus GB, den USA, Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Schweden, Luxemburg, der Schweiz, Bahrain und anderen Ländern. → siehe Tab. 9

Während es Fresenius nach Peru und Kolumbien zieht, erwirbt die französische Klinikette Ramsey Générale de Santé (RGdS), zu 50,9% im Besitz des australischen Konzerns Ramsey Health Care, die Aktienmehrheit der schwedischen Capio Gruppe, die ca. 180 Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 13.000 Beschäftigten in Skandinavien, Frankreich und der BRD betreibt.

Im Februar 2019 kaufte Fresenius Medical Care Dialysezentren in China (70%ige Beteiligung an Guangzhou KangNiDaiSi, je 55% an Henan Aishen Hospital Management und Aishen Beijing Hospital Management. Sie errichten aktuell 13 Dialysezentren und ein Nierenzentrum).

Chinesische Investoren sind in umgekehrter Richtung unterwegs: »Chinesen kaufen traditionsreiche Reha-Klinik in Bad Reichenhall« (*Reichenhaller Tageblatt*, 26.05.2018).

► Und noch ein möglicher Ausweg

Am 17. Juli 2019 erklärte Boris Augurzky, einer der Verfasser der RWI-Untersuchung über Krankenhäuser in privater Trägerschaft, im *Kölner Stadt-Anzeiger*, aus der Bertelsmann-Studie zur Neuordnung der Krankenhauslandschaft in NRW folge, dass es bundesweit »um die Schließung von 800 Krankenhäusern« gehe. Aber: »Die Kapazitäten müssen an anderer Stelle neu aufgebaut werden. Zentralkliniken müssen völlig neu gebaut werden oder bestehende Kliniken deutlich erweitert werden. (...) Dänemark veranschlagt für den Umbau seiner Krankenhauslandschaft sechs Milliarden Euro. Bezogen auf die deutsche Bevölkerungszahl wären dies 80 Milliarden Euro.«

Tab. 9: Von Private Equity-Gesellschaften übernommene Unternehmen und deren Beschäftigte nach dem Typ der Versorgungseinrichtung in Deutschland in den Jahren 2013 bis zum 1. Halbjahr 2018

Typ der Versorgungseinrichtung	Anzahl absolut	Anzahl in v.H.	Beschäftigte absolut	Beschäftigte in v.H.
Krankenhaus	27	21,6	24.756	37,6
MVZ	31	24,8	1.472	2,2
Andere Unternehmen	67	53,6	39.581	60,2
darunter Pflege	48	38,4	36.953	56,2
Summe	125	100,0	65.809	100,0

Quelle: »Private Equity-Monitor Deutschland« auf der Basis von Deal News/Majunke, Zephyr/Bureau van Dijk und Buyout Deals/Preqin sowie eigenen Recherchen (n = 125 Unternehmen) aus: IAT Discussion Paper 19/01, S. 18

In der RWI-Studie kann man nachlesen, welche Hoffnung die Verfechter weiterer Privatisierung damit verbinden: *»Um Angebotsstrukturen anpassen zu können, wird aufgrund sinkender öffentlicher Investitionsmittel vermehrt privates Kapital zum Einsatz kommen müssen. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn ausreichend unternehmerische Freiheiten vorhanden sind. Dazu ist ein Abbau von regulatorischen Restriktionen im Gesundheitswesen wichtig.«*

Dieser Ausweg wäre nur mit massivem Einsatz von privatem Kapital zu finanzieren. Insofern ist die »Bertelsmann-Studie« auch ein Dokument des Lobbyismus zugunsten der privaten Krankenhauskonzerne. Das muss nicht überraschen. Schließlich ist Frau Brigitte Mohn nicht nur Gesellschafterin der Bertelsmann Verwaltungsgesellschaft und Mitglied des Vorstands der Bertelsmann Stiftung, sondern auch Mitglied im Aufsichtsrat der Rhön Klinikum AG.

► Fazit

Wenn Krankenhäuser keine Gewinne machen dürften und ihre Kosten stattdessen refinanziert würden, wäre der Durchmarsch der Privaten schnell zu Ende. Ihr Interesse an der gesundheitlichen Versorgung und an den kranken Menschen würde rasch nachlassen. Dies würde auch Raum dafür schaffen, dass der Staat wieder seiner ureigensten Aufgabe, der Sicherstellung der Daseinsvorsorge, nachkommen könnte.

PPSG und PPUGV – Beginn einer neuen Ära der Krankenhausfinanzierung?

SPD und CDU/CSU hatten in ihrem Koalitionsvertrag 2018 folgende Vereinbarungen für die Verbesserung der Situation in der Pflege im Krankenhaus und zur teilweisen Änderung der Krankenhausfinanzierung getroffen:

1. Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf.
2. Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt.
3. Verbindliche Personaluntergrenzen für die gesamte Pflege im Krankenhaus.

Zunächst ist festzuhalten: Noch zwei Jahre zuvor war eine solche Entwicklung nicht vorstellbar. Die DRG wurden als Wunderwaffe zur Erreichung von Wirtschaftlichkeit gepriesen. Eine gesetzliche Personalbemessung wurde abgelehnt, weil sie den Grundprinzipien der DRG als Preissystem widersprächen und die unternehmerische Freiheit einschränken würden.

Ausschließlich den heftigen Auseinandersetzungen inner- und außerhalb der Krankenhäuser, den Aktivitäten der Beschäftigten in der Pflege und der Gewerkschaften ist dieser »Sinneswandel« zu verdanken. Dazu beigetragen haben maßgeblich die zahlreichen Proteste und kreativen Aktionen gegen die Personalnot. Aufgrund der extremen, gesundheitsgefährdenden Belastung hat ver.di die Personalausstattung auch tarifpolitisch aufgegriffen. In 18 Kliniken wurden Vereinbarungen für mehr Personal und Personalbemessungssysteme zum Teil in wochenlangen Arbeitskämpfen durchgesetzt. Hinzu kamen Unterstützungsmaßnahmen aus der Be-

völkerung. In über 20 Städten wurden Bündnisse für mehr Personal gegründet und sind aktiv. In vier Bundesländern (Berlin, Hamburg, Bayern, Bremen) wurden Volksentscheide für eine gesetzliche Personalbemessung gestartet. Das große Medienecho (Talkshows mit Pflegekräften, kritische Berichte, usw.) tat ein Übriges.

Zwischenzeitlich sind die gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarungen verabschiedet worden: Das »Pflegepersonalstärkungsgesetz« (PPSG) und die »Pflegepersonaluntergrenzenverordnung« (PpUGV). Die wesentlichen Inhalte des Gesetzes und der Verordnung sind:

► Pflegebudget

Ab 2020 werden die Personalkosten der Pflege am Bett (nicht Psychiatrie, OP-Personal, Anästhesiekräfte, Ambulanzpersonal) aus den DRG ausgegliedert, die DRG entsprechend abgesenkt und die ausgegliederten Kosten ebenfalls als Relativgewichte in einem »Pflegeerlöskatalog« dargestellt. Die Vergütung erfolgt aber nicht über diesen Katalog, sondern über ein krankenhausindividuelles Budget auf Basis der nachgewiesenen Kosten des jeweils letzten Jahres, vereinbart zwischen Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus, incl. Vorausschätzung der Veränderungen für das jeweils nächste Jahr. Fehlschätzungen werden im übernächsten Jahr ausgeglichen. Es gibt keine Begrenzung nach oben. Die Wirtschaftlichkeit der entstehenden Kosten wird nicht geprüft. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich. Auch eine darüber hinaus gehende Vergütung ist mit einem sachlichen Grund zulässig. Es gilt Zweckgebundenheit mit Rückzahlungspflicht. Die unterjährige Abzahlung des Pflegebudgets wird über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert (Pflegebudget / Relativgewichte des Pflegeerlöskatalogs) realisiert. Am Jahresende findet eine Spitzabrechnung der über den Pflegeentgeltwert gezahlten Vergütungen mit den tatsächlichen Kosten statt – mit vollständigem Ausgleich von Über- bzw. Untervergütungen.

Wie funktioniert das »Herausrechnen« aus den DRG?

Ein (vereinfachtes) Beispiel: Eine bestimmte DRG X hat genau das Relativgewicht 1. In Berlin beträgt der aktuelle Landesbasisfallwert 3.444,38 Euro. Das

Krankenhaus erhält in Berlin also für diese DRG, wenn alles durchschnittlich verläuft, 3.444,38 Euro. Das InEK hat ermittelt, dass der Kostenanteil der »Pfle-ge am Bett« für diese DRG 20% beträgt. Damit reduziert sich das Relative-ge- wicht dieser DRG auf 0,8. Ein Krankenhaus in Berlin kann dadurch also nur noch $3.444,38 \times 0,8 = 2.755,50$ Euro (– 688,88 Euro) für die DRG X abrechnen. Es muss dafür aber die »Pfle-ge am Bett« auch nicht mehr aus den DRG finan- zieren. Diese wird ab 2020 zusätzlich zur Abrechnung nach den DRG über die Finanzierungssäule »Pfle-ge am Bett« abgerechnet.

Eine Wirkung dieser Ausgliederung ist interessant: Hat ein Krankenhaus bisher weniger für die Pflege ausgegeben als der Durchschnitt der Kranken- häuser, dann bekommt es über das Pflegebudget weniger, als ihm über die DRG-Absenkung abgezogen wurde, es verliert also. Hat es mehr für Pflege ausgegeben als der Durchschnitt, zählt es zu den Gewinnern der Umstellung. Überdurchschnittliches Sparen an der Pflege wird also bestraft. Aber die Be- troffenen können ja jetzt mehr Pflegekräfte einstellen und bekommen sie dann voll vergütet.

Bewertung Dies ist ein echter Paradigmenwechsel. Beim Pflegebudget handelt es sich um eine Abkehr vom Preissystem der DRG und um echte Selbstkostendeckung. Preissysteme als Form der finanziellen Steuerung der Krankenhäuser wurden einge- führt, um diesen Bereich der Daseinsvorsorge zu einem profitablen Wirtschaftssek- tor zu machen.

Daseinsvorsorge dagegen beruht auf einer anderen Steuerung (Sachsteuerung) und einer anderen Finanzierung: Was notwendig ist, wird vorgehalten und dann auch finanziert, Gewinne sind verboten. All das gab es in den 80er Jahren bereits, bis die neoliberale Wende einsetzte. Die Pflegebudgets auf Basis der tatsächlichen Kos- ten könnten der Anfang vom Ende der DRG sein, wenn immer mehr Personalkos- ten ausgelagert würden und nur noch die Sachkosten übrigblieben.

Problematisch ist, dass dieser Weg nur für die Pflege am Bett beschritten wird und nicht für alle Personalkosten. Der Sparzwang beim Rest der Pflege und bei den anderen Berufsgruppen bleibt bestehen oder verschärft nun sich sogar. Die Pflege am Bett als Hauptparopfer der letzten Jahre fällt ja weg und die Problematik der unzureichenden Finanzierung der Investitionskosten bleibt.

Aber man kann dies auch als Einstieg verstehen: Verschiedene Berufsgruppen (Ärzt*innen, Hebammen) und Fachgesellschaften fordern inzwischen schon die Ausweitung auf alle Personalkosten in der medizinischen Versorgung bzw. die Herausnahme von bestimmten Fachgebieten (Pädiatrie, Intensivmedizin) aus den DRG. Diese Entwicklung muss man unterstützen und vorantreiben. Auch für die Psychiatrie ist eine Änderung der Vergütung in diesem Sinne zu fordern.

Die kostendeckenden Pflegebudgets werden bedroht durch den Pflegeerlöskatalog, falls in (näherer oder fernerer) Zukunft eine Kopplung an das Pflegebudget hergestellt wird. Dann hätte man kein krankenhausindividuell vereinbartes Budget mehr, sondern zweierlei Preissysteme, eines für die Pflege (Pflege-DRG) und die bisherigen DRG für den Rest, und nichts wäre gewonnen.

Bei der Wirtschaftlichkeitsunterstellung für alle entstandenen Pflegekosten bedürfte es in gewisser Hinsicht keiner gesetzlichen Personalbemessung mehr. Es wird ja alles finanziert. Eine solche Argumentation greift aber zu kurz. Die Kassen werden ein solches System als unwirtschaftlich und als Selbstbedienungsladen denunzieren. Sie würden mit Sicherheit die Anbindung der zu erstattenden Kosten an den Pflegeerlöskatalog fordern. Damit hätten wir wieder Preise, das wäre der »worst case«. Es ist also notwendig, weiter für eine gesetzliche Personalbemessung auf der Basis des tatsächlichen Behandlungs- und Pflegeaufwands zu kämpfen. Nur so kann die Selbstkostendeckung und die krankenhausindividuelle Budgetierung sinnvoll ausgestaltet und auf die anderen Berufsgruppen übertragen werden.

► Verbesserung bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen⁴⁴

Es geht um die jährliche Erhöhung des Landesbasisfallwerts (LBFW) zum Ausgleich von Tarifsteigerungen. Bisher wurden 50% der Differenz zwischen dem so genannten Veränderungswert (jährliche allgemeine Kostensteigerungen in den Krankenhäusern) und der Tarifraten (durchschnittliche Lohnerhöhungen) ausgeglichen. Für die **gesamte** Pflege wird jetzt die Differenz zu 100% ausgeglichen. Bei den anderen Berufsgruppen bleibt es bei 50%. Bei der Pflege werden alle Erhöhungen berücksichtigt, ob linear, strukturell (Erhöhungen, die sich auf das Lohngefüge auswirken, also andere Eingruppierungen usw.) oder Einmalzahlungen. Bei den anderen Berufsgruppen werden weiterhin nur lineare Steigerungen und Einmalzahlungen ausgeglichen.

44 Bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen gab es durch das KHVVG einige Änderungen.

Für das Pflegepersonal gilt eine Nachweispflicht über die entsprechende Verwendung der Gelder, nicht bei den anderen Berufsgruppen. Als Nachweis gilt laut Gesetzesbegründung bei Tarifgebundenen der Tarifvertrag, bei den Anderen gilt als Nachweis, »dass das bei ihm beschäftigte Pflegepersonal der Tarifsteigerung entsprechend besser vergütet wird«. Es gibt eine Rückzahlungspflicht bei nicht zweckentsprechender Verwendung.

Bewertung Ab 2020 ist diese Regelung für die Pflege am Bett irrelevant, weil ja alle tatsächlichen Kosten refinanziert werden. Für den Rest der Pflege bleibt dies eine Verbesserung. Ein Skandal ist, dass es für die anderen Berufsgruppen bei der nur 50%igen Berücksichtigung bleibt und strukturelle Steigerungen nicht refinanziert werden.

Die Feststellung der Tarifraten erfolgt über bundesweite Durchschnittswerte. Dies ist ein Problem, weil so diejenigen bevorzugt werden, die unter Durchschnitt zahlen (wie die Privaten Krankenhäuser) und diejenigen, die besser bezahlen, benachteiligt werden.

Die Nachweispflicht der zweckentsprechenden Verwendung ist bei tarifgebundenen KH klar (sie müssen ja die Tarifierhöhung sowieso zahlen), bei den anderen ist sie schwer zu kontrollieren, und es gibt eine Grauzone und damit tendenziell weiter eine Bevorteilung von Nicht-Tarifgebundenen, die die Gelder ggf. (zumindest teilweise) einstreichen können, oder so verteilen können, dass die normalen Pflegekräfte benachteiligt werden.

► Ausbildung

Die Kosten für die Ausbildung von Pflegekräften und Pflegehelfer*innen in Krankenhäusern werden über einen Ausbildungsfonds refinanziert. Allerdings werden pro 9,5 Auszubildende (bei Pflegehilfskräften pro sechs Auszubildende) die Kosten einer Vollkraft nicht über den Ausbildungsfonds bezahlt. Sie muss das Krankenhaus über sein normales Budget finanzieren. Diese anteilige Anrechnung entfällt jetzt bei Auszubildenden im ersten Jahr. Im zweiten und dritten Ausbildungsjahr bleibt es bei der bisherigen Regelung (9,5:1 und 6:1).

Bewertung Die Herausnahme der Auszubildenden im ersten Jahr ist positiv. Sie erleichtert es Krankenhäusern, mehr Ausbildungsplätze zu schaffen. Eine anteilige Anrechnung im zweiten und dritten Jahr ist nicht sachgerecht, schließlich sollte es in der gesamten Ausbildungszeit um Ausbildung und nicht um Arbeitsleistung gehen.

► Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf⁴⁵

Für die Pflege am Bett erfolgt zwischen 2019 und 2024 eine 50%-Förderung von solchen Maßnahmen durch die Kassen – bis max. 0,1% des Krankenhausbudgets. Bedingung ist eine Vereinbarung des Krankenhauses mit der Arbeitnehmervertretung. Es gilt eine Rückzahlungspflicht, wenn Mittel nicht ausgegeben werden.

Bewertung Diese Regelung ermöglicht es, eine Vielzahl von materiellen Verbesserungen für die Pflege anzustoßen. Möglich sind z.B. Jobtickets, Kita-Plätze, freiwillige und besser bezahlte Springerdienste, um verlässliche Dienstpläne zu erreichen und vieles mehr. Die Arbeitnehmervertretungen stehen vor der Aufgabe, tatsächliche materielle Verbesserungen zu vereinbaren und nicht Alibimaßnahmen mit vielen, schönen Worten aus dem Repertoire der Unternehmensberater.

Das war es dann mit den zumindest im Ansatz positiven Regelungen. Im diametralen Gegensatz dazu stehen folgende weitere Festlegungen:

► Entfall des Pflegezuschlags

Die Krankenhäuser erhielten seit 2013 einen so genannten Versorgungszuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro. Er war in gewisser Weise das Eingeständnis, dass die Vergütung über die DRG nicht auskömmlich ist und immer mehr Krankenhäuser Defizite hatten. Als die Überlastung der Pflege zunehmend ein öffentliches Thema wurde, ist dieser Versorgungszuschlag sprachlich in einen Pflegezuschlag umgewandelt worden. Die Summe blieb gleich, lediglich die Verteilung auf die einzelnen Krankenhäuser wurde minimal geändert. Dieser Pflegezuschlag entfällt ab 2020. 200 Mio. Euro werden in den Landesbasisfallwert eingerechnet. Die restlichen 300 Mio. Euro werden den Krankenhäusern entzogen.

Bewertung Die Bundesregierung argumentiert, dass der Pflegezuschlag nicht mehr nötig sei, wenn die Pflegekosten über das Pflegebudget finanziert würden. Das ist nicht richtig, denn der Pflegezuschlag war ja nur eine Umbenennung des früheren Versorgungszuschlags. Damit bekommen die Krankenhäuser de facto 300 Mio. Euro weniger, was eine erhebliche Einbuße darstellt. Da man auf-

⁴⁵ Durch KHVVG geändert.

grund der Bestimmungen des Pflegebudgets bei der Pflege am Bett selbst nichts mehr sparen kann, kommen der Rest der Pflege und die anderen Berufsgruppen verstärkt unter Druck. Letztlich werden die positiven Änderungen im Gesetz zumindest teilweise durch die Krankenhäuser und die Beschäftigten selbst finanziert.

► Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen⁴⁶

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat für 2020 eine »Pflegepersonaluntergrenzenverordnung« (PpUGV) in Kraft gesetzt. Zur Vorgeschichte: 2017 war ein neuer § 137i ins SGB V eingefügt worden, der festlegt, dass in »pflegesensitiven Bereichen« Pflegepersonaluntergrenzen durch die Kassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbart werden sollen. Die Verordnung wurde jetzt erneut erlassen, weil sich die Krankenkassen und die DKG zum zweiten Mal nicht auf eine gemeinsame Regelung einigen konnten.

Sowohl der Begriff »pflegesensitive Bereiche« als auch die Methode der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen (»Perzentilen- oder Quartilenansatz«) gehen auf ein Gutachten von Prof. Jonas Schreyögg zurück, das er dem damaligen Gesundheitsministers Gröhe vorgelegt hatte. Als »pflegesensitiv« gelten Bereiche, in denen ein statistischer Zusammenhang zwischen Komplikationen und der Personalstärke nachweisbar ist. Perzentilen- oder Quartilenansatz bedeutet, dass man die Untergrenze auf den Wert festlegt, der die 10% bzw. 25% am Schlechtesten besetzten Abteilungen von den nächst besser besetzten Abteilungen unterscheidet.

Beide Ansätze und auch die Einführung eines »Pflegelastkatalogs« waren bei Kassen und DKG nicht umstritten. »Pflegelastkatalog« bedeutet, dass bei der Berechnung von Untergrenzen gewichtet wird, wie hoch der Pflegeaufwand bei einem Patienten mit einer bestimmten DRG ist. Als Maßstab für den Pflegeaufwand wird der Anteil der Pflegekosten in den DRG (!) genommen. Die Verhandlungen scheiterten an der Höhe oder besser gesagt der »Tiefe« der Untergrenzen insbesondere in der Intensivmedizin.

Hatte Schreyögg noch 15 »pflegesensitive Bereiche« identifiziert, so sind es in der Verordnung nur noch acht (Intensiv, Schlaganfalleinheiten, Neurologische Frührehabilitation, Kardiologie, Unfallchirurgie, Geriatrie, Herzchirurgie, Neurologie).

46 Mittlerweile fallen weitere Bereiche unter die PpUGV, hinzu kommt eine neue Pflegepersonalbemessungsverordnung.

Statt der Einbeziehung der Pflegeschwere wird wieder auf eine reine Nurse-to-Patient-Ratio (jeder Patient zählt gleich – egal wie schwer die jeweilige Pflege ist) zurückgegriffen – dem Vernehmen nach sind die Zahlen aus dem Pflegeelastkatalog statistisch nicht belastbar.

Die Verordnung legt konkrete Zahlen für das Verhältnis von Pflegekräften zu Patient*innen pro Schicht fest. Außerdem legt sie den maximal anrechenbaren Anteil an Pflegehilfskräften fest. → siehe Tab. 10

Die Untergrenzen müssen im Durchschnitt eines Monats erreicht werden. Ist dies nicht der Fall, gibt es Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder der Vereinbarung einer niedrigeren Patientenzahl. Quartalsweise müssen auch die Werte für die Nichteinhaltung der Untergrenzen in den einzelnen Schichten vorgelegt werden. Sie haben jedoch keine Konsequenz.

Tab. 10: Patienten pro Pflegekraft und Anteil der Pflegehilfskräfte nach PpUGV

	Untergrenze (max. Zahl Patienten pro Pflegekraft)		max. Anteil an Pflegehilfskräften	
	Tagschicht	Nachtschicht	Tagschicht	Nachtschicht
Geriatrie	1:10	1:20	15%	20%
Kardiologie	1:10	1:20	10%	10%
Unfallchirurgie	1:10	1:20	10%	15%
Herzchirurgie	1:7	1:15	5%	0%
Neurologie	1:10	1:20	10%	8%
Neurolog. Frührehabilitation	1:5	1:12	10%	8%
Schlaganfalleinheit	1:3	1:5	0%	0%
Intensivmedizin *	1:2,5	1:3,5	0%	0%

Quelle: eigene Darstellung
 * ab 2021: 2:1 (tags) und 3:1 nachts

Bewertung Grundproblem ist, dass bei dieser Art von »Personalbemessung« nicht von einem wissenschaftlich ermittelten Soll ausgegangen wird (wieviel Pflege braucht der einzelne Patient), sondern von Ist- und Durchschnittswerten. Damit fehlt der

objektive Referenzpunkt für die Beurteilung des notwendigen Personalbedarfs. Alles wird beliebig, je nach Änderungsparameter und politischer Intention.

Das Soll aus dem Ist abzuleiten bedeutet im Zweifelsfall, Verschwendung mit Verschwendung und Mangel mit Mangel zu vergleichen. Bei der Pflege dürfte unstritten sein, dass es sich um Mangel handelt.

Dem Soll dürfen auch keine Durchschnittswerte zugrunde gelegt werden, sondern der tatsächliche Pflegebedarf des einzelnen Patienten. Auch bei gleicher DRG und gleichem (durchschnittlichen) Kostenanteil der Pflege an den DRG kann sich der tatsächliche Pflegeaufwand im Einzelfall stark unterscheiden und es kann in einzelnen Bereichen zu einer erheblichen Abweichung vom Durchschnitt kommen.

Hinzukommt, dass es sich bei dem Pflegelastkatalog um die Ableitung des notwendigen Personalbedarfs aus den durchschnittlichen Ist-**Kosten** (incl. unterschiedlicher Lohnhöhen!) handelt. Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), das sowohl verantwortlich für den DRG-Katalog als auch für den Pflegelastkatalog ist, schreibt dazu: *»Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog) geht von der Annahme aus, dass der Patient während seines stationären Aufenthaltes eine pflegerische Betreuung erhalten hat, die sich an seinem individuellen Pflegebedarf orientiert und diesem weitgehend entsprochen hat.«*⁴⁷ Genau davon kann man aber nicht ausgehen! Deswegen gibt es ja das Problem der Überlastung der Pflege und der schlechten Versorgung.

Grundlage für eine Personalbemessung muss sowohl der gesetzliche Anspruch der Patient*innen auf eine *»qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung«* (§ 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz) als auch der Anspruch der Beschäftigten auf Arbeits- und Gesundheitsschutz sein. Die Formulierung in der Begründung der Verordnung geht in eine völlig andere Richtung: *»Mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen wird hingegen nicht bezweckt, das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot für die von den Krankenhäusern zulasten der Krankenkassen erbrachten Versorgungsleistungen (§ 2 Absatz 1 Satz 3, § 12 Absatz 1, § 135a SGB V) abschließend zu konkretisieren.«* Angesichts der Anreize und Folgen, die das Preissystem der DRG hat, wäre genau das notwendig.

Die Kategorisierung als pflegesensitiver Bereich ergibt sich aus einem überdurchschnittlichen Anteil von Komplikationen kombiniert mit einer schlechteren Personalbesetzung. Umgekehrt bedeutet dies, dass durchschnittliche Komplikationen ak-

47 InEK, »Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand«, S. 2, in: <https://www.g-drg.de>

zeptiert werden. Es ist der Offenbarungseid einer Gesundheitspolitik, als erklärtes Ziel Komplikationen nur in bestimmten Bereichen und bis zu einem gewissen Prozentsatz angehen zu wollen.

Indem bei beiden Ansätzen (Perzentilen und pflegesensitive Bereiche) die Patientengefährdung zum einzigen Ausgangspunkt der Intervention gemacht wird, werden die Belange der Beschäftigten völlig ausgeblendet. Es gibt Überlastung aber nicht nur dort, wo überdurchschnittlich viele Komplikationen auftreten und in pflegesensitiven Bereichen, sondern überall. Ihre Reduzierung muss ein eigenständiges Ziel einer Personalbemessung sein.

Die Begrenzung von Personaluntergrenzen auf einzelne Bereiche führt – insbesondere unter den Bedingungen eines Preissystems wie den DRG – nur dazu, dass Personal in die Bereiche mit Untergrenzen verschoben wird und dass in den anderen Bereichen noch mehr Personal fehlt und die Belastung steigt. Die Regelungen, die dies verhindern sollen (von einer Verschiebung wird erst ausgegangen, wenn der Personalstand in den nicht sensitiven Bereichen um mehr als 3% sinkt), sind so löchrig, dass eine Personalverschiebung jederzeit möglich ist.⁴⁸

Letztlich sind die in der Verordnung nun festgelegten Mindestzahlen absolut ungenügend. Bestürzend ist die Tatsache, dass die PpUGV vielerorts zu Kapazitätseinschränkungen führt, um die Grenzen einzuhalten. In der Nacht 20 geriatrische Patient*innen zu pflegen ist genauso eine Zumutung, wie tags unter vollem Betrieb zehn unfallchirurgische oder kardiologische Patient*innen (incl. Frischoperierte). Die Möglichkeit, Pflegehilfskräfte (einjährige Ausbildung!) auf die Untergrenzen anzurechnen, ist ebenfalls nicht akzeptabel. Wenn in der Geriatrie nachts 20% Pflegehilfskräfte angerechnet werden dürfen, bedeutet dies, dass der eigentliche Pflegekraft-/Patientenschlüssel von 1:20 auf 1:25 Patienten pro Fachkraft ansteigt, weil ja die Hilfskraft nicht eigenständig tätig sein kann und die Verantwortung bei der Fachkraft liegt.

Die festgelegten Untergrenzen bewegen sich auf dem Niveau, das eine internationale Studie für Deutschland schon vor dem Erlass der PpUGV festgestellt hat. Der letzte Platz Deutschlands wird damit gefestigt. (Siehe Kapitel I.9)

Hinzu kommt, dass solche Untergrenzen schnell zu Obergrenzen werden, d.h. überall dort, wo bisher mehr Personal eingesetzt wurde, entsteht jetzt ein Druck zu

48 Ganz abgesehen von kurzfristigem Einspringen, wenn die Einhaltung der Untergrenze am Ende des Monats gefährdet ist, dürfen bei 100 Pflegekräften in den pflegesensitiven Bereichen und 600 Pflegekräften in den anderen Bereichen sanktionsfrei 18 Pflegekräfte ganzjährig verschoben werden.

reduzieren, was das krasse Gegenteil von dem ist, was von der Bundesregierung bei der Einführung behauptet wurde. Schon jetzt agieren etliche Geschäftsleitungen nach dem Motto: Da haben wir ja zu viele Pflegekräfte.

Hierzu passt auch, dass die Mindestbesetzung nur im Monatsdurchschnitt erreicht werden muss, was den Geschäftsleitungen maximale Flexibilität und den Beschäftigten an vielen Tagen des Monats Überlastung bescheren wird. Da Komplikationen und Überlastungen aber nicht »im Durchschnitt« entstehen, müssen Untergrenzen für jede Schicht gelten.

Auch der Ansatz einer finanziellen Bestrafung (Vergütungsabzüge) ist – besonders bei finanziellen Anreizsystemen wie den DRG – problematisch. Unter dem Regime der Ökonomisierung führt dies zu Überlegungen wie: Habe ich höhere Mehreinnahmen durch mehr Patient*innen trotz Vergütungsabzug und ignoriere deswegen die Untergrenze?

Gleichzeitig wird über den Pflegelastkatalog die Verbindung zum DRG-System aufrechterhalten. Die Instrumente für die (Wieder-)Einführung von (Pflege-)DRG liegen also schon bereit. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen durch eine gesetzliche Personalbemessung ersetzt werden, die das gesetzliche Anrecht der Patient*innen auf eine qualitativ hochwertige Pflege in allen Bereichen gewährleistet. Sie müssen auf alle Berufsgruppen ausgeweitet werden. (Kapitel II.2)

► Pflegepersonalquotient

Der »Pflegepersonalquotient« beschreibt das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im gesamten Pflegedienst eines Krankenhauses zum gesamten Pflegeaufwand des Krankenhauses. Der o.g. Pflegelastkatalog dient auch hier zur Kalkulation dieses Pflegeaufwands. Auch hier soll eine Untergrenze festgelegt werden, deren Unterschreitung – genau wie in den pflegesensitiven Bereichen – sanktioniert wird.

Bewertung Auf das Pflegebudget hat der Pflegepersonalquotient und seine Untergrenze zwar zunächst keine Auswirkungen (es ist ja zumindest in 2020 unbegrenzt). Aber genau wie man eine Untergrenze definieren kann, kann man diese in Zukunft auch als Soll-Zahl verwenden, ab der die Zahl der Pflegekräfte dann als unwirtschaftlich gilt.

Für den Pflegequotienten gilt die gleiche Kritik wie für die Pflegepersonaluntergrenzen: Es ist unsinnig, ein Soll aus Istwerten, Durchschnittswerten und Kosten-

werten ohne jeden Bezug zum tatsächlichen Pflegebedarf der Patient*innen abzuleiten (s.o.).

Die Festlegung einer gemeinsamen Untergrenze für alle Bereiche eines Krankenhauses und über den Zeitraum eines Jahres ist viel zu pauschal, um tatsächlich etwas auszusagen, geschweige denn für eine bessere Patientenversorgung und für eine Entlastung der Pflegekräfte in den einzelnen Bereichen zu sorgen. Außerdem wird es den Krankenhausleitungen ermöglicht, Personal in lukrative Bereiche (Cash-Cows) zu verschieben, auf Kosten der anderen Bereiche, in denen die Arbeitsbelastung bleibt oder sogar steigt – Hauptsache die »Gesamtkennzahl« (Pflegepersonalquotient) stimmt. Ein solches System bietet den einzelnen Beschäftigten keinerlei Schutz vor Überlastung.

Mit dem Pflegepersonalquotienten wird ein Benchmark-System zum Vergleich von Vollkräftezahlen zwischen den Krankenhäusern geschaffen. Ein solcher Quotient steigert auch die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und die Begehrlichkeiten der Kassen, Einsparungen zu fordern – ohne konkrete Hinweise auf Unwirtschaftlichkeit und ohne die Besonderheiten der einzelnen Häuser zu berücksichtigen. Das ist dann das Gegenteil von »krankenhausindividuellen Budgets«.

Man muss sich nur einmal vorstellen, welche Aussagekraft über die notwendige Personalbesetzung auf einer konkreten Station in einer konkreten Schicht eine Verhältniszahl pro Jahr für alle Stationen und alle Bereiche eines Krankenhauses hat.

Es bleibt dabei: eine sinnvolle Bemessung des notwendigen Personalbedarfs für die Pflege ist nur auf der Basis einer wissenschaftlichen Definition und Feststellung der notwendigen Pflegemaßnahmen jedes einzelnen Patienten möglich. Auch eine solche Personalbemessung gab es bereits in den 80er Jahren – die »Pflegepersonalregelung (PPR)«. Sie wurde im Zuge der Einführung von Preisen und weil sie der damaligen Regierung zu teuer war wieder abgeschafft.

► Fazit

Die Bilanz dieser Neuregelungen fällt also sehr zwiespältig aus. Das Pflegebudget bietet die Chance zu einer dringend notwendigen, grundlegenden Änderung der Krankenhausfinanzierung, die den Aspekt der Daseinsvorsorge stärkt und Profitstreben, Markt und Wettbewerb zurückdrängt. Eine solche Änderung würde schlagartig auch die privaten Krankenhausunternehmen in ihren Expansionsbestrebungen hemmen bzw. sogar zum Rückzug zwingen: Ohne Rendite fehlt ihnen der Anreiz.

Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung und der Pflegepersonalquotient sind die Karikatur einer gesetzlichen Personalbemessung und werden viele neue Probleme schaffen, statt die Belastung der Pflege zu reduzieren und die Versorgung der Patient*innen zu verbessern. Der Pflegepersonalquotient schafft die technischen Grundlagen, um den Fortschritt durch das Pflegebudget wieder zurückzunehmen und durch ein betriebswirtschaftliches Benchmarking zu ersetzen.

Die nächsten beiden Jahre werden darüber entscheiden, in welche Richtung es weiter geht. Der Kampf um eine Personalbemessung, die diesen Namen verdient, und gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, gegen das Preissystem der DRG, ist die Hauptaufgabe der Beschäftigten im Gesundheitswesen und ihrer Gewerkschaften ver.di und Marburger Bund. Auch die betrieblichen Interessenvertretungen haben hier eine wichtige Funktion, indem sie Überlastungen skandalisieren, ihre Rechte beim Gesundheitsschutz und bei der Gestaltung der Dienstpläne einfordern und sich für eine gesetzliche Personalbemessung einsetzen. Die Tür ist offen, es ist aber noch nichts in trockenen Tüchern.

Finanzierung der Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP/Psych-VVG

Die Entscheidung für Preise auch in der Psychiatrie, oder wie es verharmlosend im Gesetzestext hieß: für ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen« fiel 2009 durch den neuen §17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenversicherungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft wurden damit beauftragt, ein den gesetzlichen Vorgaben entsprechendes Entgeltsystem (»Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP«) einzuführen und jährlich weiterzuentwickeln. Da die Vertragsparteien sich anfangs nicht einigen konnten, wurde der PEPP-Entgeltkatalog 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Die budgetwirksame Einführung wurde, auch aufgrund anhaltender Kritik, mehrfach verschoben.

Gleichzeitig sollte die gesetzlich vorgeschriebene Personalbemessung für die therapeutischen Berufe incl. Pflege (*Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV*) von 1991 außer Kraft gesetzt werden – eine weitere Parallele zum DRG-System. Das ist auch folgerichtig, weil Preise und Personalvorgaben sich ausschließen. Personalvorgaben und ihre Finanzierung sind eine Form der Selbstkostendeckung, Preise beruhen auf der freien Verwendung der Einnahmen incl. Zweckentfremdung der Einnahmen für Investitionen und Gewinnentnahmen.

► Wie PEPP funktioniert

PEPP besteht im Kern aus Tagespreisen für die Behandlung einer bestimmten psychiatrischen / psychosomatischen Krankheit. Auf der Basis von Kostendaten der

Krankenhäuser, die (freiwillig) an der Kalkulation der Entgelte teilnehmen, errechnet das InEK sogenannte Relativgewichte (Verhältnis der Tageskosten einer bestimmten Krankheit zu den durchschnittlichen Tageskosten aller psychiatrisch / psychosomatischen Krankheiten.) Beispiel: Schizophrenie hatte bei der Einführung von PEPP ein Relativgewicht von 1,3289, das heißt die Behandlung eines*r Schizophreniepatient*in wurde knapp ein Drittel höher als der Durchschnitt bezahlt. Damit kein Anreiz besteht, durch Verlängerung der Verweildauer Mehreinnahmen zu erzeugen, wurde bei langen Liegezeiten jeweils eine allmähliche Minderung in den Preis eingebaut (Degression). Bei Schizophrenie fiel der Wert bis zum 21. Behandlungstag auf 1,0212. Welcher Summe das jeweilige Relativgewicht entspricht, wurde in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften auf Landesebene nach den gesetzlichen Vorgaben festgelegt (Landesbasisfallwert für das Relativgewicht 1).

► PEPP und DRG-System sind ähnlich und bewirken die gleichen Probleme

Damit ähneln sowohl die Einführungsmethode als auch die Grundprinzipien der PEPP-Vergütung sehr stark den DRG. Wesentlicher Unterschied: Es werden **degressive Tagespreise** festgelegt und nicht Fallpreise. Es handelt sich in beiden Fällen um Festpreise, die nach politischen Vorgaben verhandelt werden. Damit war auch klar, dass die Folgen dieselben sein würden wie bei den DRG: Eine zunehmende Ökonomisierung und immer mehr Markt und Wettbewerb. Innerhalb eines solchen Preissystems handelt ökonomisch vernünftig, wer

1. möglichst wenig Kosten pro Fall produziert (dann ist der Gewinn am höchsten),
2. möglichst viele Fälle behandelt, bei denen ein Gewinn sicher ist,
3. möglichst Fälle vermeidet, bei denen ein Verlust wahrscheinlich ist.

Damit war klar: Mit PEPP sind Personalabbau, Leistungsausweitungen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion und Verweildauerverkürzung programmiert. Weitere Folgen eines solchen Marktsystems waren absehbar:

- Vertrauen geht verloren,
- Gesundheit wird zur Ware und Zwei-Klassen-Medizin wird zunehmen,
- Patient*innen werden so krank wie möglich/defizitorientiert dargestellt, um höhere Relativgewichte zu generieren,

- Verschwendung und (falsches) Sparen zugleich,
- Benchmarking (»Rattenrennen«) um die niedrigste Personalbesetzung,
- Gewinne können aus den Sozialkassen abgezogen werden.

Die Leidtragenden sind die Patient*innen und das Personal. Nach den somatischen Krankenhäusern im DRG-System sollten sich nun auch psychiatrische Krankenhäuser von Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu Wirtschaftsunternehmen mit Gewinnabsicht verwandeln. Die Vorstellung eines Operationsbetriebes wie in einer Fabrik ist schon erschreckend genug, aber die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen gleichsam mit der Stoppuhr erscheint noch abstruser. Die grundsätzlichen Mechanismen und Folgen sind in beiden Bereichen die gleichen.

► Was der Widerstand gegen PEPP erreicht hat und was nicht

Gegen diese marktwirtschaftliche Umformung der psychiatrischen Versorgung entwickelte sich in den letzten Jahren massiver Widerstand. »Weg mit PEPP« war die Forderung eines breiten Bündnisses (ver.di, attac, vdäa und fast alle Fachgesellschaften), das sich der Einführung eines Preissystems in der Psychiatrie/Psychosomatik widersetzte. Eigentlich war schon alles beschlossen, aber die Aktivitäten hatten Erfolg: Zunächst ruderte die SPD-Bundestagsfraktion zurück (»PEPP muss endgültig weg«) und anschließend auch der damalige Gesundheitsminister Gröhe. Ein runder Tisch wurde einberufen und Ende 2016 hat der Bundestag das »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen – Psych-VVG« verabschiedet. Die neuen Regelungen sind im Januar 2020 endgültig »scharfgeschaltet« worden. Was sind die nun geltenden Regelungen des Psych-VVG und wie sind sie zu bewerten?

► Psych-VVG: Einführung eines krankenhausindividuellen Budgets mit umfassenden Kontrollmöglichkeiten für die Kassen statt der PEPP-Preise

Statt der vorher geplanten (tagesbezogenen) Festpreise wird jetzt für jedes Krankenhaus mit den Kassen ein krankenhausindividuelles Gesamtbudget auf der Basis des Vorjahresbudgets vereinbart. Leistungsveränderungen müssen berücksichtigt werden. Es gibt Obergrenzen für die jährlichen Budgetsteigerungen ähnlich wie bei den DRG-Budgets (Veränderungswert, Erhöhungsrage für Tarifsteigerungen) mit nur

wenigen (aber wichtigen) Ausnahmetatbeständen. Der wichtigste ist, dass die Kosten für die Erfüllung der Vorgaben der Personalbemessung in der Psychiatrie (PPP-RL s.u.) berücksichtigt werden müssen.

Die PEPPs sind damit aber nicht Geschichte, sondern es gibt sie weiter, um Krankenhausvergleiche zu ermöglichen und die Budgetfindung zu erleichtern. Es wird ein »krankenhausindividueller Basisentgeltwert« ermittelt (Budget / Summe der Relativgewichte gemäß bestehendem PEPP-Katalog). Dieser dient auch zur Abrechnung der Leistungen mit den einzelnen Krankenkassen während des laufenden Jahres.

Die neuen Bestimmungen enthalten ein massives Drohpotential zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen:

- Es wird ein bundes- und landesweiter Krankenhausvergleich eingeführt, dessen nähere Bestimmungen (welche Daten und wer wird verglichen?) durch die Vertragsparteien auf Bundesebene (Kassen und Krankenhausgesellschaft) vereinbart wurden⁴⁹. Das InEK sammelt die Vergleichsdaten (Landes- und Bundesebene) stellt sie zur Verfügung. Der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert wird so mit »vergleichbaren« Krankenhäusern verglichen. Bei Überschreitungen können die Kassen eine Absenkung verlangen (*»Von einer deutlichen Überschreitung wird in der Regel dann auszugehen sein, wenn die maßgeblichen Vergleichswerte um mehr als ein Drittel überschritten werden.«*).
- Die Beweislast, warum höhere Kosten anfallen, liegt beim Krankenhaus (*»wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist«*). Dabei kann das Krankenhaus »regionale und strukturelle Besonderheiten« anführen, die aus seiner Sicht zu berücksichtigen sind (dies können u.a. Tarifverträge, aber auch eine besondere Patientenstruktur sein). Auch die »Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen« sind zu berücksichtigen.
- Bei Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle, was den Absenkungsprozess vermutlich nur zeitlich verzögert.

Politisch war diese Regelung die erste seit Jahren, die nicht noch mehr in Richtung Markt und Preise geht, sondern hin zu einer (begrenzten) Deckung der tatsächlichen Kosten. Budgetabsenkungen sind auch kein gesetzliches Muss, Erhöhungen sind (theoretisch) möglich.

49 Vgl. InEK: »Psych-Krankenhausvergleich«, www.g-drg.de/Psych-Krankenhausvergleich

Allerdings werden auch die Folterwerkzeuge geschärft (Krankenhausvergleich, Beweislast). Es besteht die Gefahr, dass die Kassen diese zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen nutzen. Das wäre dann eine echte Verschlimmbesserung, weil Durchschnittspreise (im Gegensatz zu den DRG-Festpreisen) zu einem automatischen Kellertreppeneffekt führen: Alle Häuser mit überdurchschnittlichen Kosten wollen den Durchschnitt erreichen, um keine Verluste zu machen, dadurch sinkt der Durchschnitt und der Kostendruck verschärft sich (Kapitel I.2). Benchmarking bedeutet dann zwar keinen automatischen Durchschnittspreis, aber der Druck in Richtung dieses Durchschnittspreises wird stark erhöht. Zudem sagen Vergleiche mit den Durchschnittskosten nichts über die Qualität und die Besonderheiten eines Hauses aus, zumal die Kategorien im Krankenhausvergleich sehr grob sind.⁵⁰

Jedenfalls ist die Neuregelung von einer wirklichen Deckung der notwendigen Kosten und von einem Verbot, Gewinne zu machen, weit entfernt. Im Zusammenhang mit einer verbindlichen Personalbemessung wäre eventuell eine teilweise Selbstkostendeckung erreichbar – je nach Höhe der Personalvorgabe und der Klarheit der Finanzierungsregelung hierzu (s.u.).

Was bleibt, ist der erhebliche bürokratische Aufwand (einschließlich der unnötigen Kosten) für die Kalkulation und die Bereitstellung der Vergleichsdaten (in jedem Krankenhaus und durch das InEK). Die Zeit, um die Daten zu erheben, geht der Versorgung der Patient*innen verloren. Zudem bekommen die Kassen über die Vergleiche alle diese Daten in die Hand und werden sie nutzen.

Gravierend ist auch, dass die negativen ökonomischen Anreize bezogen auf die Patient*innen bestehen bleiben: Ausdehnung der Leistungsmengen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion, Patient*innen kränker machen als sie sind, Patient*innen früher entlassen, Fallsplitting usw. Sie sind im Rahmen der Krankenhausvergleiche entscheidend für die Abweisung von Kürzungsforderungen der Kassen.

Wir denken, dass zumindest Folgendes notwendig ist:

- keine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auf der Basis von Durchschnittswerten,
- Abschaffung der flächendeckenden Krankenhausvergleiche, dafür das Recht der Krankenkassen, für das einzelne Krankenhaus eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu verlangen,
- Bürokratieabbau durch Einstellung der PEPP-Aktivitäten des InEK, mehr Zeit für Patient*innen statt für Dokumentation und InEK-Erhebungen,

50 ver.di: »Krankenhausvergleich beschlossen«, www.gesundheit-soziales.verdi.de

- Zurückdrängen der privaten Profitlogik auch und gerade in den psychiatrischen Krankenhäusern.

► Psych-VVG: Bestimmungen zur Personalausstattung des therapeutischen Personals und ihre Finanzierung

- Bis incl. 2019 galt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) weiter. Ab dem 1. Januar 2020 sind »verbindliche Mindestanforderungen« für die berufsgruppenbezogene Personalausstattung des therapeutischen Personals (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie – PPP-RL) in Kraft getreten, die vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* festgelegt wurden.⁵¹
- Es gilt eine (finanzielle) Nachweispflicht für die Budgetanteile, die für die berufsgruppenbezogene Stellenbesetzung vereinbart wurden (Testat der Wirtschaftsprüfer). Die Krankenkassen können die Kosten der nicht besetzten Stellen zurückverlangen, außer wenn »nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl vorliegt«
- Für die Umsetzung der Personalstandards gelten die Obergrenzen für die jährlichen Steigerungen des Gesamtbudgets (Orientierungswert) nicht. Sie müssen vollständig finanziert werden. Allerdings sind die Mindeststandards keine vollumfängliche Personalbemessung (s.u.), decken also nicht alle Personalbedarfe ab.
- Seit Verabschiedung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (2018) gilt auch für die Psychiatrie die Obergrenze für die so genannte Tariferhöhungsrate zumindest für das Pflegepersonal (nur ein Teil der durchschnittlichen Tarifsteigerungen wird refinanziert) nicht mehr.

► Die wesentlichen Festlegungen dieser PPP-RL sind:

- Es werden Mindestzahlen für das therapeutische Personal festgelegt, die einen »Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltswerte zur

51 Es wird hier zwar auch von »Mindestanforderungen« gesprochen, genau wie im somatischen Bereich bei der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV). Dennoch sind die beiden Regelungen nicht miteinander vergleichbar. Die PPP-RL basiert auf der alten Psych-PV und ist deswegen nicht mit der PpUGV vergleichbar.

Personalbemessung.« (§1) Es handelt sich also um keine wirkliche Personalbemessung, auch wenn in §2 ausgeführt wird, dass »die Krankenhäuser (...) jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten (haben)« und dass »Die Behandlung der (...) Patientinnen und Patienten (...) grundsätzlich nur zulässig (ist), wenn (...) verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.« Grundsätzlich bedeutet eben, dass Ausnahmen zulässig sind, und dass die Krankenkassen mehr als diese Mindestvorgaben finanzieren, ist eher unwahrscheinlich.

- Im Unterschied zur Psych-PV müssen die Krankenhäuser nachweisen, dass die Arbeitsstunden, die sich aus der Richtlinie für die verschiedenen Berufsgruppen ergeben, auch tatsächlich geleistet worden sind. Dies ist ein wirklicher Fortschritt gegenüber der unverbindlichen Interpretation der Psych-PV, die in den letzten Jahren üblich war.
- Völlig ungeregelt ist, wie in den Budgetverhandlungen mit dem Unterschied von Nettopersonalbedarf (Personal, das auf der Station anwesend ist) und Bruttopersonalbedarf (Personalbestand auf der Station inklusive Ausfallzeiten: Urlaub, Weiterbildung, Elternzeit, Krankheit etc.) verfahren wird. Wenn hier zu wenig Personal angesetzt wird, ist die Einhaltung der Mindestvorgaben nur noch schwer zu realisieren.
- Hatte man anfangs im G-BA das Ziel, ein ganz neues System zur Berechnung des erforderlichen Personals zu schaffen, so wurden letztlich doch eine ganze Reihe Bestandteile der alten Psych-PV übernommen – allerdings mit veränderter Funktion.
- Grundsätzlich werden pro Patient und Behandlungsbereich (z.B. Allgemeinpsychiatrie Intensiv, A2) Minutenwerte pro Berufsgruppe pro Woche festgelegt, die die Grundlage für die Berechnung der Gesamtzeit sind, die von Angehörigen dieser Berufsgruppe pro Monat bzw. pro Quartal gearbeitet werden muss.
- Die festgelegten Mindestzahlen für die Ärzt*innen, Spezialtherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Logopäd*innen sind bei Erwachsenen dieselben wie in der alten Psych-PV.
- Die Werte für die Pflege bei Erwachsenen sind, bezogen auf eine 18-Patienten-Station, ebenfalls dieselben wie in der Psych-PV, außer in der Intensivbehandlung. Dort wurden sie um 10% erhöht.
- Da der bisherige Wochengrundwert für Pflege (5.000 Min.) in die Einzelwerte auf der Basis von 18 Patient*innen eingerechnet wurde, ergibt sich bei größe-

ren Stationen (die wohl der Regelfall sind) eine Verbesserung der Minutenwerte im Vergleich zur Psych-PV: Bei einer 25-Patienten-Station liegen sie je nach Behandlungsbereich um ca. 10% bis 30% über der Psych-PV.

- Die Mindestwerte für Psycholog*innen, zu denen jetzt aber auch offiziell die Psychotherapeut*innen gehören, wurden (ausgehend von einer sehr niedrigen Ausgangsbasis) deutlich (im Schnitt um ca. 60%) erhöht. Das spiegelt zum Teil die Realität wider. Durch die Anrechnung der neuen Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen auf die Psycholog*innen wurde hier die Psych-PV schon seit langem erheblich übererfüllt.
- In der Versorgung von Kindern wurden alle Berufsgruppen um ca. 5% erhöht, die Psycholog*innen teilweise noch höher (bis 29%).
- In der Pflege von Kindern liegt die Erhöhung ebenfalls deutlich über den anderen Berufsgruppen. Bei der Stationsollgröße von 12 bei etwa 9% bis 18%, bei einer 18-Patienten-Station bei 16% bis 48% und bei einer 25-Patienten-Station bei 20% bis 73%.
- Die (z.T. bescheidene) Erhöhung der Mindestgrenzen wird aber umgehend dadurch wieder entwertet, dass es Übergangsregelungen gibt, die eine Absenkung in den Jahren 2020 und 2021 auf 85% und 2022 auf 90% vorsehen. Erst 2024 muss die PPP-RL zu 100% erfüllt werden.
- Und natürlich gibt es auch Regelungen, dass die einzelnen Berufsgruppen (und auch Auszubildende und sogar Hilfskräfte mit 5-jähriger Tätigkeit) bei Bedarf gegenseitig angerechnet werden dürfen, damit die Mindestgrenzen eingehalten werden können. Zusätzlich gibt es Ausnahmetatbestände (hohe Krankheitsrate, kurzfristig erhöhte Patientenzahl mit gesetzlicher Unterbringung, gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen), die ein Unterschreiten der Mindestzahlen zulassen.
- Mindestzahlen für die Nachtschichten sind nicht festgelegt. Es müssen aber die nächtlichen Besetzungen und die Zahl der Nächte dokumentiert werden, in denen weniger als zwei Personen anwesend sind. Eine Mindestregelung für Nachtdienste soll noch erarbeitet werden.
- Zu den Stationsgrößen, einem wesentlichen Einflussfaktor für die Qualität der Versorgung und für die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten, wird nur eine unverbindliche Empfehlung (18 Betten für Erwachsene, zwölf für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) gegeben. Praktisch wird dies nichts ändern.
- Auch die Feststellung, ob die Mindestzahlen eingehalten werden, erfolgt nicht schichtbezogen, sondern als Durchschnittswert pro Quartal (!).

- Strafen bei Nichteinhaltung sollen bis Mitte 2020 entwickelt werden. Grundsätzlich entfällt der Vergütungsanspruch. Vermutlich ist an ein ähnliches Strafsystem wie bei den Pflegepersonaluntergrenzen gedacht. (S. Kapitel I.12).
- Die Richtlinie soll alle zwei Jahre überarbeitet werden und bis 2025 soll es eine weitere »Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben« geben. Ob das auf etwas anderes als auf Mindestgrenzen hinausläuft ist unklar.
- Da ein Unterschreiten der Mindeststandards 2020 keine Sanktionen nach sich zieht und auch 2021 nur 85% der Werte als Grenze gelten, ist zu befürchten, dass weniger als 100% Personal vorgehalten wird und in den Nachweisen deswegen ebenfalls weniger Personal erscheint. Wenn diese Nachweise zur Grundlage für eine Überarbeitung der Minutenwerte gemacht werden, droht sogar eine Verschlechterung.

Unser Resümee ist, dass die PPP-RL immer noch weit von einer echten, bedarfsgeordneten Personalbedarfsermittlung auf wissenschaftlicher Basis entfernt ist. Die Ausformulierung als Mindestregelung bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, weitere notwendige Stellen im Gesamtbudget zu fordern, beinhaltet aber auch die Gefahr, dass die Mindestregelung als Soll oder sogar als Höchstregelung ausgelegt wird. Bedenklich ist, dass nicht alle Personalbedarfe klaren Berechnungsregelungen unterliegen. Die auf Einsparungen bedachten Krankenkassen werden hier versuchen, die Personalausstattung zu drücken.

Positiv ist, dass die Vorgaben verbindlich sind. Wenn diese, weitgehend der alten Psych-PV-entsprechenden, Personalquoten tatsächlich auf den Stationen eingehalten werden, wird das vermutlich in vielen Häusern schon eine erhebliche Entlastung bedeuten.

Für die Pflege gibt es zum Teil Erhöhungen, insbesondere auf großen Stationen. Es ist fraglich, ob diese eher moderaten Erhöhungen ausreichen. Auch die Situation der Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen wird zumindest auf dem Papier verbessert. Die restlichen Berufsgruppen gehen leer aus. In der Kinder- und Jugendbehandlung ergibt sich für alle Berufsgruppen eine gewisse Verbesserung.

Das Einsetzen der Sanktionen bei Unterschreitung der Mindeststandards lediglich pro Quartal und pro Einrichtung ist völlig ungeeignet, um Überlastungen und Patientengefährdungen zu verhindern. Dennoch laufen die Krankenhausträger insbesondere gegen die stations- und monatsgenaue Dokumentationspflicht Sturm – denn dadurch wird es schwieriger, Personal beliebig zu verschieben und bei den Zah-

len zu tricksen. Die Anrechnungsmöglichkeiten anderer Berufsgruppen und die Ausnahmeregelungen sind Einfallstore für ein Unterlaufen der Regelung.

Die genaue Ausgestaltung des Sanktionsregimes bleibt abzuwarten. Geldstrafen sind dabei kontraproduktiv, weil sie bestehende Finanzprobleme verschlimmern und im Zweifelsfall zu weiteren Sparmaßnahmen gegen das Personal führen. Die einzige sinnvolle »Strafe« ist ein Mechanismus, der die Zahl der Patient*innen an die Zahl des vorhandenen Personals anpasst, sowie ein Kostendeckungsprinzip, in dem nur tatsächlich angefallene Personalkosten erstattet werden.

Ein grundsätzliches Problem kommt noch hinzu: Da die so genannten Kalkulationshäuser, in denen die durchschnittlichen Kosten je Fall ermittelt werden, an die Personalmindestvorgaben gebunden sein sollen, können die Kassen argumentieren, dass die bundesweiten Durchschnittskosten und nicht die krankenhausindividuellen Personalkosten den Budgetverhandlungen in den Häusern zugrunde gelegt werden. Das entspräche zwar nicht dem Wortlaut der Bundespflegesatzverordnung, könnte aber von den Kassen durchaus als Druckmittel eingesetzt werden. Neben den Besonderheiten jedes Hauses, die sich auf das notwendige Personal auswirken, ist aber auch die Lohnhöhe unterschiedlich, weswegen zwangsläufig Fehlvergütungen (nach oben oder unten) entstehen würden. Krankenhäuser, die unter dem Durchschnitt bezahlen, würden bevorteilt.

Insgesamt meinen wir, dass dies ein Anfang ist, der aber in die folgende Richtung weiterentwickelt werden muss:

- statt Mindestzahlen ein alle Berufsgruppen einschließendes System einer wissenschaftlichen und bedarfsgerechten Personalbemessung,
- Erarbeitung dieser Personalbemessung unter Einbeziehung der Betroffenen (Beschäftigte, Fachgesellschaften und Patient*innen),
- verbindliche Vorgaben für Stationsgrößen und Nachtdienste,
- Klarstellung, dass die tatsächlichen Personalkosten des einzelnen Krankenhauses von den Kassen erstattet werden müssen,
- Rechte der betrieblichen Interessenvertretungen bzgl. Bettenschließungen/Reduzierung der Zahl der Patient*innen, wenn die festgelegten Personalzahlen unterschritten werden.

► Psych-VVG: Neue Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung (»stationsäquivalente Behandlung«)

Es wurde eine neue Behandlungsform (»stationsäquivalente Behandlung«, kurz StäB) für nicht stationäre Patient*innen eingeführt, die durch das Krankenhaus erbracht werden dürfen. Der Einsatz der Behandlungsform ist nicht auf akute Phasen einer Erkrankung beschränkt. Die Neuerung ist als therapeutische Innovation zu begrüßen. Allerdings gibt es im Gesetz Einschränkungen, die ihren Wert einschränken bis konterkarieren:

- Es ist anzunehmen, dass der Personalaufwand für diese Versorgungsform deutlich höher ist als bei stationärer Versorgung. Da dieser Aufwand auch über das Gesamtbudget gedeckt werden muss, kommt es entscheidend auf die personellen Mindestvorgaben an, ob diese Versorgungsform kostendeckend finanziert ist. Ist sie es nicht, werden die Krankenhäuser sie vermutlich nicht einführen.
- In der PPP-RL ist StäB mit aufgenommen, jedoch mangels empirischer oder historischer Grundlage ohne Minutenwerte – die entsprechende Tabellenzeile ist leer. Die Stellen dafür sind also in den lokalen Budgetverhandlungen festzulegen. Es ist absehbar, dass die Krankenkassen hier eine restriktive Position einnehmen. In der Praxis wird StäB bisher nur sehr schleppend umgesetzt.

Aus unserer Sicht notwendig ist die volle Erstattung der notwendigen Kosten dieser Behandlungsart und die Festlegung guter Arbeitsbedingungen für Beschäftigte, die in diesen – für Krankenhäuser neuen – ambulanten Versorgungsformen arbeiten.

► Fazit

PEPP ist nicht weg, aber zurückgedrängt. Durch das krankenhausindividuelle Budget und eine Verlagerung vieler Fragen zur Personalausstattung in die lokalen Budgetverhandlungen sind die Krankenhäuser hier dem Druck der Kassen ausgesetzt. Es bleibt elementar, Verbesserungen in Richtung einer echten Personalbemessung einerseits, eine Abkehr vom PEPP-System andererseits in Richtung Kostendeckungsprinzip umzusetzen.

Kapitel I.14

Äpfel und Birnen – internationale Vergleiche im Gesundheitswesen sind schwierig

Im Juli 2019 sorgte die Studie »Zukunftsfähige Krankenhausversorgung« der Bertelsmann Stiftung⁵² kurzzeitig für Aufsehen mit ihrer Empfehlung, die Anzahl der deutschen Kliniken auf ca. ein Drittel drastisch zu reduzieren. Noch weiter gingen die damals heftig diskutierten »8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem«, das so genannte Leopoldina-Papier im Jahr 2016, das mit einem internationalen Vergleich arbeitete: *»Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.«*⁵³

Das Ergebnis kam zustande, indem die Bevölkerungszahlen Dänemarks und Deutschlands ins Verhältnis gesetzt wurden zur Anzahl der Krankenhäuser. Ein an abstrakten Zahlen orientiertes Verfahren, das für Gesundheitsökonom*innen typisch ist.

52 Stefan Loos/Martin Albrecht/Karsten Zich: »Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen«, hg. von der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Juli 2019

53 Reinhard Busse/Detlev Ganten ML/Stefan Huster/Erich R. Reinhardt/Norbert Suttrop/Urban Wiesing: »Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft«, hg. von Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle/Saale, Oktober 2016, S. 10

Rechnerisch ist der Schluss natürlich korrekt, gesundheitspolitisch ist er aber problematisch und weit weg von einer wünschenswerten Realität. Gerade der Vergleich mit Dänemark zeigt das deutlich. Wenn die Autoren schreiben: »Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark«, dann abstrahieren sie von den entscheidenden Strukturmomenten, die es Dänemark ermöglichen, eine solche Reform umzusetzen: Denn Dänemark hat ein öffentliches Gesundheitswesen, in dem der Staat Eigentümer, Planer, Betreiber und Finanzier der Krankenhäuser ist. Die Sektoren sind dort nicht im Namen einer »Selbstverwaltung« abgeschottet durch juristische, organisatorische und Finanzierungsunterschiede, die von Lobbygruppen mit egoistischen Macht- und Eigentumsinteressen gegeneinander verteidigt werden. Im dänischen Gesundheitswesen mit seiner planvollen, auf das Gemeinwohl ausgerichteten Struktur haben die Berufsgruppen ein weniger hierarchisches Verhältnis zueinander. Sie sind stärker zur sinnvollen Kooperation motiviert, was die dänischen Strukturen auch ermöglichen.

Hätten wir das alles in Deutschland, wären unsere Probleme anders und sicher nicht so groß. Und man könnte auch andere politische Planungen entwerfen und verwirklichen. Unter den Bedingungen eines »Krankenhausmarktes« mit 37% der Krankenhäuser in privatem Eigentum wie in Deutschland ist eine stringente Reformierung der Krankenhauslandschaft, wie sie in Dänemark geschehen ist, unmöglich.

Aber der einfache Vergleich hinkt nicht nur bei der Trägerschaft, sondern an einigen anderen Punkten, denn er lässt außer Acht, wie die anderen Bereiche im Gesundheitswesen organisiert sind:

- Ist es ein System, bei dem die verschiedenen Sektoren (ambulant, stationär, Reha etc.) organisatorisch eng miteinander verzahnt sind und das einheitlich finanziert ist, oder besteht das Gesundheitswesen aus vielen Sektoren, die organisatorisch und finanziell unabhängig voneinander arbeiten?
- Wie ist es finanziert? Ist es ausreichend finanziert? Werden die entstehenden Kosten aus Steuern oder Beiträgen bezahlt? Wie hoch ist der Anteil, den die Patient*innen direkt an die Leistungserbringer bezahlen müssen (sogenannte out-of-pocket-Ausgaben)? Gilt Selbstkostendeckung oder hat es ein Preissystem, in dem Marktregeln gelten?
- Ist es privatisiert oder öffentlich / non profit?
- Gibt es einen freien und gleichen Zugang für alle Bewohner des Landes oder gibt es organisatorische, bürokratische und / oder finanzielle Hürden beim Zugang?

- Wie ist die geographische Struktur des Landes: Ist die Bevölkerung halbwegs gleich verteilt auf das Land oder gibt es Zentren und schwer erreichbare Provinz (hohe Berge, Inseln etc.)? Wie ist die Verkehrsinfrastruktur entwickelt, um größere Entfernungen zur nächsten Behandlungseinrichtung zu überwinden?
- Wie sieht die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, aber auch zwischen Gesellschaft und professionellen Strukturen aus etc.?

All diese Aspekte machen Vergleiche schwierig und machen es unmöglich, das Gesundheitswesen in simplen Verhältniszahlen zu beschreiben.

Andere Vergleiche, wie der Folgende aus dem Ärzteblatt, setzen die Ausgaben in unterschiedlichen Ländern mit der Lebenserwartung in Beziehung und wollen damit etwas über die Qualität der Versorgung aussagen: *»Im Jahr 2017 wurden hierzulande 4.300 Euro für die Versorgung eines Patienten ausgegeben. Das waren 1.400 Euro mehr als im EU-Durchschnitt. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt hingegen mit 81,1 Jahren nur leicht über dem europäischen Durchschnitt von 80,9 Jahren. Die meisten westeuropäischen Länder schneiden besser ab.«*⁵⁴ Es wird hier suggeriert, dass das deutsche Gesundheitswesen teuer und trotzdem schlecht ist. Die Lebenserwartung wird als Beweis für die Güte des Gesundheitswesens genommen. Dieser Zusammenhang ist hochproblematisch und weder wissenschaftlich nachgewiesen noch aus Erfahrung begründbar. Er negiert, dass die Lebenserwartung wesentlich von ganz anderen Faktoren (Arbeits- und Lebensbedingungen) abhängt als von der medizinischen Versorgung und dass die Kosten (egal ob niedrig oder hoch) stark von der Art der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens abhängen und wenig bis nichts mit der Qualität zu tun haben.

Damit sind wir bei einem Grundproblem internationaler Vergleiche angekommen. Welche Vergleiche sind sinnvoll und aussagekräftig? Welche Vergleiche sind ausschließlich interessengeleitet und haben nur den Zweck, eine Argumentation einseitig zu illustrieren bzw. zu suggerieren, dass sie begründet sei, wie etwa im obigen Beispiel zur Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland und Dänemark?

→ siehe Tab. 11

Auch wir vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik argumentierten bisweilen mit internationalen Vergleichen. So hatten wir in der ersten Fassung der Bro-

54 Heike Korzilius: »Deutsches Gesundheitssystem. Hohe Kosten, durchschnittliche Ergebnisse«, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 49, 6. Dezember 2019

schüre eine Tabelle veröffentlicht, in der die Anzahl stationärer Krankenhausbehandlungen bei bestimmten Hauptdiagnosen in Deutschland verglichen wird mit den Daten in den OECD-Ländern. In unserer Foliensammlung »Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen« (www.krankenhaus-statt-fabrik.de/166) findet sich folgende Tabelle:

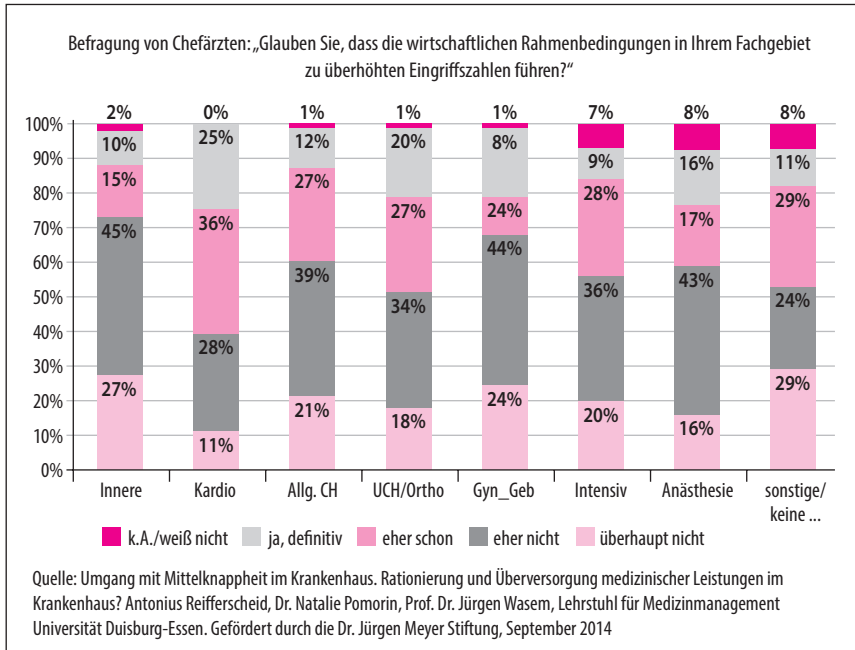
Tab. 11 KH-Leistungen (pro 100.000 Einwohner) in Deutschland im Vergleich zu 23 OECD-Ländern 2016

		Deutschland	OECD-Durchschnitt	Rang
	Operation Grauer Star	1040,8	819,8	10
	Mandelentfernung	132,3	107,8	7
➡	Erweiterung Herzkranzgefäße mit Ballonkatheter	406,2	183,1	1
	Bypass-Operation	61,4	35,4	4
	Blinddarmentfernung	155,1	116,9	4
➡	Gallenblasenoperation	247,8	157,9	2
	Leistenbruchoperation	211,8	150,7	7
➡	Hüftgelenkersatz	304,4	167,1	1
➡	Kompletter Kniegelenkersatz	218,6	123,3	2

Quelle: OECD-Health Statistics 2016, eigene Berechnung

Es liegt zwar nahe, die auffällige Häufung von bestimmten Prozeduren auf die ökonomischen Einflüsse der DRG zurückzuführen (Zwang zur Mengenausdehnung) – siehe auch die Ergebnisse einer Befragung von Chefarzten (Abb. 24). Andererseits könnten aber auch andere Ursachen die unterschiedlichen Zahlen erklären (s.u.). Insbesondere ist auch zu bedenken, dass an den meisten OECD-Ländern die Ökonomisierung nicht spurlos vorbeigegangen ist und in vielen ebenfalls über DRG (in unterschiedlicher Ausformung) abgerechnet wird. Dann müssten sich eigentlich auch in diesen Ländern Hinweise für Mengenausweitungen ergeben. So lange wir das nicht zeigen können, müssen uns die Aussagen der befragten Chefarzte und un-

Abb. 24: Ökonomisch motivierte Überversorgung



sere vielfachen eigenen Erfahrungen ausreichen als Argument für eine betriebswirtschaftlich induzierte Überversorgung. → siehe Abb. 24

Man müsste also wissen, wie die Finanzierung in den anderen Ländern organisiert ist und welche Anreize dort gesetzt werden. Man müsste ebenfalls wissen, ob die Zugänglichkeit, die Abläufe und die Versorgungsstrukturen vergleichbar sind, ob die Patient*innen und ihre Altersverteilung vergleichbar sind etc.

Es gibt zwar einige Publikationen zu Jahresvergleichen zwischen verschiedenen Ländern bei einzelnen Prozeduren. Sie sind aber für unsere Argumentation oft nicht sehr hilfreich, weil einerseits die Einflüsse unterschiedlicher Finanzierungssysteme in den Vergleichen nicht analysiert werden; andererseits wird in den Publikationen immer wieder darauf verwiesen, dass die Zahlen auch wegen der unterschiedlichen demographischen Entwicklungen in den Vergleichsländern altersadaptiert analysiert werden müssten. Dann sind bisweilen die unterschiedlichen Häufigkeiten der Eingriffe gar nicht mehr so auffällig wie das auf den ersten Blick erscheint. Dies zeigt die Studie »Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich. Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten«,

die Verena Finkenstädt und Frank Niehaus für das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) erstellt haben.⁵⁵ Das WIP analysierte dabei den Einfluss der Altersstruktur auf die veröffentlichten OECD-Daten, die grundsätzlich nicht altersadjustiert sind. Die Autoren zeigen für 15 chirurgische Eingriffe und für die Gesundheitsausgaben deren Altersabhängigkeit und die Folgen für die Platzierung Deutschlands im internationalen Vergleich, die sich dadurch deutlich verändert.

Schaut man sich die wenigen Studien an, die Finanzierungssysteme international oder wenigstens europaweit verglichen, stellt man fest, dass sie leider die Fragen, die unseres Erachtens für eine politisch-ökonomische Einschätzung wichtig wären, nicht stellen. Und darüber hinaus sind all diese Vergleiche bezüglich wichtiger Parameter wie z.B. Lebenserwartung, Behandlungsergebnisse bei konkreten Erkrankungen, Behandlungskosten, erforderliche medizinische Infrastruktur – um nur einige zu nennen – wenig aussagekräftig, wenn nicht alle Strukturmerkmale des jeweiligen Gesundheitswesens und auch alle unterschiedlichen gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bürger*innen (wie z.B. das Ausmaß sozialer Ungleichheit) mit in den Blick genommen werden.

► Fazit

Das alles heißt nicht, dass wir nicht von anderen Ländern lernen können, die ihre gesundheitliche Daseinsvorsorge anders organisieren und finanzieren. Nur vor den für eigene politische Interessen verwendeten, simplifizierenden quantitativen internationalen Vergleichen möchten wir ausdrücklich warnen. Wir haben daher in dieser neu überarbeiteten Broschüre um der Seriosität unserer Aussagen willen auf manche internationale Zahlenvergleiche verzichtet und stattdessen nationale Langzeitvergleiche für unsere Argumentation herangezogen, weil diese aufgrund weniger divergierender Einflussvariablen validere Schlussfolgerungen erlauben.

55 Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, »Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich. Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten.« www.wip-pkv.de

Wie weit geht der Einfluss der Europäischen Union im Gesundheitswesen?

EU-Vorgaben für Finanzierung und Subventionierung von Krankenhäusern

Die Europäische Union (EU) ist aktuell – lässt man mal die Sonntagsreden und »Alle Menschen werden Brüder«-Gesänge beiseite – vor allem ein polit-ökonomisches Projekt zur Durchsetzung von Marktförmigkeit möglichst aller gesellschaftlichen Prozesse.

Dabei ist sie so strukturiert, dass sie auf bestimmten Ebenen formale Gleichheit der Mitgliedsländer zulässt, so lange die grundsätzlichen polit-ökonomischen Herrschafts- und Ungleichheitsverhältnisse in ihr nicht verschoben werden. Mit jedem Vertrag – aktuell gültig ist seit 2009 der Vertrag von Lissabon (abgekürzt AEUV: Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union) – erhöht sich der Druck auf die Mitgliedsgesellschaften, bislang noch nicht marktförmig organisierte Bereiche dem Binnenmarkt zu unterwerfen. Dies gilt auch für die Gesundheitssysteme, auch wenn die EU hier (noch) keine direkten Handlungskompetenzen hat. Bei dem Kampf um die Daseinsvorsorge müssen wir also immer auch einen kritischen Blick auf die EU haben und auch hier die Auseinandersetzung suchen.

Zu einem kritischen Umgang mit der EU gehört für uns aber auch, die EU nicht vorschnell als Ausrede für alles Mögliche zu benutzen. In dem Film »Der marktgerechte Patient« entschuldigt der Oberbürgermeister von München die Tatsache, dass die Stadt München das Defizit ihrer städtischen Kliniken nicht ausgleicht, damit, dass die EU es der Kommune verbiete, Defizite ihrer Krankenhäuser auszugleichen. Jedes Mal ergibt sich nach Vorführungen des Films eine Diskussion darüber, ob das stimmt, warum das so sei etc. Wir wollen hier einige Klarstellungen versuchen.

► Gesundheit und Gesundheitswesen in den EU-Verträgen

Zunächst einmal hat die EU laut dem aktuell gültigen Vertrag von Lissabon »*ausschließliche Zuständigkeit in folgenden Bereichen: a) Zollunion, b) Festlegung der für das Funktionieren des Binnenmarkts erforderlichen Wettbewerbsregeln, c) Währungspolitik für die Mitgliedstaaten, deren Währung der Euro ist, d) Erhaltung der biologischen Meeresschätze im Rahmen der gemeinsamen Fischereipolitik, e) gemeinsame Handelspolitik*« und eine mit den Mitgliedsstaaten geteilte Zuständigkeit bei der »*Sozialpolitik hinsichtlich der in diesem Vertrag genannten Aspekte*« und bei gemeinsamen »*Sicherheitsanliegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit hinsichtlich der in diesem Vertrag genannten Aspekte.*« (AEUV Art. 3)

Mit dem Vertrag von Maastricht (1992) erhielt Gesundheitspolitik auf EU-Ebene erstmals eine rechtliche Grundlage: »*Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt*« (AEUV Art. 168-1). Aber bei der Tätigkeit der Union wird »*die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt*«. Dabei umfasst die »*Verantwortung der Mitgliedsstaaten (...) die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.*« (AEUV Art. 168-7) Dies ist das so genannte Harmonisierungsverbot. Es besagt, dass die Mitgliedsstaaten ihr Gesundheitswesen selbst gestalten können und die EU sich da nicht einmischen darf – ob sich eine Gesellschaft entscheidet, ein staatliches, ein privatisiertes, ein auf Sozialversicherung oder auf einer Mischung aus allem beruhendes Gesundheitswesen zu organisieren. Dass in Deutschland mehr als ein Drittel der Krankenhäuser privatisiert ist, dass die DRG eingeführt wurden, dass Ärzt*innen Kleinunternehmer sind, dass wir es zulassen, dass immer mehr Private Equity sich in das Gesundheitswesen einkaufen etc., war und ist die Entscheidung der deutschen Politik und Gesellschaft und hat zunächst höchstens vermittelt mit der EU zu tun.

Lange Zeit hatte die EU bezüglich Gesundheit und Gesundheitswesen nur im Sinne des o.g. Art. 168-1 agiert. Ein berühmtes Beispiel ist die so genannte Bildschirmrichtlinie (Richtlinie 90/270/EWG) vom 29. Mai 1990, die Mindestvorschriften in Bezug auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit an Bildschirmgeräten regelt. Sie ging bei Einführung zum Teil weit über die nationalen Regelungen hinaus und war aus Arbeitnehmersicht sehr fortschrittlich. Verbraucherschutzregelungen gibt es ebenfalls auf EU-Ebene (z.B. Lebensmittelsicherheit),

die Arzneimittelzulassung für den europäischen Markt wird auf EU-Ebene geregelt. Die letzte EU-Richtlinie, die im Gesundheitswesen Furore gemacht hatte, ist die Arbeitszeitrichtlinie (Richtlinie 2003/88/EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung), die u.a. den Bereitschaftsdienst von Ärzt*innen im Krankenhaus neu geregelt hat. Die EU regelt die Anerkennung von Qualifikationen in Gesundheitsberufen, damit es nicht zu einer Diskriminierung ausländischer Arbeitskräfte kommt. Dies sind Beispiele für harmlose Konsequenzen der vier Freiheiten des europäischen Binnenmarktes (freier Warenverkehr, Personenfreizügigkeit, Dienstleistungsfreiheit und freier Kapital- und Zahlungsverkehr), die im Wesentlichen aber darauf hinauslaufen, dass alle Bereiche der Gesellschaft marktförmig umgebaut werden und dass die Freiheit, Profite anzuhäufen, zur Richtschnur allen gesellschaftlichen Handelns wird.

Einfluss auf das Gesundheitswesen haben aber auch die mit der Wirtschafts- und Währungsunion beschlossenen Verschuldungskriterien von Maastricht (jährliche Neuverschuldung nicht höher als 3% des BIP und gesamte Staatsschuld nicht über 60% des BIP): Damit erlegen sich die Staaten der EU selbst finanzielle Schranken auf, die auch das Gesundheitswesen betreffen, da zum einen die Defizite der Sozialversicherung zu den Staatsschulden gerechnet werden, zum anderen aber Investitionen der öffentlichen Hand ins Krankenhaus schwieriger werden. Durch die nationalen »Schuldenbremsen«, die im Zuge der Weltwirtschaftskrise beschlossen worden sind, werden die realen Möglichkeiten, das Notwendige (gerade in der Sozialpolitik) zu tun, massiv eingeschränkt.

Macht und Ansprüche der EU hatten sich mit dem Vertrag von Lissabon (in Kraft seit 2009) noch einmal weiter verschoben. Hans-Jürgen Urban beschreibt das so: *»Während bisher die Verflechtungen zwischen dem europäischen Markt- und dem deutschen Sozialrecht den wichtigsten Wirkungskanal darstellten, über den die europäische Integration Einfluss auf das deutsche Gesundheitssystem gewinnt, so dürften von der wettbewerbspolitischen Neuausrichtung des Integrationsprozesse (»Lissabonner Strategie«) und den Vorgaben der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion neue Impulse in Richtung einer Europäisierung der Gesundheitspolitik ausgehen.«*⁵⁶ Dabei finde, so Urban, die Offene Methode der Koordinierung (OMK) als neuer Regulierungsmodus in der EU zunehmend auch in der Gesund-

56 Hans-Jürgen Urban, »Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System«, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 2003

heitspolitik Anwendung. Deren Kernelemente sind: Festlegung von Leitlinien für die Union mit einem jeweils genauen Zeitplan für die Verwirklichung der von ihnen gesetzten kurz-, mittel- und langfristigen Ziele; gegebenenfalls Festlegung quantitativer und qualitativer Indikatoren und Benchmarks im Vergleich zu den Besten der Welt; Umsetzung dieser europäischen Leitlinien in nationale und regionale Politik durch Entwicklung konkreter Ziele und Erlass entsprechender Maßnahmen unter Berücksichtigung der nationalen und regionalen Unterschiede; regelmäßige Überwachung, Bewertung und gegenseitige Prüfung im Rahmen eines Prozesses, bei dem alle Seiten voneinander lernen sollen. (Ebd.) Durch diese »offene Methode der Koordinierung« werden also – auf vermeintlich freiwilliger Basis – doch Eingriffe in das jeweilige Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten durchgesetzt und das Harmonisierungsverbot unterlaufen.

► Gesundheitswesen und Binnenmarkt

Schon vorher griffen aber Entscheidungen des EuGH nachhaltig in die nationalen Gesundheitssysteme ein, wie Rolf Schmucker 2003 zeigte: *»Entgegen dem ›Harmonisierungsverbot‹ aus Art. 152 EGV eröffnen die Grundfreiheiten des Binnenmarktes der europäischen Ebene einen Zugang zu nationalstaatlich relevanten gesundheitspolitischen Entscheidungen (...) Die erste und wichtigste Botschaft der EuGH-Entscheidungen ist, dass das Recht des Binnenmarktes und das Wettbewerbsrecht grundsätzlich auch auf die nationalen Gesundheitssysteme anzuwenden ist. Die Mitgliedsstaaten besitzen zwar die alleinige Gestaltungskompetenz für diesen Bereich, müssen sich dabei jedoch an das europäische Recht halten.«*⁵⁷

Ihr durch und durch neoliberales Gesicht zeigte die EU spätestens im Falle Griechenlands seit 2012. Hier mischte sich die EU im Rahmen der Austeritätsauflagen der Troika unmittelbar und massiv in die Struktur(-Reformen) des griechischen Gesundheitswesens ein und verlangte Einsparungen und Privatisierungen: So wurden alle ambulanten öffentlichen Strukturen auf einmal geschlossen und der Regierung empfohlen, nach deutschem Vorbild im ambulanten Sektor Ärzt*innen als Privateigentümern in Einzelpraxen Verträge mit der Krankenversicherung anzubieten. Zugleich wurde bestimmt, wie viele Ärzt*innen und Pflegekräfte in

57 Rolf Schmucker: »Europäische Integration und Gesundheitspolitik«, Arbeitspapier Nr. 23 / 2003 des Instituts für Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität, Frankfurt am Main 2003, www.archiv.labournet.de

den Krankenhäusern entlassen und welche Häuser ganz geschlossen werden mussten⁵⁸. Dies ist mehr als eine Fußnote der Geschichte, sondern ein Beispiel dafür, wie bevölkerungsfeindlich und kapitalhörig die Politik der EU nicht nur in Krisenzeiten ist.

Mit der Umorganisation der Krankenhauslandschaft auf Markt und Wettbewerb mittels der DRG wurden – wie von der deutschen Politik beabsichtigt – immer mehr Krankenhäuser privatisiert und der Konkurrenzdruck erhöhte sich drastisch. Gleichzeitig gerieten immer mehr öffentliche Krankenhäuser in eine finanzielle Schieflage, weil die Erlöse aus den Fallpauschalen oft nicht ausreichen, die Kosten für Maximalversorgung oder einfach wenig lukrative Bereiche zu decken. Zugleich kommt – auch dies eine Folge des neoliberalen Umbaus des Staates und der Gesellschaft – die öffentliche Hand ihren gesetzlichen Investitionspflichten bei den Krankenhäusern nicht mehr nach, was die Krankenhäuser zwingt, Gelder für notwendige Investitionen anders zu organisieren bzw. die Defizite noch zu erhöhen. In dieser Situation stellt(e) sich für die Kommunen die Frage, ob sie die Defizite ihrer Kliniken mit öffentlichen Geldern ausgleichen dürfen – vorausgesetzt, sie haben das Geld –, ob also ein Defizitausgleich mit EU-Wettbewerbsrecht konform ist oder von der EU verboten wird –, wie es der oben erwähnte Oberbürgermeister von München behauptete.

Klar ist, dass Zuschüsse zu Investitionen in jedem Fall erlaubt sind. Wenn die Träger diese übernehmen würden, bräuchte es in vielen Fällen gar keine Zuschüsse zum laufenden Betrieb und die Frage nach der EU stellte sich gar nicht.

→ siehe Kasten, Seite 145

► Die grundsätzliche Bedeutung des Falls Calw

Der *Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)*, der mehr als 1.000 private Krankenhäuser vertritt, wollte die Frage der Rechtmäßigkeit von Zuschüssen zum laufenden Betrieb in einem Gerichtsverfahren gegen den Landkreis Calw, als Gesellschafter der Kreiskliniken Calw gGmbH, klären lassen. In dem Ausgangsverfahren wandte sich der Kläger gegen Zuwendungen, die der Landkreis Calw seinen Kreiskrankenhäusern in Calw und Nagold als Verlustausgleich gewährt hat. Der BDPK stufte diese Zuwendungen als unzulässige staatliche Beihilfen ein, die mangels Anmeldung (Notifizierung) bei der EU-Kommission rechtswidrig seien (Verstoß gegen

58 Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin des vdäa, Sonderausgabe zum Thema: »Austerität – tödliche Medizin für Griechenlands Gesundheitswesen«, Herbst 2014, www.vdaee.de

AEUV Art. 108-3) und deshalb zurückbezahlt werden müssten. Eine solche Beihilfe verzerre den von der EU geschützten Wettbewerb.

Die beiden Kreiskrankenhäuser sind zwar im EU-rechtlichen Sinne Unternehmen⁵⁹, aber sie sind in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen und vom Landkreis Calw am 22. April 2008 und 19. Dezember 2013 mit der Erbringung medizinischer Versorgungsleistungen als Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut worden. Nachdem der Jahresabschluss der Kreiskliniken Calw für das Jahr 2011 einen Fehlbetrag von mehr als 3 Mio. Euro und derjenige für das Jahr 2012 einen Fehlbetrag von mehr als 6 Mio. Euro ausgewiesen hatten, fasste der Kreistag im Jahr 2012 den Beschluss, die Verluste der Kreiskliniken für die Jahre 2012 bis 2016 auszugleichen. Der Landkreis argumentierte, die Zuwendungen seien nicht notifizierungspflichtig, weil sie dem Ausgleich von Kosten für die Erbringung von **Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DawI)** dienen, mit denen er die Kreiskliniken betraut habe und insofern unter die Ausnahmeregelung im EU-Vertrag gemäß Art. 106-2 falle. Das Landgericht Tübingen bestätigte diese Auffassung und wies die Klage mit Urteil vom 23. Dezember 2013 ab (Az: 5 O 72/13).

Auch die Berufungsklage des BDPK beim Oberlandesgericht Stuttgart blieb erfolglos: In Bestätigung des erstinstanzlichen Urteils (20. November 2014 – Az: 2 U 11/14) stellte es fest, dass die Verpflichtung zum Betrieb der nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser nur den Landkreis Calw trifft und dass darin der entscheidende Unterschied zu den Krankenhäusern des BDPK liege. Diesen stehe jederzeit die Möglichkeit der Neuausrichtung auf andere Tätigkeitsbereiche oder des Markaustritts zu. Selbst wenn die privaten Klinken im Sinne des Urteils des EuGH die »gleichen Gemeinwohldienstleistungen« anbieten, hätten sie keine derartige Betriebspflicht. Vielmehr können sie je nach wirtschaftlicher Lage frei entscheiden, ob der Klinikbetrieb aufrechterhalten werden soll. Den Kreiskliniken werde somit im Vergleich zu den privaten Wettbewerbern ein besonderer DawI-Auftrag übertragen mit der Folge, dass die staatlichen Finanzierungszuschüsse rechtmäßig sind.⁶⁰

59 Vgl. den Ratgeber des Senats der Stadt Berlin: »Der Begriff des Unternehmens umfasst nach ständiger Rechtsprechung des Gerichtshofs jede eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit, unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung. Unter wirtschaftlicher Tätigkeit wird jede Tätigkeit verstanden, die im Anbieten von Gütern und Dienstleistungen auf einem Markt besteht.« Knut Büsching / Dr. Jens Homann / Thomas Wiese: »Das Europäische Beihilfenrecht – Ein Leitfaden für die Praxis«, 4. aktualisierte Fassung, Berlin 2012, www.berlin.de/sen

60 Vgl.: Europa Aktuell: »EU-Beihilferecht und staatliche Finanzierung von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft«, Bank für Sozialwirtschaft (Hrsg.), Brüssel 02.05.2016, www.sozialbank.de

Relevante Artikel aus dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV – Lissabon Vertrag)

Vorschriften für Unternehmen

Artikel 106 (ex-Artikel 86 EGV)

- (1) Die Mitgliedstaaten werden in Bezug auf öffentliche Unternehmen und auf Unternehmen, denen sie besondere oder ausschließliche Rechte gewähren, keine den Verträgen und insbesondere den Artikeln 18 und 101 bis 109 widersprechende Maßnahmen treffen oder beibehalten.
- (2) Für Unternehmen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind oder den Charakter eines Finanzmonopols haben, gelten die Vorschriften der Verträge, insbesondere die Wettbewerbsregeln, soweit die Anwendung dieser Vorschriften nicht die Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgabe rechtlich oder tatsächlich verhindert. Die Entwicklung des Handelsverkehrs darf nicht in einem Ausmaß beeinträchtigt werden, das dem Interesse der Union zuwiderläuft.
- (3) Die Kommission achtet auf die Anwendung dieses Artikels und richtet erforderlichenfalls geeignete Richtlinien oder Beschlüsse an die Mitgliedstaaten.

Staatliche Beihilfen

Artikel 107 (ex-Artikel 87 EGV)

- (1) Soweit in den Verträgen nicht etwas anderes bestimmt ist, sind staatliche oder aus staatlichen Mitteln gewährte Beihilfen gleich welcher Art, die durch die Begünstigung bestimmter Unternehmen oder Produktionszweige den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen, mit dem Binnenmarkt unvereinbar, soweit sie den Handel zwischen Mitgliedstaaten beeinträchtigen. (...)

Artikel 108 (ex-Artikel 88 EGV)

- (2) Stellt die Kommission fest, nachdem sie den Beteiligten eine Frist zur Äußerung gesetzt hat, dass eine von einem Staat oder aus staatlichen Mitteln gewährte Beihilfe mit dem Binnenmarkt nach Artikel 107 unvereinbar ist oder dass sie missbräuchlich angewandt wird, so beschließt sie, dass der

betreffende Staat sie binnen einer von ihr bestimmten Frist aufzuheben oder umzugestalten hat.

- (3) Die Kommission wird von jeder beabsichtigten Einführung oder Umgestaltung von Beihilfen so rechtzeitig unterrichtet, dass sie sich dazu äußern kann. Ist sie der Auffassung, dass ein derartiges Vorhaben nach Artikel 107 mit dem Binnenmarkt unvereinbar ist, so leitet sie unverzüglich das in Absatz 2 vorgesehene Verfahren ein. Der betreffende Mitgliedstaat darf die beabsichtigte Maßnahme nicht durchführen, bevor die Kommission einen abschließenden Beschluss erlassen hat. (»Notifizierungspflicht«, der Verf.)

Die nächste Instanz, der Bundesgerichtshof, wies die Revision mit ein paar Einschränkungen ebenfalls zurück (24. März 2016 – Az. I ZR 263/14) und teilte die Auffassung des OLG insofern, dass die Aufnahme eines öffentlichen Krankenhauses in den Krankenhausplan die öffentliche Hand dazu verpflichte, den Betrieb des Krankenhauses aufrechtzuerhalten, auch wenn es unwirtschaftlich arbeite. Dies rechtfertige es, die medizinische Versorgung durch ein solches öffentliches Krankenhaus als Dienstleistung im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse im Sinne von Art. 106 Abs. 2 AEUV anzusehen.⁶¹ Der BGH beanstandete nur, dass die Transparenzanforderungen bei der Betrauung des Krankenhauses mit DawI nicht den Vorgaben der EU-Kommission genügten. Ein Betrauungsakt muss jeweils EU-rechtskonform formuliert werden, dann ist er für zehn Jahre gültig. Wie viele kommunale Betrauungsakte zeigen, ist dies eine bürokratische Hürde der EU, aber kein Zauberwerk. Dass der Betrauungsakt ein kommunales politisches Kampffeld ist, versteht sich angesichts des polit-ökonomischen Drucks in diesem Bereich von selbst. Dass viele Kommunen diesen Kampf nicht aufnehmen und sich stattdessen – unseres Erachtens vorschnell – hinter der EU »verstecken«, muss andere Motive haben. Allzu oft steckt dahinter der Plan der Kommune, das Krankenhaus zu privatisieren.

61 Der Bundesgerichtshof betonte aber, dass der Betrauungsakt von 2008 nicht den Transparenzanforderungen der Freistellungsentscheidung der EU genüge. Die Parameter für die Berechnung der Ausgleichsleistungen seien nur unzureichend ausgewiesen. Diese Nichteinhaltung der Transparenzverpflichtung führe dazu, dass eine mögliche Beihilfe notifiziert werden müsse. Vgl. Rechtsanwalt Martin Busch: »EU-beihilferechtskonforme Krankenhausfinanzierung ohne Notifizierung nur bei Einhaltung der Transparenzkriterien des Freistellungsbeschlusses«, www.cbh.de

► Politischer Spielraum

Der Fall ist bisher noch nicht vor den Europäischen Gerichtshof gebracht worden, aber unseres Erachtens zeigt das Beispiel aus Calw, dass es der Kommune – wenn sie sich dabei an bestimmte Vorschriften hält – nicht von der EU verboten wird, das Defizit eines öffentlichen Krankenhauses auszugleichen. Natürlich ist die Frage, ob der EuGH dieser Interpretation des BGH folgen würde, und wie er z.B. im Fall eines Großstadtkrankenhauses entscheiden würde, bei dem eine unmittelbare Konkurrenzsituation mit Privaten bestehen würde, und wo diese gerne den Versorgungsauftrag übernehmen würden. Jedenfalls ist klar, dass um das Recht, Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu unterstützen, politisch gekämpft werden muss.

Ein genauerer Blick in die EU-Gesetze und in den zentralen »*Beschluss der Kommission vom 20. Dezember 2011 über die Anwendung von Artikel 106 Absatz 2 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind*«⁶² zeigt unseres Erachtens, dass es durchaus plausibel ist, so wie die deutschen Gerichte zu argumentieren und dass dieser Kampf noch nicht verloren ist. Sie können sich auf ein Urteil aus dem Jahr 2003 beziehen, in dem der EuGH in der Rechtssache Altmark Trans entschieden hat, dass für Unternehmen, die Leistungen der Daseinsvorsorge (also Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse) erbringen, eine staatliche Unterstützungsleistung als Gegenleistung für die Erbringung der DawI anzusehen ist. Somit handle es sich dann nicht um eine (rechtswidrige) Begünstigung des Unternehmens, weshalb auch keine Beihilfe im Sinne des Artikels 107 AEUV vorliege. Die Kriterien, die der EuGH in seinem Urteil aufgestellt hat, werden in dem erwähnten Kommissionsbeschluss wiederholt:

»(2) Damit die Grundsätze und Bedingungen für bestimmte Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse so gestaltet sind, dass diese Aufgaben erfüllt werden können, ist möglicherweise eine finanzielle Unterstützung des Staates erforderlich, um die sich aus gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen ergebenden spezifischen Kosten ganz oder teilweise zu decken.«

»(4) In seinem Urteil Altmark stellte der Gerichtshof fest, dass ein Ausgleich für die Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen keine staatliche Beihilfe im

62 Dieser Beschluss ersetzt das, was man früher das »Monti-Paket« genannt hat. Er ist hier zu finden: <https://eur-lex.europa.eu>

Sinne von Artikel 107 AEUV darstellt, wenn die nachstehenden vier Voraussetzungen erfüllt sind:

- *Erstens muss das begünstigte Unternehmen tatsächlich mit der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen betraut sein, und diese Verpflichtungen müssen klar definiert sein.*
- *Zweitens sind die Parameter, anhand deren der Ausgleich berechnet wird, zuvor objektiv und transparent aufzustellen.*
- *Drittens darf der Ausgleich nicht über das hinausgehen, was erforderlich ist, um die Kosten der Erfüllung der gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen unter Berücksichtigung der dabei erzielten Einnahmen und eines angemessenen Gewinns aus der Erfüllung dieser Verpflichtungen ganz oder teilweise zu decken.*
- *Wenn viertens die Wahl des Unternehmens, das mit der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen betraut werden soll, im konkreten Fall nicht im Rahmen eines Verfahrens zur Vergabe öffentlicher Aufträge erfolgt (...), so ist die Höhe des erforderlichen Ausgleichs auf der Grundlage einer Analyse der Kosten zu bestimmen, die ein durchschnittliches, gut geführtes Unternehmen, das so angemessen mit Mitteln ausgestattet ist, dass es den gestellten gemeinwirtschaftlichen Anforderungen genügen kann, tragen müsste.»⁶³*

Auch wenn dies eine weitere zu Recht zu kritisierende bürokratische Auflage darstellt, sollte es problemlos möglich sein, diese Kriterien zu erfüllen, wenn die Vertreter der Öffentlichen Hand das denn wollen. Der Beschluss betont explizit, *»(8) dass die Mitgliedstaaten bei der Festlegung, welche Dienstleistungen als von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse gelten, einen weiten Ermessensspielraum haben, wenn keine einschlägigen sektorspezifischen EU-Vorschriften bestehen«*. Und weiter betont er: *»(11) Krankenhäuser und mit sozialen Dienstleistungen beauftragte Unternehmen, die mit Aufgaben von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind, weisen Besonderheiten auf, die berücksichtigt werden müssen. Insbesondere ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass im aktuellen wirtschaftlichen Umfeld und beim derzeitigen Entwicklungsstand des Binnenmarkts für soziale Dienstleistungen Beihilfen notwendig sein können, deren Höhe den in diesem Beschluss festgesetzten Schwellenwert für den Ausgleich von Kosten im Zusammenhang mit öffentlichen Dienstleistungen überschreitet. Ein größeres Ausmaß von Ausgleich für soziale*

63 Beschluss der Kommission vom 20. Dezember 2011, a.a.O. (siehe Fn. 4)

Dienstleistungen hat also nicht notwendigerweise eine Steigerung des Risikos von Wettbewerbsverzerrungen zur Folge.»

Zur Höhe der Ausgleichszahlung steht dort folgendes: »(15) Um ungerechtfertigte Wettbewerbsverfälschungen zu vermeiden, sollte die Höhe der Ausgleichsleistungen nicht über das hinausgehen, was unter Berücksichtigung eines angemessenen Gewinns erforderlich ist, um die dem Unternehmen durch die Erbringung der Dienstleistung entstehenden Nettokosten abzudecken.« Ein Verbot des Defizitausgleichs für Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft liest sich unseres Erachtens anders!

Kommunen mit einer offensiven Interpretation der EU-Regelungen haben hier so viel Spielraum, dass Krankenhäuser bis zur Selbstkostendeckung und darüber hinaus finanziert werden könnten. Zumal vielen Krankenhäusern schon viel geholfen wäre, wenn die Kommunen die – trotz gesetzlicher Verpflichtung regelhaft unzureichenden – Investitionsmittel des Bundeslandes entsprechend aufstocken würden. Diese haben nämlich mit der EU (bislang) gar nichts zu tun. Nebenbei hat diese Argumentation auch einen groben populistischen Beigeschmack, der in Zeiten der EU-Verdrossenheit an zwar völlig berechnete und massive Kritik der EU anknüpfen kann, sie aber für etwas in die Verantwortung nimmt, wo es noch politischen Spielraum gibt. Dass dieser politische Spielraum mit jedem neuen Wettbewerbselement und jeder weiteren Privatisierung immer weiter eingeengt wird, spielt der EU und den Liberalisierern weiter in die Hände.

Dass es in der EU-Kommission mittelfristig Pläne gibt, auch das Gesundheitswesen vollkommen marktförmig umzugestalten, zeigen entsprechende Papiere. So ist z.B. in der »Mitteilung der Kommission. Umsetzung des Gemeinschaftsprogramms von Lissabon. Die Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse in der Europäischen Union«⁶⁴, einer programmatischen Grundlage zur Förderung von Dienstleistungen und zur Öffnung neuer Märkte in Europa, die grundlegende Haltung zu den Gesundheits- und Sozialdiensten beschrieben. Die Entwicklung des Binnenmarktes müsse mit der Entwicklung der Europäischen Sozialagenda Hand in Hand gehen. Hier geht es vor allem um die Förderung der Dienste in allgemeinem Interesse, die sich nach zwei Kategorien unterscheiden lassen: Zum einen gibt es »Dienstleistungen im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse«, zum anderen spricht

64 Vgl. »Umsetzung des Gemeinschaftsprogramms von Lissabon. Die Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse in der Europäischen Union«, Mitteilung der Kommission vom 26.04.2006, KOM (2006) 177 endgültig, Brüssel, in: <https://eur-lex.europa.eu>

die Kommission von »nichtwirtschaftlichen Dienstleistungen«. Dazu zählen Dienste, die in der Regel dem Staat vorbehalten sind, wie Polizei, Justiz oder eben gesetzliche Sozialversicherungen: *»Sozialdienstleistungen bilden einen Sektor, der hinsichtlich Wirtschaftswachstum und Beschäftigung enorm expandiert. (...) Alle Mitgliedsstaaten haben einen Prozess zur Modernisierung der Sozialdienste eingeleitet.«* Dieser zeichnet sich – aus Sicht der Kommission – durch die Übertragung öffentlicher Aufgaben an private Betriebe, die Entwicklung öffentlich-privater Partnerschaften und ein stärker wettbewerbsorientiertes Umfeld in der Erbringung der sozialen Dienste aus. Damit müssten zumindest Teile der Sozialwirtschaft als wirtschaftliche Tätigkeit eingestuft werden und unter die Wettbewerbsbedingungen des Binnenmarktes fallen.

► Fazit

Je mehr es den Neoliberalen gelingt, das Gesundheitswesen als Profitbereich zu organisieren, umso größer wird auf EU-Ebene die Gefahr, dass die entsprechenden Konsequenzen (Anwendung des uneingeschränkten Wettbewerbsrechts) folgen. Das nennt man allgemein eine sich selbst erfüllende Prophezeiung. Auch hier hilft gegen Privatisierung und Ökonomisierung nur der Kampf für die Erhaltung des Gesundheitswesens als Teil gemeinwohlorientierter Daseinsvorsorge.

Solidarität unter Wettbewerbsdruck – Auswirkungen der Vermarktlichung von Krankenkassen

Wenn wir für die öffentliche Daseinsvorsorge und gegen die Ökonomisierung kämpfen, werden wir oft gefragt, warum wir nicht die gesetzlichen Krankenkassen als Vertreter des Solidarprinzips quasi als natürliche Verbündete an unserer Seite haben. Dies gilt es zu erklären. Faktisch gehören die Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen und vor allem ihres Spitzenverbands heutzutage mit zu den härtesten Neoliberalen unter den gesundheitspolitischen Akteuren. Der GKV-Spitzenverband würde gerne noch mehr Markt im Krankenhausbereich einführen, weil er glaubt, dadurch die Probleme lösen zu können. Wir erklären uns dies so, dass die solidarischen Krankenkassen einen ähnlichen Prozess hinter sich haben wie die Krankenhäuser: Sie wurde seit Mitte der 1990er Jahre systematisch zu unternehmensähnlichen Gebilden umgebaut, so dass sie bzw. ihre Vertreter heute nach einer betriebswirtschaftlichen Logik handeln: Kampf um möglichst niedrige Beiträge und um Mitglieder in Konkurrenz zu den anderen Kassen. Dahinter ist eine langfristige Strategie der neoliberalen Politik zu vermuten: Weg von gesetzlichen Krankenkassen hin zu privat organisierten Versicherungen und – noch weiter gedacht – zu einem System einer integrierten privaten Gesundheitsversorgung. Vorbild dafür mögen »Managed Care«-Strategien sein, wie sie Hagen Kühn aus US-amerikanischer Erfahrung heraus schon Ende der 90er Jahre beschrieben hat.⁶⁵ Wenn erst einmal alle Strukturen in Unternehmen verwandelt sind, ist leicht vorstellbar, dass es zu

65 Hagen Kühn: »Managed Care. Medizin zwischen Kommerzieller Bürokratie und Integrierter Versorgung am Beispiel USA«, in: Jahrbuch Kritische Medizin 27 – Gesundheit, Bürokratie, Managed Care, Berlin 1997, S. 7-52; Hagen Kühn: »Industrialisierung der Medizin? Zum polit-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen«, in: Jahrbuch Kritische Medizin 29 – Standardisierungen in der Medizin, Berlin 1998, S. 34-52

Konzentrationsprozessen und integrierten Konzernstrukturen kommt: Versicherung, ambulante und stationäre Versorgung, Medikamente und medizinische Geräte etc. – alles aus einer Hand. Fresenius Helios hat diesen Prozess mit diversen Aufkäufen von verschiedenen Firmen schon begonnen (Kapitel I.11).

Noch ist es aber nicht so weit. Die Gesetzlichen Krankenkassen sind ihrem Wesenskern nach solidarische Institutionen und bis heute gilt – zwar nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze und nur für 90 Prozent der Bevölkerung – das solidarische Prinzip: Jeder nach seiner Leistungsfähigkeit, jedem nach seinem Bedarf, d.h. unabhängig vom eingezahlten Beitrag bekommen alle Versicherten die gleichen (fast alle medizinisch notwendigen Leistungen), wenn sie diese brauchen. Bei der Finanzierung gilt das Prinzip der Parität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern.

Dieses Solidaritätsprinzip halten wir für eine historische Errungenschaft unserer Gesellschaft. Es widerspricht kapitalistischer Logik und es gibt keinen anderen gesamtgesellschaftlichen Bereich, der nach diesem Prinzip organisiert ist. Deshalb müssen wir es gegen neoliberale Angriffe verteidigen, bevor es – vollständig – unter die Räder kommt. Denn die im Folgenden geschilderten Entwicklungen der letzten 25 Jahre zeigen, dass das Solidaritätsprinzip schon ziemlich ausgehöhlt und die Gefahr groß ist, dass wir es verlieren, wenn wir nicht aktiv dafür kämpfen. Die Einführung einer konsequenten solidarischen Bürger*innenversicherung würde das Solidarprinzip wieder stärken und ausbauen – und sie ist das vernünftige Pendant zur Forderung einer demokratisch organisierten Daseinsvorsorge.

► Umbau der Kassen seit Mitte der 90er Jahre

Mit den Gesetzlichen Krankenkassen ist in den letzten 25 Jahren ähnliches passiert wie mit den öffentlichen Krankenhäusern: Sie wurden Schritt für Schritt in ihrer inneren Struktur immer weiter zu Unternehmen umgebaut, also privaten Versicherungen angeglichen – ohne allerdings formell privatisiert zu werden. Noch sind also die 105 Gesetzlichen Krankenkassen (Stand 1. Januar 2020) Körperschaften öffentlichen Rechts, in ihnen gilt noch das Solidaritätsprinzip und sie gehen noch keiner Wirtschaftstätigkeit nach. Dies festzuhalten, ist polit-ökonomisch sehr wichtig, denn daran hängt, ob Krankenkassen unter Wettbewerbsrecht fallen und daran hängt weiterhin, ob die EU für sie zuständig ist. (Kapitel I.15) Bislang ist sie das nicht; der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat im Jahr 2004 die Klage eines Pharma-Unternehmens, dass das Festbetragssystem für Arzneimittel gegen Wettbewerbsrecht verstoße, abgewiesen und die Festbeträge für rechtmäßig erklärt, da die GKV eine

Tätigkeit mit »sozialem Charakter« ausübe und deshalb das Wettbewerbsrecht hier nicht greife. Bisher sind nach ständiger Rechtsprechung des EuGH die gesetzlichen Krankenkassen weder im Verhältnis zu ihren Versicherten noch bei der Beschaffung von Gesundheitsleistungen (also im Leistungserbringungsrecht) als Unternehmen im kartellrechtlichen Sinne anzusehen. Der EuGH hat bisher die Unternehmenseigenschaft für die deutschen Krankenkassen generell verneint.⁶⁶ Wir wissen aber nicht, wie lange noch, denn seit Mitte der 1990er Jahre hat bislang jede Regierung das Solidarprinzip der GKV ein bisschen weiter ausgehöhlt.⁶⁷

Angefangen hatte 1993 Gesundheitsminister Seehofer (CSU) in der schwarz-gelben Koalition unter Kanzler Helmut Kohl mit dem *Gesundheitsstrukturgesetz* (GSG), das die Konkurrenz der Krankenkassen und damit die freie Kassenwahl und die Möglichkeit des Kassenwechsels einführte. Dies wurde im Einvernehmen mit der Opposition, der SPD, im so genannten »Lahnsteiner Kompromiss« beschlossen. Um den Wettbewerb nicht zu scharf zu machen, wurde gleichzeitig ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen geschaffen, der die größten Ungleichgewichte wieder ausgleichen sollte. Ideologisch bedeutet das GSG einen Dammbruch; von nun an wurden die Krankenkassen als Akteure im Wettbewerb behandelt.

Entsprechend hieß das nächste diesbezügliche Gesetz 2007 *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* (GKV-WSG) und wurde von der Koalition aus Unionsparteien und SPD mit Ulla Schmidt (SPD) als Gesundheitsministerin beschlossen. Mit diesem Gesetz hat der Gesetzgeber den Spielraum der gesetzlichen Krankenkassen für Wahltarife erweitert: Die Krankenkassen konnten Beiträge zurückzahlen, wenn sie »gut gewirtschaftet« haben. So wird Solidarität kollektiv untergraben. Das Gesetz ging aber noch einen Schritt weiter: Die Kassen können nun allen Versicherten zum Beispiel Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarife anbieten; auch *individuelle* Prämienzahlungen, wenn der Versicherte keine Leistungen in Anspruch genommen hat, wurden so möglich. Damit ist aber ein elementares Moment des Solidaritätsprinzips ausgehebelt worden: Denn es gehört ja gerade zur Solidarität, dass meine Beiträge für die Versorgung anderer genutzt werden sollen, wenn ich keine Leistung brauche. Bei einer solchen Prämienregelung wird aber zum ersten Mal ein Zusammenhang hergestellt von meinem Beitrag zur Leistung für mich. Der nächste Dammbruch.

66 DGB: »Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur 8. GWB-Novelle vom 27. Juni 2012«, in: www.dgb.de

67 Zur Geschichte der Gesundheitsreformen siehe die sehr nützliche Übersicht auf der Homepage der AOK: www.aok-bv.de/hintergrund/reformgeschichte/index.html; ebenso das AOK-Lexikon: www.aok-bv.de/lexikon/

Durch das *Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)* wurde dann ebenfalls unter Ulla Schmidt die Möglichkeit der Insolvenz von Gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Auch dies ein Charakteristikum von Unternehmen, aber nicht von solidarischen, beitragsabhängigen Institutionen. Ein weiterer Schritt zur inneren Umwandlung.

2011 wurde dann mit dem *GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)* unter Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) innerhalb der Union/FDP-Regierung der Zusatzbeitrag nur für die Versicherten als Kopfpauschale (feste Geldsumme für alle unabhängig vom Einkommen) eingeführt. Das bedeutet, dass alle zukünftigen Kostensteigerungen die Versicherten alleine über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanzieren sollten, die jede Kasse in unbegrenzter Höhe erheben konnte. Diese Regelung wurde später wieder zurückgenommen und der Zusatzbeitrag wurde als prozentualer Anteil am Einkommen berechnet. Seit dem 1. Januar 2019 wird dieser Zusatzbeitrag wieder von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen bezahlt.

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 Arbeitnehmereinkommens ein. Ungleichheit und soziale Unsicherheit werden immer größer.

Die Regelung verschärft auch den Konkurrenzkampf der Kassen untereinander 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.

Im Jahr 2012 hatte dann die schwarz-gelbe Regierung (auf Initiative des damaligen Wirtschaftsministers Rainer Brüderle, FDP) mit dem *Entwurf zum 8. Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen* geplant, die Anwendbarkeit des Kartellrechtes auf die gesetzlichen Krankenkassen auszudehnen. Der un-

scheinbare Satz hieß: »Schließlich wird das kartellrechtliche Bußgeldverfahren effizienter gestaltet und sichergestellt, dass das wettbewerbliche Handeln der Krankenkassen dem Kartellrecht unterliegt.«⁶⁸

Das Gesetz war durch die erste Lesung gegangen ohne Anhörung der Kassen oder anderer betroffener Institutionen. Nach der dritten Lesung des Gesetzes hat der Bundesrat am 23. November 2012 diese von der Regierung geplante Anwendung des Kartellrechts auf die Krankenkassen an den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat verwiesen mit folgender Begründung: »Die im Gesetzesbeschluss vorgesehenen Änderungen führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation und der Rechte und Möglichkeiten der gesetzlich Krankenversicherten. Eine Gleichsetzung der am Gemeinwohl orientierten Krankenkassen mit privatwirtschaftlichen und gewinnorientierten Unternehmen zieht eine Unterordnung der Patienteninteressen unter die des Wettbewerbs nach sich.«⁶⁹

► Der EuGH wartet schon...

Doch damit nicht genug. Die Gesetzesänderung hätte noch weitere, höchstwahrscheinlich EU-rechtliche Konsequenzen. Zu Recht wiesen ver.di, DGB, aber auch die AOK darauf hin, dass mit dem 8. GWB-ÄndG-Entwurf mittelbar EU-Recht für die gesetzlichen Krankenkassen wirksam werde: *»Der EuGH hat bisher die Unternehmenseigenschaft für die deutschen Krankenkassen generell verneint. Wenn der deutsche Gesetzgeber nun über das Kartellrecht die Krankenkassen mit gewinnorientierten Unternehmen gleichstellt, besteht die Gefahr, dass der EuGH künftig die Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen Kassen neu bewerten und bejahen wird.«*⁷⁰ Dies hätte, so die Befürchtungen und die Kritik von DGB und ver.di, die unmittelbare Anwendbarkeit weiterer EU-Normen zur Folge, die an den Unternehmensbegriff anknüpfen. Auch würden die Kassen wahrscheinlich der Mehrwert-, Umsatz- oder Körperschaftssteuer unterliegen. Damit würden Gesetzliche Krankenkassen faktisch privatisiert. Bewährte Regelungen und Instrumente wie das Festbetragsverfahren, die Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie Kooperationen bei Rabattverträgen, zentralen Registern (z.B. Ärztefehler-Register, Endopro-

68 Vgl. Aches Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen vom 26. Juni 2013; www.bundesgerichtshof.de

69 BR-Drs. 641/1/12 vom 9. November 12, »Empfehlungen der Ausschüsse zum 8.GWB-ÄndG«; www.bundesrat.de

70 DGB: Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur 8. GWB-Novelle

thesenregister, Krebsregister) u.v.m. würden in Frage gestellt bzw. bedürften spezieller, risikobehafteter gesetzlicher Ausnahme- und Sonderregelungen.

ver.di erklärte dazu: »Kartellrecht? Was soll das bewirken?«: *»Wenn der EuGH die Krankenkassen als Unternehmen einstuft, wäre es Deutschland gelungen, die Verantwortung für die Auflösung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Europa zu verlagern und dann wieder mit Rückenwind aus Brüssel den begonnenen Weg der Privatisierung der öffentlichen Daseinsversorgung weiter zu treiben.«*⁷¹ ver.di betonte in der diesbezüglichen Pressemitteilung den sozialen Charakter der Krankenkassen. Deshalb unterliegt die GKV eigenen gesetzlichen Bestimmungen, die im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt sind. Diese, so ver.di weiter, *»verpflichten Krankenkassen und ihre Verbände ausdrücklich zur Zusammenarbeit, um wesentliche Prinzipien wie Solidarität, Subsidiarität, Sachleistung und Selbstverwaltung zu verwirklichen. Dadurch soll ein hoher Standard in der Gesundheitsversorgung (...) für alle Versicherten gewährleistet werden. Dagegen gibt es in der Kartellrechtsprechung ein ausdrückliches Verbot von Absprachen.«*⁷² Diese werden als wettbewerbswidrig angesehen. Wettbewerb im Binnenmarkt, so ver.di, hätte zuallererst die Wirkung, dass gesetzliche Krankenkassen den privaten Krankenkassen gleichgestellt würden. Sie könnten dann nicht mehr als Körperschaften des öffentlichen Rechtes auftreten und stünden im wirtschaftlichen Wettbewerb auf einem nationalen und natürlich auch auf einem europäischen beziehungsweise internationalen Markt. Kosten, Preise und Gewinne wären dann die Leitlinien für Versorgung – und zwar nicht mehr nur auf Anbieterseite, etwa der Ärzt*innen und Kliniken, sondern auch auf der Seite der Versicherung bzw. des Zugangs zum Gesundheitswesen. Es ist gut vorstellbar, dass die Gesetzlichen Krankenkassen dann z.B. von einer Privaten Krankenkasse gekauft werden könnten. Auch ein einheitlicher und gemeinsamer Leistungskatalog stünde dann zur Debatte.

Auch der Bundesrat benannte diese Gefahr: *»Die uneingeschränkte Übernahme der Vorgaben zu Kartellverbot und Missbrauchsaufsicht rückt die dem Sozialstaatsprinzip verpflichteten gesetzlichen Krankenkassen in die unmittelbare Nähe gewinnorientierter Wirtschaftsunternehmen. Dagegen fallen die Krankenkassen nach der Rechtsprechung des EuGH nicht unter den europäischen Unternehmensbegriff und unterliegen daher auch nicht dem EU-Wettbewerbsrecht. Der EuGH begründet dies*

71 »Kartellrecht? Was soll das bewirken?«, Pressemitteilung ver.di Gesundheitspolitik vom 16. August 2012

72 »Flächendeckende medizinische Versorgung ist in Gefahr«, Pressemitteilung ver.di Gesundheitspolitik vom 16. August 2012

damit, dass die Krankenkassen nach Maßgabe des SGB V nicht wettbewerblich und gewinnorientiert sind (...) Die GWB-Novelle erhöht in erheblichem Maße die Wahrscheinlichkeit, dass der EuGH in seiner zukünftigen Rechtsprechung die Unternehmenseigenschaft der deutschen gesetzlichen Krankenkassen bejahen wird.»⁷³

► Ist der Kelch an uns vorüber gegangen?

Ganz so weit kam es aber dann doch nicht. Der Vermittlungsausschuss tagte noch einmal und letztlich wurde das Gesetz wieder etwas entschärft: Krankenkassen stehen zwar unter Kartellrecht und damit unter Wettbewerbsrecht, aber die »GWB-Bestimmungen greifen jetzt insbesondere im Bereich der Selektivverträge, die einzelne Krankenkassen mit Leistungserbringern oder Unternehmen abschließen (zum Beispiel Arzneimittel-Rabattverträge). Ausgenommen bleiben Verträge, Vereinbarungen, Richtlinien oder Empfehlungen, zu denen Krankenkassen und Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet sind, sowie Beschlüsse oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.«⁷⁴ Auch gilt für Streitigkeiten über Entscheidungen des Bundeskartellamts, die die freiwillige Vereinigung von Krankenkassen betreffen, das Sozialgerichtsgesetz.

Ein Treppenwitz bleibt, dass angesichts der Diskussion um das Kartellrecht die Zusammenarbeit der Kassen beschworen wurde, während gleichzeitig über Jahre alles dafür getan wurde, dass sie immer mehr in Konkurrenz untereinander geraten.

Dennoch ist die Gefahr nicht zu unterschätzen, dass diese teilweise Geltung des Kartellrechts für die gesetzlichen Krankenkassen das Fass zum Überlaufen gebracht haben könnte. Noch gab es keine neuen Entscheidungen des EuGH. Würden aber in Zukunft die Krankenkassen als Unternehmen klassifiziert werden – was durchaus eine gewisse Folgerichtigkeit hätte –, dann müssten sie so behandelt werden wie Opel, H&M, Bayer AG oder Lidl, also wie private Unternehmen. Wenn eine Regierung dies wieder rückgängig machen und die Kassen wieder solidarischen Prinzipien unterwerfen wollte, um so die EU-Institutionen zu zwingen, sie wieder als »Nicht-Wirtschaftliche Unternehmungen« anzusehen, müsste sie tief ins Eigentumsrecht eingreifen. Eine ungleich schwierigere und größere gesellschaftliche Aufgabe als z.B. das »Auftauen« des Arbeitgeberbeitrags, die Abschaffung der Zusatzbeiträge oder der Zuzahlungen.

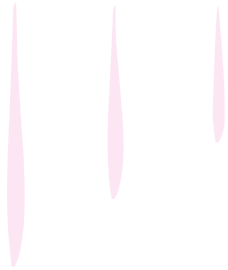
73 Bundesrats-Drucksache 641/1/12

74 AOK-Lexikon zum Stichwort Kartellrecht: www.aok-bv.de/lexikon/

► Fazit

Das neoliberale Mantra, Markt und Wettbewerb seien die Lösung aller Probleme unserer Gesellschaft, bedroht unser Gesundheitssystem nicht nur in der stationären – und auch ambulanten – Krankenversorgung, sondern auch im Fortbestand des Solidarprinzips als Grundlage der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung. Schritt für Schritt wurden – wie beschrieben – in den letzten Jahrzehnten durch sogenannte Reformgesetze die Krankenkassen umgewandelt und privaten Versicherungen angeglichen.

Aber wie in den Krankenhäusern gab es auch bei den Krankenkassen zuletzt erfreuliche Gegentendenzen. Die Wiedereinführung der formellen Parität bei der Finanzierung der Zusatzbeiträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist ein Schritt Richtung mehr Solidarität und nicht mehr Markt oder Ungleichheit. Die Einführung einer konsequenten solidarischen Bürger*innenversicherung wäre ein wichtiger und großer Schritt in die richtige Richtung. Manche Kapitalmarktanalysen geben dem Geschäftsmodell der PKV keine Zukunftschancen mehr. Die nicht gerade für solidarische Vorschläge bekannte Bertelsmann-Stiftung hat Anfang 2020 eine Studie herausgegeben, die für die Abschaffung der PKV Stellung bezieht. Diese hat noch einmal Bewegung in die Diskussion gebracht. Nur wenn wir uns als Gesellschaft und als Arbeitnehmer*innen auch in Zukunft bei jedem Schritt des Gesetzgebers in die falsche Richtung entschieden zur Wehr setzen, werden wir die Solidarität in unserem Sozialsystem als eine der größten gesellschaftlichen Errungenschaften der letzten 140 Jahre gegen die gegenwärtige neoliberale Bedrohung erfolgreich verteidigen und das Gesundheitswesen wieder zu einem Teil der Daseinsvorsorge machen können.



Teil 2

Alternative Konzepte und
Strategien der Gegenwehr

Kapitel II.1

Wie funktioniert Daseinsvorsorge? Grundzüge einer alternativen Finanzierung und Planung

Die Krankenhäuser sind ein wichtiger Bestandteil der (kommunalen/regionalen) öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Leistung für das Gemeinwesen umfasst deutlich mehr Aufgaben als nur die konkrete Leistung für den und mit dem kranken Menschen. Dazu gehören vor allem:

- die Sicherstellung der jeweiligen räumlichen und sozialen Zugänglichkeit zur Krankenhausversorgung nach Bedarf (bedarfsorientierte Krankenhausversorgungsstrukturen),
- die Sicherstellung der (praktischen) Ausbildung der pflegerischen und medizinisch-technischen Assistenzberufe sowie die Weiterbildung der Ärzt*innen,
- die Sicherstellung der Notfallversorgung,
- die Gefahrenabwehr bei Großschadensereignissen sowie den Schutz und die Eindämmung von Pandemien (Infektionswellen), wie wir sie aktuell mit der Covid-19-Pandemie erleben.

► Bedarfsorientierte Steuerung

Wenn Solidarsysteme nicht für eine Steuerung durch Markt und Wettbewerb geeignet sind, wie sollen sie dann »richtig« gesteuert werden? Hierfür gibt es zwei wesentliche Ansätze:

1. Die Trennung der Leistungserbringung von der Vergütung der Leistungserbringer (dies ist im Übrigen die konsequente Umsetzung der Forderung »Gesundheit ist keine Ware«).
2. Die Einführung einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsplanung und Versorgung.

► Trennung der Vergütung von der erbrachten / zu erbringenden Leistung

Wir haben im Gesundheitswesen Erfahrungen mit zwei Formen der Leistungsvergütung: dem Fallpauschalensystem in den Krankenhäusern und dem Einzelleistungssystem, das lange Jahre im niedergelassenen Bereich galt. Beide Vergütungsformen bieten Anreize für erhebliche Fehlsteuerungen.

Bei einer reinen **Einzelleistungsvergütung** handelt derjenige ökonomisch rational, der unabhängig vom Krankheitszustand des betroffenen Patienten oder von der Notwendigkeit einer Leistung möglichst viele Leistungen erbringt oder sie zumindest abrechnet (wobei im Einzelfall durchaus gestritten werden kann, ob es schlimmer ist, die Leistung nur abzurechnen und nicht zu erbringen oder sie tatsächlich auch noch zu erbringen). Einzelleistungsvergütung produziert Über- und Fehlversorgung.

Fallpauschalen setzen einen finanziellen Anreiz, Menschen als krank zu definieren, um sie behandeln zu können (ja sogar sie möglichst kränker zu machen als sie sind, weil dann die Vergütung des Falles höher ist). Es gibt hier also einen Anreiz zu Über- und Fehlversorgung. In jedem Einzelfall ist es bei einem reinen Fallpauschalensystem ökonomisch sinnvoll, möglichst wenige Leistungen zu erbringen, um den Gewinn am höchsten zu gestalten (Anreiz zur Unterversorgung). Vor allem ist es aber lukrativ, Patient*innen, die ein »schlechtes Risiko« darstellen, zu selektieren und um diejenigen zu werben, die »gute Risiken« sind. Schlechte Risiken stellen diejenigen dar, die multimorbide sind oder bei denen auf Grund ihres Sozialstatus Komplikationen wahrscheinlich, die Behandlungsdauer nicht kalkulierbar und die Behandlungserfolge nicht garantiert sind. Denn auch über den Outcome aus dem Gesundheitswesen, also über den Behandlungserfolg, entscheidet der Sozialstatus mit. Gute Risiken sind die »jungen und gesunden« Patient*innen und die sozial besser Gestellten.

Zwischenzeitlich vermischen sich die Systeme: In den Krankenhäusern hängt die Höhe der Fallpauschale zunehmend an den Prozeduren (OPS), die am jeweiligen Patienten ausgeführt werden. Insofern gewinnen ökonomische Anreize der Einzelleistungsvergütung auch im Krankenhaus immer mehr an Bedeutung.

Im niedergelassenen Bereich kommt es ebenfalls zu einer Vermischung, weil es neben der Einzelleistungsvergütung zwischenzeitlich auch Fallpauschalen, gedeckelte Budgets und Behandlungsobergrenzen gibt, die es ab einem bestimmten Punkt lukrativ machen, Leistungen zu verweigern oder zu verschieben. Wir haben also ei-

nen Mix aus den negativen Folgen der beiden Vergütungssysteme, die von den Akteuren jeweils zu ihrem finanziellen Vorteil ausgenutzt werden.

An der Entwicklung beider Formen der Vergütung erkennt man auch, dass es aufgrund der bestehenden massiven Fehlanreize immer wieder notwendig wird, gesetzlich nachzubessern, um das Schlimmste zu verhindern, dass aber jede Nachbesserung wieder neue Umgehungsstrategien auslöst, die sich zu Lasten der Patient*innen und der Beschäftigten auswirken. Das alles, weil das Grundsystem (finanzielle Steuerung) nicht geeignet ist.

Man sieht also, dass – bezogen auf eine optimale Gesundheitsversorgung, die sich tatsächlich am Bedarf orientiert – jede Form der Leistungsvergütung Fehlanreize setzt und eine Fehlsteuerung darstellt, die nur verhindert werden kann, wenn eine strikte Trennung der Vergütung der Leistungserbringer von der erbrachten Leistung erfolgt. Das heißt, dass die medizinische Entscheidung keinen unmittelbaren Einfluss auf die Einkommenshöhe des Leistungserbringers oder der Leistungserbringenden Institution haben darf.

Dies kann im stationären Bereich durch eine Refinanzierung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Leistungen erfolgen. Selbstverständlich müsste sowohl die Frage, ob Leistungen notwendig waren, und auch, ob sie wirtschaftlich erbracht wurden, jeweils geprüft werden können und die Finanzierung müsste Gegenstand eines Aushandlungsverfahrens (mit der Möglichkeit des Widerspruchs und der gerichtlichen Nachprüfung) zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sein.

Im ambulanten Bereich wäre eine solche Trennung von Leistungserbringung und Vergütung am einfachsten dadurch zu erreichen, dass niedergelassene Ärzt*innen entweder fest angestellt sind (und nach TVöD vergütet werden), oder aber – auch ohne Anstellung – ein festes Monatsgehalt von den Kassen erhalten. Auch in diesem Sektor müsste die Bedarfsplanung reformiert und die doppelte Facharztschiene überdacht werden. Dies müsste notwendig im Rahmen einer regionalen Bedarfsermittlung und Bedarfssteuerung unter Einbeziehung von allen gesellschaftlichen Gruppen und Organisationen (siehe unten) als Grundlage einer integrierten Versorgung stattfinden.

Ziele eines alternativen Finanzierungskonzepts für Krankenhäuser müssen sein:

- Alle Aufwendungen für medizinisch sinnvolle und ethisch vertretbare, der Heilung oder gesundheitlichen Besserung der Patient*innen dienliche Maßnahmen (festgelegt im Konsens mit Fachgesellschaften und Patientenvertretern) müssen vergütet werden.

- Jede(r) Patient*in hat Anspruch auf die für sie/ihn notwendige Behandlung. Zwischen Privatversicherten und gesetzlich Versicherten dürfen keine Unterschiede gemacht werden.
- Medizinische Entscheidungen dürfen nicht durch betriebswirtschaftliche Erwägungen beeinflusst werden.
- Ressourcen zur Vorhaltung von Behandlungskapazitäten in Notfallsituationen (insbesondere bei einem Massenanfall von Verletzten, Epidemien, Umwelt- oder Naturkatastrophen etc.) müssen den Krankenhäusern finanziert werden – unabhängig von der konkreten Auslastung.
- Krankenhäuser dürfen keine betriebswirtschaftlichen Gewinne erzielen. Überschüsse sind an die Kostenträger zurückzuerstatten. Budget-Defizite sind – eine wirtschaftlich sparsame und überprüfbare Betriebsführung vorausgesetzt – vom Kostenträger zu erstatten.
- Um diese Ziele zu erreichen, muss das Finanzierungssystem nach den folgenden Grundzügen aufgebaut sein:
- Das individuelle Krankenhausbudget wird jedes Jahr mit den gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen des abgelaufenen Jahres verhandelt. Dabei sind die individuellen Bedingungen der Erbringung der Behandlungsleistungen und ihre Kosten zu prüfen, ggf. können die Kassen Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlassen.
- Als Prüfinstanz ist ein unabhängiges Institut, das weder den Kassen noch den Krankenhäusern verpflichtet ist, einzurichten. Der existierende Medizinische Dienst der Krankenkassen (MdK) wäre für diese Aufgabe nur unter der Voraussetzung einer grundlegenden Reform seiner Struktur und Finanzierung mit Gewährleistung seiner Unabhängigkeit geeignet.⁷⁵
- Ein auf den Klassifikationsschlüsseln ICD und OPS basierendes, patientenbezogenes Dokumentationssystem sorgt für die Transparenz des Leistungsgeschehens aller Krankenhäuser. Der Dokumentationsstandard ist bundeseinheitlich zu regeln und den Krankenhäusern verpflichtend vorzugeben.
- Zumindest für die Personalausstattung aller im Behandlungsverlauf relevanten Berufsgruppen sind den Krankenhäusern bundeseinheitliche, gesetzlich verpflichtende Standards vorzuschreiben und zu finanzieren. Die Standards müssen für die verschiedenen Fachabteilungen wissenschaftlich ermittelt werden

75 Betrachtet man das im November 2019 beschlossene MDK-Reformgesetz, so ist es jedenfalls nicht geeignet, diese grundlegende Reform herbeizuführen.

(Kapitel II.2). Im Rahmen der Budgetverhandlungen sind die Personalbesetzungen dieser Berufsgruppen vom Krankenhaus offenzulegen. Werden die Standards unterschritten, müssen Sanktionen (z.B. zeitweise Reduzierung der Patientenzahlen oder der vorgehaltenen Betten) festgelegt werden.

► Regional gegliederte, integrierte Bedarfsermittlung und Versorgung

Die jeweiligen Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) legen in einem Aushandlungsprozess gemeinsam mit den Leistungserbringern (Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärzt*innen und andere Gesundheitsprofessionelle), den Krankenkassen (optimalerweise regional gegliederten Einheitskassen), aber auch mit Patienten- und Gewerkschaftsvertreter*innen fest, welcher Bedarf in dem überschaubaren regionalen Einzugsgebiet besteht. Sie regeln auf Grundlage der Festlegung dieses Bedarfs sowohl die Zulassung von stationären Einrichtungen als auch die ambulante Versorgung: Zahl der ambulant tätigen Ärzt*innen, z.B. in Ambulatorien oder stadtteilbezogenen Einrichtungen, Primärversorgungszentren (Kapitel II.3) an der Grenze zwischen ambulant und stationär zur Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung.

Auch die erforderlichen Ressourcen zur Vorhaltung von Behandlungskapazitäten in Notfallsituationen (insbesondere bei einem Massenanfall von Verletzten, Epidemien, Umwelt- oder Naturkatastrophen etc.) sind in diese Planung einzubeziehen.

Die Gebietskörperschaften führen die Qualitätskontrolle durch und sorgen – wo notwendig – für eine Verbesserung der Qualität durch geeignete Maßnahmen (z.B. Peer-Review). Sie haben aber auch das Recht, Zulassungen bei dauerhafter Schlechtleistung zu entziehen.

Im Rahmen der Vernetzung wird mit den überregionalen Planungsbehörden (Länder) ein einheitlicher Gesundheitsplan auch für überregionale Schwerpunkte und für Spezialeinrichtungen (z.B. Verbrennungsbetten) erstellt.

Die Planung sollte in Zukunft auf die Integration der Versorgungsbereiche zielen und stärker regionalisiert werden. Dazu 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. In diesen regionalen Planungsausschüssen gefällte Entscheidungen müssen vom zuständigen Landesministerium genehmigt werden.

Um bundesweit einheitliche Planungsgrundlagen zu etablieren, sind die Funktionskriterien für Krankenhäuser der Grundversorgung, der Zentralversorgung und der Maximalversorgung gesetzlich festzulegen. Auch die Versorgungsdichte (Einrichtungen der Erstversorgung vor Ort, Entfernung zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung, zu Einrichtungen der zentralen Notversorgung mit invasiver Kardiologie, Schlaganfallstationen / Stroke Units, Intensivstationen, etc.) ist verbindlich vorzugeben, um damit den Prozess der stationären Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der heutigen medizinischen Standards zu optimieren. In diesem Rahmen ist eine flächendeckende Versorgung auf gleichem Niveau in städtischen und ländlichen Bereichen zu gewährleisten.

Jede neue Zulassung zu einem beantragten Behandlungsverfahren und auch die Fortführung sollte abhängig gemacht werden vom Nachweis der Qualität, mit der diese Behandlung erfolgt.

Im Rahmen der dualen Finanzierung der Krankenhäuser sind auch in Zukunft die Länder gesetzlich verpflichtet, für notwendige Investitionen ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen. Da in dem vorgeschlagenen Finanzierungskonzept erwirtschaftete Überschüsse nicht mehr erlaubt sind, müssen die Länder für künftige Investitionen *alle* notwendigen Mittel bereitstellen, wenn ein Investitionsantrag unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit für die Krankenversorgung vom regionalen Planungsausschuss und dem Landessozialministerium genehmigt worden ist. Dieser Finanzierungsanspruch muss in Zukunft endlich wirksam durchgesetzt werden. Die Bundesländer müssen deshalb für den Investitionsbedarf 10% des jährlichen Gesamtbudgets der Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes in der Haushaltsplanung berücksichtigen.

Ein solcher Ansatz einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsermittlung und Versorgung könnte tatsächlich das Patienteninteresse und den Bedarf aller sozialen Schichten der Bevölkerung ins Zentrum seiner Bemühungen stellen und gleichzeitig die finanziellen Fehlsteuerungen, die notwendigerweise durch Marktmechanismen entstehen, verhindern. Den bedarfsgerechten, wirtschaftlich sparsamen und nicht-diskriminierenden Zugang zur Krankenhausversorgung kann nur eine demokratisch legitimierte an sozialen und gesundheitlichen Zielen orientierte öffentliche Krankenhausbedarfsplanung gewährleisten.

Kapitel II.2

Personalbemessung in Deutschland: Ist und Soll

1985 urteilte der Bundesgerichtshof: Ein Krankenhausträger müsse schon »aus haftungsrechtlicher Sicht zur eigenen Absicherung auf eine nachweisbare Stellenbedarfsermittlung und -belegung bedacht sein.« (VI ZR 234/83)

Eine ganz andere Sicht hatte 1995 der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (seit 2004 »Sachverständige zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«), der mit neoliberalen Wissenschaftlern bestückte *Think Tank* der Bundesregierung zum Gesundheitswesen: »Hindernisse für eine Flexibilisierung bilden auch die vorgegebenen Personalanhaltszahlen und die Pflegepersonalregelung. Diese Regelungen zementieren – in Anlehnung an das durch das GSG abgeschaffte Selbstkostendeckungsprinzip – Kostenstrukturen, die sich erst im Wettbewerb bewähren müssten« (Sondergutachten 1995, S. 127).

Zwischen beiden Aussagen liegen zwölf Jahre. Sie markieren einen tiefgreifenden Wandel in den Vorstellungen, wie Krankenhäuser finanziert werden sollen. Sie markieren auch eine massive Verschärfung der Arbeitsbelastung der Beschäftigten in den Krankenhäusern und einen Angriff auf die Sicherheit der Patient*innen.

► Anhaltszahlen

Seit Ende der sechziger Jahre reklamierten die Krankenkassen zunehmend, dass sie gesetzlich nur verpflichtet seien, die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses zu tragen. Dementsprechend wurden immer mehr Wirtschaftlichkeitsprüfungsfirmen beauftragt, diese Wirtschaftlichkeit festzustellen. Um in diesen Auseinandersetzungen bessere Argumente zu haben, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstmals 1969 und dann überarbeitet 1974 sogenannte »Anhaltszahlen« für die beiden wichtigsten Berufsgruppen im Krankenhaus, die Ärzt*innen und die

Pflegekräfte, veröffentlicht. Die Anhaltszahlen gaben das Verhältnis von Ärzt*innen bzw. Pflegekräften zu durchschnittlich belegten Betten wieder. Dies ist zwar ein relativ ungenauer Parameter, denn es fällt damit unter den Tisch, wie schwer krank der jeweilige Patient ist. Aber immerhin war es ein Anfang, um sich mit den Krankenkassen auf einen Maßstab für die Wirtschaftlichkeit zu einigen. Andererseits stellten diese Anhaltszahlen aber auch einen gewissen Schutz für die Beschäftigten dar, weil jetzt sie und ihre Interessenvertretungen intervenieren konnten, wenn diese Zahlen unterschritten wurden.

Interessant dabei ist, dass die Initiative für die Anhaltszahlen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausging, genau jener Organisation, die in den letzten 15 Jahren eine gesetzliche Personalbemessung mit allen Mitteln bekämpft hat. Interessant ist auch, dass diese ablehnende Haltung genau jetzt wieder ins Wanken kommt, seitdem durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz ab 2020 für den Pflegebereich wieder die Selbstkostendeckung eingeführt wurde (Kapitel I.12) und dieselbe Problematik entstehen wird wie in den siebziger Jahren. Die Frage lautet: Wieviel Personal ist wirtschaftlich und wieviel müssen die Kassen finanzieren?

► WIK – Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus

Diese erste Form der Personalbemessung durch die Anhaltszahlen griffen in den 70er Jahren die Gemeindeprüfungsanstalten der Länder auf und entwickelten sie weiter. Die umfassendsten Unterlagen hierzu gab es in Baden-Württemberg und in Bayern (»WIK – Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus« und »Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus«). Die Anhaltszahlen für Pflegekräfte und Ärzt*innen wurden übernommen und es wurden für alle anderen Berufsgruppen ebenfalls Anhaltszahlen entwickelt. In vielen Krankenhäusern war dies ein wichtiger Schritt, um Beschäftigte vor Überlastung zu schützen. Noch bis weit in die Neunzigerjahre hielten die Gemeindeprüfungsanstalten diese Zahlen auf dem Laufenden und wendeten sie auch an, was zumindest auf die kommunalen Krankenhäuser Druck ausübte, diese Zahlen auch einzuhalten.

► PPR und Psych-PV

Im Rahmen der Auseinandersetzungen um den Pflegenotstand in den achtziger Jahren und weil Anfang der 90er Jahre noch Elemente der Selbstkostendeckung in Kraft waren, entschied die Bundesregierung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine ge-

setzliche Personalbemessung einzuführen, die sogenannte Pflegepersonalregelung (PPR) für die somatischen Medizin und die Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) für die Psychiatrie. Diese Maßnahme sollte erreichen, dass mehr Pflegekräfte angestellt werden. Dies war auch erfolgreich. So erfolgreich, dass die Bundesregierung bereits 1996 die Regelung wieder außer Kraft setzte, weil ihr die Kosten zu hoch wurden. Außerdem kamen in dieser Zeit dann schon die Vorstellungen auf, ein Preissystem einzuführen. Wie der Sachverständigenrat richtigerweise feststellte (siehe oben), passen eine Personalbemessung und ein Preissystem nicht zueinander. Die Frage, was von beidem gemacht wird, hat die Bundesregierung dann eindeutig entschieden: Personalbemessung weg, Preise her.

Die PPR ist eigentlich ein mustergültiges Verfahren der Personalbemessung. Sie wurde durch eine Expertengruppe ausgearbeitet. In ihrem Rahmen wurden zunächst die einzelnen Tätigkeiten der Pflege definiert und je nach Schweregrad mit unterschiedlichen Minutenwerten hinterlegt (Praxistests und Fachbefragungen). Dann wurden die Tätigkeiten und Minutenwerte zu Gruppen entsprechend dem Pflegeaufwand zusammengefasst (allgemeine Pflege drei Schweregradstufen, spezielle Pflege ebenfalls drei Stufen, insgesamt neun Gruppen). Jeder Patient wurde jeden Tag einer dieser Stufen zugeordnet. Aufgrund der festgelegten Minutenwerte ergab sich die Zeit, die für die Pflege des Patienten pro Tag notwendig war. Hinzu kamen Werte für Verwaltungsarbeiten und Werte für die Aufnahme und die Entlassung. Aufsummiert und geteilt durch die Arbeitszeit einer Pflegekraft, ergab sich die notwendige Zahl von Vollkräften.

Die konkreten Minutenwerte sind heute veraltet, aber das Verfahren war korrekt (analytisches Minutenwertverfahren, s.u.) und stellt auch für die Zukunft die Blaupause für eine sachgerechte Ermittlung von notwendigen Personalzahlen dar.

► DRG-Methode

Im Rahmen der DRG-Einführung machte dann ein anderes »Personalbemessungssystem« Furore. Es handelt sich um die Ableitung der Personalbesetzung aus den Durchschnittswerten der Kosten in den DRG: Aus den Kalkulationsdaten der Krankenhäuser sind die Kosten für jede Berufsgruppe bekannt. Sie werden jährlich für jede DRG vom InEK im sogenannten DRG-Browser veröffentlicht. Das heißt, jedes Krankenhaus kann nachlesen, wie viel bezogen auf jede DRG im bundesdeutschen Durchschnitt z.B. an Pflegekosten ausgegeben wird. Hochgerechnet auf das Patientengut des einzelnen Krankenhauses ergibt sich damit ein Vergleichswert (Bench-

mark), mit dem die eigenen Kosten verglichen werden. Damit kann wiederum die Beschäftigtenzahl bezogen auf die einzelnen Abteilungen und Stationen definiert werden, die durch die DRG finanziert ist.

Bei dieser Art von Benchmarking kann es nur einen Verlierer geben: die Beschäftigten. Die Fehler dieses Systems sind eigentlich offensichtlich. Das interessiert die Geschäftsleitung aber nicht bei ihrem Bestreben, die Personalkosten der Krankenhäuser zu senken. Dieses System ist deswegen so infam, denn:

1. Es wird kein Soll definiert, das den tatsächlichen Bedarf an Pflege widerspiegelt.
2. Das Soll wird aus dem Ist abgeleitet. Jeder Betriebswirt lernt, dass Ist mit Ist zu vergleichen unsinnig ist, weil man entweder Verschwendung mit Verschwendung oder Mangel mit Mangel vergleicht. Im Fall der Pflege dürfte unstrittig sein, dass es sich um Mangel handelt. Das heißt, der bestehende Mangel wird zur Norm erklärt.
3. Hinzu kommt (weil Kosten verglichen werden), dass das unterschiedliche Lohnniveau, das es in deutschen Krankenhäusern gibt (sowohl regional als auch z.B. zwischen öffentlichen und privaten Trägern), Einfluss auf die »notwendigen« Stellen nimmt. Anders gesagt, können sich kommunale Krankenhäuser in Baden-Württemberg damit weniger Stellen leisten als private Anbieter im Osten Deutschlands. Auch dies verfälscht das Verfahren völlig.

Dies alles führt zu einem klassischen Kellertreppeneffekt: Es wird ja mit Durchschnittswerten verglichen. Da jeder versucht, unter dem Durchschnitt zu bleiben, um keine Verluste zu machen, sinkt der Durchschnitt im Laufe der Jahre mit jedem neu berechneten DRG-Katalog und man schadet sich nicht nur selber, sondern auch allen anderen, weil auch auf sie der Druck erhöht wird.

Aufgrund des Gesagten ist eigentlich offensichtlich, dass es sich hierbei nicht um ein wirkliches Personalbemessungsverfahren, sondern um einen üblen Trick zur Kostenreduzierung handelt. Mit einer sachgerechten Ermittlung des Personalbedarfs hat es jedenfalls nichts zu tun.

► Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotient

In den letzten Jahren hat sich massiver Widerstand sowohl gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens durch die DRG als auch gegen die miserablen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aufgebaut. Die Bundesregierung hat darauf einerseits

mit Pflegeförderprogrammen (neu geschaffene Stellen in der Pflege mussten von den Kassen voll finanziert werden) und andererseits mit den sogenannten »Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen« reagiert: Für einen kleinen Teil der Pflegebereiche wurden Untergrenzen der Personalausstattung festgelegt, die so schlecht sind, dass sie selbst bei Einhaltung nichts an der Arbeitsüberlastung und der Unterversorgung der Patient*innen ändern. Auch dies ist ein völlig untauglicher Versuch, der nichts mit einer wirklichen Personalbedarfsermittlung zu tun hat. (Kapitel I.12)

Den Höhepunkt dieses unsäglichen gesetzlichen Untergrenzenkonstrukts bildet ab 2020 der sogenannte »Pflegepersonalquotient«: Eine Untergrenze für das Verhältnis von Pflegekräften zu Patient*innen für das gesamte Krankenhaus und im Durchschnitt eines Jahres! Wie da der Schutz der Patient*innen und der Beschäftigten realisiert werden soll, bleibt das Geheimnis des Bundesgesundheitsministers. Jedenfalls werden sich die Geschäftsführungen freuen, weil ihnen eine solche Regelung maximale Flexibilität verschafft. (Kapitel I.12)

► Psych-PV Minus oder Plus?

Im Bereich der Psychiatrie ist der Versuch, DRG einzuführen (dort PEPP genannt), auf halber Strecke stecken geblieben. Dementsprechend gilt dort auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) noch. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA – oberstes Selbstverwaltungsorgan im Gesundheitswesen) hat mit dem Psychiatrieversorgungsverbesserungsgesetz (Psych-VVG) den Auftrag erhalten, die immer noch geltenden Regelungen der Psych-PV bis Ende 2019 zu überarbeiten. Zwischenzeitlich gibt es die neue Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL). Zusammengefasst stellt sie keine wirkliche Verbesserung dar. (Kapitel I.13)

► Initiative von ver.di und DKG für eine neue gesetzliche Personalbemessung (PPR 2.0)⁷⁶

2018 wurde mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz beschlossen, dass ab 2020 die Pflegekosten aus den DRG ausgegliedert werden und in Form eines Pflegebudgets

76 Seit dem 12. Juni 2024 gibt es eine Pflegepersonalbemessungsverordnung, es fehlen aber noch Erfahrungswerte.

vollständig, krankenhausindividuell von den Krankenkassen finanziert werden müssen (Kapitel I.12). Diese (teilweise) Abkehr von Preisen ist nur den Beschäftigten und ihren Aktionen zu verdanken. Insbesondere die von ver.di abgeschlossenen (Tarif-) Vereinbarungen zum Thema Personalbemessung haben der Diskussion um eine echte Personalbemessung Auftrieb verliehen.

Zwar gilt ab 2020 für die gesamten Pflegepersonalkosten die Wirtschaftlichkeitsvermutung, das heißt, die Kassen können nicht einwenden, dass die Personalkosten für die Pflege zu hoch seien und müssen jede vorhandene Vollkraft finanzieren. Es ist aber abzusehen, dass dieser Zustand nur eine kurze Zeit anhalten wird. Und hier kommt eine gesetzliche Personalbemessung wieder ins Spiel. Denn wenn der Streit, was wirtschaftlich ist, zwischen Kassen und Krankenhäusern nicht wieder beginnen soll, braucht es diese gesetzliche Personalbemessung. Außerdem könnten damit die unsäglichen Pflegepersonaluntergrenzen wieder beseitigt werden. Diese Erkenntnis reifte jetzt offensichtlich auch bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und sie hat sich mit ver.di und dem Deutschen Pflegerat (DPR) zusammengetan, um auf der Basis der alten PPR einen Vorschlag für eine neue gesetzliche Personalbemessung zu machen. Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugesagt: *»Der Deutsche Pflegerat, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ver.di entwickeln bis 31. Dezember 2019 einen Interims-Vorschlag für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren und präsentieren dieses den Selbstverwaltungspartnern und dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit wird diesen Vorschlag im Lichte der Zielsetzungen der Konzentrierten Aktion Pflege ergebnisoffen prüfen.«*

Ver.di will sinnvollerweise, dass diese Personalbemessung in Bezug auf jede Schicht und jede Station gültig ist und auch eingehalten werden muss. Demgegenüber verfolgt die DKG den sogenannten »Ganzhausansatz«, d.h. sie will die Personalbemessung eigentlich nur im Außenverhältnis zu den Kassen gelten lassen, damit diese keine Möglichkeit haben, Unwirtschaftlichkeit zu reklamieren. Im Innern des Hauses berufen sie sich auf die unternehmerische Freiheit des Managements und möchten gerne, dass das Personal nach ökonomischen Überlegungen herumgeschoben werden kann: mehr Personal in die Nadelöhre und zu den *Cash Cows*, damit der Rubel rollt. Der Rest guckt in die Röhre.

Zwischenzeitlich haben sich DKG, DPR und ver.di geeinigt. Die wichtigsten Festlegungen dieser »PPR 2.0« genannten Regelung sind:

- Die Regelung folgt relativ eng der alten PPR. Die Minutenwerte und die Einstufung in die einzelnen Schweregradgruppen wurden überarbeitet. Es gibt zusätzlich zwei weitere Stufen mit höchstem Schweregrad (A4 und S4), dafür entfällt der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS)⁷⁷. Die Einstufung der Patient*innen erfolgt täglich.
- Nach den Ergebnissen eines Testlaufs dieser PPR 2.0 in verschiedenen Krankenhäusern erhöhen sich mit der PPR 2.0 die gemessenen Werte um ca. 8% im Vergleich zur alten PPR. Nach gemeinsamer Einschätzung von DKG und ver.di würde dies eine Erhöhung des notwendigen Personals um 40.000 bis 80.000 Vollkräfte bedeuten. Voraussetzung für die Umsetzung ist die vollständige Refinanzierung durch die Kassen.
- Die ermittelten Zahlen sollen in jedem Krankenhaus in einen Stellenplan (auf Stationsebene) umgesetzt werden, dessen Einhaltung kontrolliert wird. In jedem Krankenhaus sind Ausfallkonzepte vorzuhalten.
- Die betrieblichen Interessenvertretungen haben zwar umfassende Informationsrechte, ihre Mitbestimmungsrechte richten sich aber nach den gesetzlichen Vorgaben (Landespersonalvertretungsgesetze, Betriebsverfassungsgesetz, kirchliche Regelungen) und sind damit kaum oder nicht vorhanden. Explizit wird in der Regelung ausgeführt, dass das Letztentscheidungsrecht bei der Geschäftsführung bzw. der Pflegedirektorin liegt.
- Erstmals gibt es auch Vorgaben für den Nachtdienst (mindestens eine Fachkraft und eine Hilfskraft), die allerdings bei »kleinen Stationen« unterschritten werden können.
- Für Intensivmedizin und Pädiatrie soll »zeitnah« ebenfalls ein Instrument erarbeitet werden.

Dass es überhaupt zu einer Einigung kam, ist ein Riesenerfolg, der nicht zuletzt durch die Proteste der Betroffenen und durch die ver.di-Streiks für eine Personalbemessung herbeigeführt wurde. Gesetzliche Personalbemessung ist wieder »geschäftsfähig« geworden.

Problematisch bei der Regelung sind vier Punkte:

77 Der PKMS ist ein hochbürokratisches und sehr arbeitsaufwändiges Instrument, um bei Schwerstpflegefällen eine höhere Vergütung zu bekommen. Er hat nur den Nachteil, dass die Gelder, die hier mehr fließen, automatisch bei der restlichen Pflege abgezogen werden. Ein klassisches Nullsummenspiel. Nach Einführung des Pflegebudgets hat er erst Recht keine Bedeutung mehr.

- Es ist völlig unklar, ob das BMG diese Vorschläge übernimmt, und wenn es das nicht tut, ob die DKG bereit ist, diese Regelungen auch so anzuwenden.
- Es ist eine relativ lange Einführungszeit (zwei Jahre nach Inkrafttreten der PPR 2.0) geplant, in der alles nochmal geändert (»validiert«) werden kann und in der die festgestellten, notwendigen Personalzahlen nur zu einem bestimmten Prozentsatz (soll krankenhausindividuell vereinbart werden – natürlich mit Letztentscheidungsrecht der Geschäftsführung) eingehalten werden müssen.
- Es ist zwar eine relativ hohe Transparenz in Bezug auf die Unterschreitung der ermittelten PPR-Zahlen vereinbart. Die verbrieften Einflussmöglichkeiten (Mitbestimmungsrechte) der betrieblichen Interessenvertretungen sind aber eher minimal. Am ehesten wird man Einfluss über den Aufbau von politischem Druck und »Öffentlichkeitsarbeit« bekommen, wenn im einzelnen Krankenhaus die PPR-Zahlen unterschritten werden.
- Die Frage von Sanktionen ist ebenfalls nicht geregelt, wobei aus unserer Sicht betriebliche Sanktionen (Bettenschließungen, Entlastungsschichten), die zu einer Entlastung der Beschäftigten führen, wesentlich besser sind als Geldstrafen zugunsten der Krankenkassen.

► Anforderungen an eine sachgerechte Personalbemessung

Man kann mehrere Arten der Personalbemessung unterscheiden.

- Arbeitsplatzmethode
- Kennzahlen / *Nurse-to-Patient-Ratio*
- analytisches Minutenwertverfahren

Die **Arbeitsplatzmethode** fragt einfach, wie viele Arbeitskräfte (zum Beispiel in der Pforte) notwendig sind, um für einen Arbeitsplatz eine dauerhafte Besetzung sicherstellen zu können – unter Berücksichtigung von Ausfallzeiten, Urlaub, Tag- und Nachtschicht, usw. Dies ist die einfachste Methode, aber sie ist eigentlich nur für Einzelarbeitsplätze geeignet.

Die **Kennzahlenmethode** (z.B. bezogen auf den Pflegebereich eine *Nurse-to-Patient-Ratio*) legt eine Verhältniszahl zwischen Patient*innen und Pflegekräften fest, die eingehalten werden muss. Dabei können natürlich unterschiedliche Fachabteilungen unterschiedliche Kennzahlen erhalten. Die Festlegungen erfolgen in aller Regel als Ableitung aus dem bestehenden Ist – mit allen Problemen (s.o.). Die jetzige Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) ist ein Beispiel. Auch wenn man

diese Kennzahl höher ansetzen würde (z.B. unter Einbeziehung von Expertenbefragungen oder auf dem Niveau von anderen Ländern, die eine bessere Ratio haben), ist diese Methode nicht ideal, weil sie ebenfalls nicht vom objektiven Pflegebedarf des einzelnen Patienten ausgeht, sondern von sehr groben Durchschnittswerten. Bezogen auf die einzelne Station kann es zu einer Überbesetzung kommen, im Verhältnis zu einer anderen Station, in der sehr viele Schwerstpflegefälle versorgt werden müssen, die dann entsprechend unterbesetzt wäre. Die Einbeziehung der Fallschwere bezogen auf die jeweiligen Fachgebiete (wie in der PPUGV für die nächsten Jahre geplant) beseitigt das Problem nicht. Immer noch fehlt die Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfs des einzelnen Patienten.

Das **analytische Minutenwertverfahren** ist das sachgerechteste und genaueste. Es lag der Entwicklung der PPR zugrunde. Die Arbeit wird in Einzeltätigkeiten aufgegliedert, dabei müssen natürlich auch emotionale Tätigkeiten wie Gespräche, Selbstreflektion etc. berücksichtigt werden. Diesen Tätigkeiten werden Minutenwerte entsprechend dem Schweregrad und dem Arbeitsaufwand zugeordnet, die empirisch erhoben und von Expert*innen verifiziert werden. Die Minutenwerte werden zu Schweregradgruppen zusammengefasst. Umgekehrt werden dann die Patient*innen täglich diesen Gruppen zugeteilt. So entstehen Minutenwerte für die Behandlung oder Pflege eines Patienten, die wiederum hochgerechnet auf alle Patient*innen und auf das ganze Jahr genutzt werden können, um den Stellenbedarf zu ermitteln. Entsprechende Verfahren sind für alle Berufsgruppen möglich. Die Anwendung ist denkbar einfach, weil jeder Patient nur jeweils einer der Gruppen zugeteilt werden muss. In vielen Kliniken wird die alte PPR immer noch zur Zuordnung der Pflegekosten im Rahmen der DRG-Kalkulation missbraucht. Der Vorteil davon ist aber, dass sie nach wie vor gut bekannt ist und keinen großen Einarbeitungsaufwand erfordern würde.

Eine sachgerechte neue Personalbemessung muss auf der Basis dieses analytischen Minutenwertverfahrens erfolgen, was sicherlich eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen wird. Als Übergangsregelung ließe sich eine »PPR plus« gestalten, die bis zum Inkrafttreten der neuen Regelung gilt. Dabei gibt es verschiedene Ansatzpunkte, um die alte PPR zu renovieren:

- Die Minutenwerte werden mit einem Faktor entsprechend der eingetretenen Verweildauerverkürzung hochgerechnet.
- Die Zeiten für spezielle Pflege werden verdoppelt.
- Die Werte für Verwaltungstätigkeiten werden erhöht.
- Es wird eine weitere Schweregradstufe (»A4S4«) hinzugefügt.

Ein anderer einfacher Ansatz wäre es, die Minutenwerte pauschal um 10-15% zu erhöhen.

Man sieht: An einer Personalbemessung kommt man, wenn man von den Interessen der Beschäftigten und der Patient*innen ausgeht, nicht vorbei. Die Zeit ist reif und die Chancen waren in den letzten 20 Jahren noch nie so groß, eine sachgerechte Personalbemessung tatsächlich einzuführen. Die Tatsache, dass die Pflegepersonalkosten jetzt in einem individuellen Budget vereinbart werden und nicht mehr den DRG unterliegen, zwingt eigentlich zur Einführung der Personalbemessung.

Eine große Problematik bleibt, dass nur die Kosten der Pflege aus den DRG herausgerechnet werden sollen und die anderen Berufsgruppen weiterhin über DRG finanziert werden. Es besteht die Gefahr, dass jetzt andere Berufsgruppen zum Spargroßwunder werden, weil die Pflege hierfür nicht mehr zur Verfügung steht. Insofern ist es nur konsequent zu fordern, dass alle Personalkosten aus den DRG herausgerechnet werden. Genau dies haben in der Zwischenzeit Ärzt*innen, MTAs und andere Berufsgruppen gefordert.

Umgekehrt gilt: Wenn es gelingt, eine echte Personalbemessung für alle Berufsgruppen einzuführen, kombiniert mit der Pflicht der Kassen, das notwendige Personal auch zu vergüten, wäre das der Anfang vom Ende der DRG, weil dann alle Personalkosten aus den DRG ausgegliedert wären und sich der Aufwand der DRG-Anwendung nur für die Sachkosten nicht lohnen würde. Das macht die große Bedeutung des Kampfes um eine gesetzliche Personalbemessung für die von uns angestrebte Abschaffung der DRG aus.

► Hinderungsgrund Pflegekräftemangel?

Ein Problem bleibt: Wie bekommt man die notwendigen Pflegekräfte zur Einhaltung dieser Personalbemessungszahlen? Insbesondere die Krankenhausgesellschaften und die Geschäftsleitungen der Krankenhäuser bemühen gerade diese Frage, um die Sinnlosigkeit einer Personalbemessung zu demonstrieren. Durch Nichtstun wird sich die Lage aber nur noch verschärfen. Umgekehrt wird also ein Schuh daraus:

Eine aktuelle Studie⁷⁸ kommt zu dem Ergebnis, dass es ein Rückkehrpotential von zwischen 120.000 und 200.000 ausgebildeten Pflegekräften gibt, die derzeit nicht in der Pflege arbeiten: »Grundvoraussetzung für eine Rückkehr in den Pflege-

78 »Hartmann#PflegeComeBack Studie – Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf«, November 2018, www.hartmann.info

beruf sind andere Strukturen und Arbeitsbedingungen, mehr Personal und bessere Bezahlung«, so die Studie.

Zu einer Personalbemessung, die den Beruf wieder attraktiv macht, gehört auch, dass es Konsequenzen bei der Belegung der Betten und der Patient*innenaufnahme hat, wenn die festgelegten Personalzahlen nicht eingehalten werden. Tatsächlich kann es dabei zu Versorgungsengpässen für Patient*innen kommen. Gegner*innen einer Personalbemessung sehen hier einen Beweis für die angebliche Unmöglichkeit, einen verbindlichen Personalschlüssel in der täglichen Praxis anzuwenden. Dem ist entgegenzuhalten: Würden keine Betten gesperrt, wären die Patient*innen schlecht oder sogar gefährlich versorgt. Wenn Versorgungsengpässe auftreten, stellt sich den Verantwortlichen die Aufgabe, medizinisch unnötige Maßnahmen zu verhindern, die sinnlos Personal binden und das knappe und kostbare Personal bedarfsgerechter zu verteilen. Mit solchen Konsequenzen bricht nicht die Versorgung zusammen, sondern die Versorgung der Patient*innen wird besser.

► Fazit

Wer also will, dass Pflegekräfte wieder in ihren Beruf zurückkehren, dass teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte ihren Beschäftigungsumfang erhöhen oder dass Menschen eine Pflegeausbildung beginnen, muss über eine gesetzliche Personalbemessung gewährleisten, dass die Arbeitsbelastung weniger wird, und er muss die Arbeit der Pflegekräfte deutlich besser bezahlen, weil auch das eine Frage der Wertschätzung ist.

Zur Frage der Schließung von kleinen Krankenhäusern

Karl Lauterbach, Gesundheitsökonom und späterer SPD-Sprecher im Gesundheitsausschuss des Bundestages, hat bereits im Jahr 2003 in seinem Buch »DRG in deutschen Krankenhäusern« vorgerechnet, dass 1.410 der damals 2.242 Krankenhäuser und 194.000 der 523.114 Betten in allgemeinen Krankenhäusern überflüssig seien.

Eine erste wissenschaftliche Legitimierung solcher Behauptungen erfolgte durch die Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) in Halle. In einem Symposium im Januar 2016 unter dem Titel »*Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem*«⁷⁹ und in einem Thesenpapier vom Oktober 2016 unter dem gleichen Titel wird ausgeführt: »*Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330*« (S. 10) und »*Das heißt: wäre Deutschland »durchschnittlich*«⁸⁰, hätte es nur insgesamt rund 320.000 Betten, also rund 35% weniger« (S. 6).

Im Jahr 2017 hatte Deutschland 497.182 Krankenhausbetten in 1.942 Krankenhäusern. In der Konsequenz würde die Anwendung dieser Vergleichsrechnung die Schließung von ca. 1.600 Krankenhäusern und von ca. 180.000 Betten bedeuten. Auch wenn die Autoren diese Perspektive im Weiteren verbal abschwächen, sieht man: Die Diskussion um Betten- und Krankenhausschließungen nimmt deutlich an Fahrt auf und allzu oft taucht nun diese ominöse Zahl der nur noch 330 notwendigen Krankenhäuser in Debatten auf – ohne dass genau geschaut wird, ob diese abstrakten Vergleiche überhaupt sinnvoll sind. (Kapitel I.14)

79 Reinhard Busse/Detlev Ganten ML/Stefan Huster/Erich R. Reinhardt/Norbert Suttrop/Urban Wiesing: »Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft«, hg. von Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle/Saale, Oktober 2016

80 Mit »durchschnittlich« ist der Durchschnitt von 32 OECD-Ländern gemeint.

Jetzt hat auch noch die Bertelsmann-Stiftung nachgelegt und im Vorfeld der Krankenhausneuplanung des Landes NRW mit hohem publizistischem Aufwand die Zahl von »deutlich unter 600« notwendigen Krankenhäusern ins Spiel gebracht⁸¹. Die Studie verknüpft den »Abbau von Überkapazitäten« und »eine stärkere Zentralisierung und Spezialisierung der stationären Versorgung« mit der »Reduzierung von Fallhäufigkeiten bzw. Verweildauern«. Am Ende kommt – oh Wunder – heraus, dass wir viel zu viele Krankenhäuser und Betten haben.

Die Politik und die Kassen werden in dieser Frage ebenfalls immer aktiver: Gegenüber der *Stuttgarter Zeitung* (3. Januar 2017) äußerte sich z.B. der baden-württembergische Sozialminister Lucha (Grüne) zur Frage von Krankenhausschließungen: *»Schließungen im Land sind unumgänglich... Derzeit gibt es rund 250 Klinikstandorte im Land. Es könnte sein, dass wir irgendwann bei etwa 200 landen werden.«* Nur wenige Tage später sprang ihm der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg Hermann bei. Nachdem er bereits im Januar 2014 verlauten ließ: *»100 km zur Klinik sind zumutbar«* (*Stuttgarter Zeitung* vom 12. Januar 2014), wird er jetzt wie folgt zitiert: *»Kleine Kliniken müssen auf den Prüfstand«* und *»Die Zeit der Wald- und Wiesenkrankenhäuser ist vorbei.«* (*Sindelfinger Zeitung/Böblinger Zeitung* vom 12. Januar 2017)

Auch der Bundesgesetzgeber ist schon tätig geworden. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde ein Strukturfonds aufgelegt, zu dem der Gesundheitsfonds 500 Mio. Euro pro Jahr gibt, wenn die Länder dieselbe Summe aufbringen. Bedingung: *»Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen«*. Einmalig und neu: Die Krankenkassen erhalten ein Vetorecht bei der Auswahl der geförderten Projekte, obwohl die Krankenhausplanung originäre Länderaufgabe ist.

Umgekehrt werden Versuche, Krankenhäuser zu schließen, vor Ort (insbesondere in ländlichen Gegenden) oft von der Bevölkerung, aber auch von Landräten entschieden abgelehnt; nicht selten bilden sich Bürgerinitiativen, die für den Erhalt und gegen die Schließung kämpfen. Hauptargument gegen die Schließungen ist, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung gefährdet sei.

81 Bertelsmann Stiftung: »Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen.« Juli 2019, www.bertelsmann-stiftung.de

Für das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik stellt sich die Frage: Wie positionieren wir uns zu Krankenhausschließungen konkret vor Ort? Wie sind die Zusammenhänge zum DRG-System? Unter welchen Bedingungen sind solche Schließungen sinnvoll und wann lehnen wir sie ab?

→ siehe Tab. 12

Tab. 12: Allg. Krankenhäuser nach Träger, Entwicklung seit 1991

	1991	2023	Differenz		1991	2023	Differenz
Allg. KH	2.164	1.505	– 659	Betten	598.073	414.711	–183.362
öffentlich	996	438	– 558	öffentlich	367.198	200.463	– 166.735
freigemeinnützig	838	483	– 355	freigemeinnützig	206.873	144.715	– 62.158
privat	330	584	+ 254	privat	24.002	83.613	+ 59.611

Quelle: Krankenhaus statt Fabrik, eigene Berechnung

► **Fakten**⁸²

Zwischen 1991 und 2017 wurden in Deutschland 469 Krankenhäuser geschlossen und 168.383 Betten abgebaut. Der Abbau erfolgte vorrangig in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern: Die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser und der freigemeinnützigen nahm ab; die Zahl der privaten Krankenhäuser stieg. Entsprechend verhält es sich auch mit den Bettenzahlen: Die Zahl der Krankenhauspatient*innen ist im selben Zeitraum um 4.866.198 (auf 19.442.810) gestiegen. Die Verweildauer ist von 14,6 Tagen auf 7,3 Tage gesunken.

Dass die Betten problemlos abgebaut werden konnten, weil die Verweildauern sanken, wird von interessierter Seite immer wieder behauptet. Zumindest genauso wahrscheinlich ist aber das Gegenteil: Die Verweildauern mussten sinken und die Patient*innen immer früher entlassen werden, weil die Betten abgebaut wurden und die Zahl der Patient*innen immer weiter zunahm.

Die durchschnittliche Auslastungsquote der Krankenhausbetten betrug im Jahr 2017 77,8%. Das erscheint zunächst wenig. Man muss aber dabei berücksichtigen, dass der Aufnahmetag und der Entlassungstag zusammen nur als ein Tag zählen und deshalb bei immer kürzeren Verweildauern und der Vorhaltung von Betten für Notfälle eine höhere Auslastung überhaupt nicht möglich ist.

82 Alle Zahlen: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser verschiedene Jahrgänge

Von den 1.942 Krankenhäusern in Deutschland haben 1.040 (53,3%) weniger als 200 Betten. In diesen Krankenhäusern befinden sich insgesamt 87.783 Betten (17,7%). Im Durchschnitt hat damit jedes dieser Krankenhäuser 84 Betten. Unter 100 Betten haben 601 Krankenhäuser (30,8%). Diese haben 24.437 Betten (4,9%). Im Durchschnitt sind das 40,7 Betten pro Krankenhaus. → siehe Tab. 13

Tab. 13: Krankenhausgröße und Zahl der Betten 2017 in Deutschland

2017	KHs	Betten	Betten je KH
unter 50	365	7.374	20
50-100	236	17.063	72
100-150	252	30.894	123
150-200	187	32.452	174
200-300	243	60.141	247
300-400	185	63.209	342
400-500	129	57.165	443
500-600	105	57.148	544
600-800	78	53.729	689
über 800	97	118.007	1.217
Insgesamt	1.951	497.182	255

(Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2017)

In aller Regel werden zur Begründung der Möglichkeit eines weiteren Bettenabbaus und von Krankenhausschließungen Vergleichszahlen mit anderen europäischen oder OECD-Ländern angeführt.

Einmal abgesehen von der grundsätzlichen Problematik solcher Vergleichszahlen (Betrachtung eines Teilaspektes unter Vernachlässigung aller anderen Aspekte; die Tatsache, dass es in anderen Ländern andere Zahlen gibt, sagt natürlich nichts darüber, welche Zahlen richtig oder sinnvoll sind), laufen viele dieser »Benchmarks« auf Apfel-Birnen-Vergleiche hinaus.

Nicht berücksichtigt werden bei diesen Vergleichen

- die unterschiedlichen geografischen Voraussetzungen, die die Erreichbarkeit von Krankenhäusern deutlich beeinflussen (Dänemark/Niederlande vs. Schwarzwald/Alpen);
- die unterschiedliche Organisation des Gesundheitswesens als Ganzes (Sektorentrennung ambulant/stationär, Möglichkeit von Krankenhäusern, auch ambulant zu behandeln, Existenz von Ambulatorien, Nachsorgeeinrichtungen, Reha usw.);
- die unterschiedlich langen Wartezeiten auf einen Krankenhaustermin (die Niederlande und Dänemark sind bekannt für lange Wartezeiten und für Patiententourismus in die angrenzenden Länder).⁸³
- Hinzu kommt (gerade bei den zumeist angeführten Ländern Niederlande und Dänemark), dass die Ausgaben für die Krankenhausversorgung pro Kopf – trotz weniger Krankenhäusern und weniger Betten – höher liegen als in Deutschland (Deutschland 1.099 Euro, Niederlande 1.209 Euro, Dänemark 1.311 Euro⁸⁴).

► Bewertung

Krankenhäuser sind ein wesentlicher Teil der Daseinsvorsorge. Sie ist eine öffentliche Aufgabe und darf nicht privaten Konzernen überlassen werden. Die Krankenhausfinanzierung (sowohl der laufenden Kosten als auch der Investitionskosten) muss die Einrichtungen absichern. Es kann nicht sein, dass über eine immer stärkere Reduzierung der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder immer mehr Krankenhäuser verrotten oder zu Investitionen auf Kosten ihrer Beschäftigten und letztlich zur Aufgabe gezwungen werden. Es war das erklärte Ziel der Einführung der DRG, die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten massiv zu reduzieren. Dies ist leider schon in einem erheblichen Ausmaß geschehen. Dieser Weg darf nicht fortgesetzt werden.

Die DRG sind Preise, also ein finanzielles, marktwirtschaftliches Steuerungsinstrument. Sie sind blind für die Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung im

83 Auch die OECD kritisiert die Wartezeiten-Problematik in den Niederlanden (OECD Health Policy Studies: »Waiting Time Policies in the Health Sector«, www.oecd.org. Gibt man in Google die Begriffe »Niederlande« oder »Dänemark« und »Wartezeiten«, »Patiententourismus« ein, hat man jede Menge Treffer, u.a. »Kliniken buhlen um ausländische Patienten«. Die Helios Kliniken haben sogar eine eigene Homepage für niederländische Patient*innen.

84 Vgl. OECD Health Statistics 2016, »Health expenditure and financing«

ländlichen Raum. Sie vollziehen den Abbauprozess unter betriebswirtschaftlichen Prämissen (Kostensenkungs- und Fallzahlsteigerungswettbewerb) und ohne Rücksicht auf die Notwendigkeiten einer qualitativ hochstehenden und flächendeckenden Versorgung. Die betriebswirtschaftliche Steuerung ist das Gegenteil einer sinnvollen, sachorientierten Planung der Daseinsvorsorge. Es fehlen die Frage danach, was notwendig ist, und die Entscheidung, dass Notwendiges zu finanzieren ist, auch wenn sich kein Erlös damit erzielen lässt.

Ohne Zweifel gibt es in Deutschland sehr viele kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Unter dem DRG-System haben diese Krankenhäuser (anders ist es bei kleinen Spezialkrankenhäusern) ein echtes finanzielles Problem. Sie haben hohe Vorhaltekosten und wenige lukrative Wahlbehandlungen. Z.B. schreiben mehr als 50% der Krankenhäuser in Baden-Württemberg rote Zahlen. Die Gesundheitsversorgung vor Ort ist eine kommunale Aufgabe. Die öffentlichen Träger meinen oft, die Defizite ihres Krankenhauses durch Privatisierung loszuwerden. Tatsächlich verlieren sie dadurch Einfluss auf die Gesundheitsversorgung ihrer Region und am Ende stehen oft Ausdünnung der Versorgungsleistungen oder ebenfalls die Schließung.

Kleine Krankenhäuser haben aber auch unter anderen Gesichtspunkten einen deutlichen Nachteil: Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass die Zahl der jeweiligen Eingriffe einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat. Einmal abgesehen von seltenen persönlichen Ausnahmen (»begnadeter Chefarzt«, »Pfusch«) steigen Krankheitskenntnisse, Routine und Geschicklichkeit mit der Zahl der Behandlungen. Auch die technische Ausstattung kommt in einer größeren Klinik mehr Patient*innen zugute und ist deshalb in der Regel besser.

Auf der anderen Seite gewährleisten diese vielen kleinen Krankenhäuser eine wohnortnahe Versorgung und die Flächendeckung. Diese wohnortnahe Versorgung ist ein großer Vorteil für Patient*innen und Angehörige – insbesondere für Ältere, Gebrechliche, Familien mit Kindern und/oder beiden Elternteilen in Arbeit.

► Fazit

Zwischen Flächendeckung und Größe der Krankenhäuser gibt es einen Widerspruch, der sich nicht über die Alternative Schließung/Erhalt auflösen lässt. Es muss nach anderen Lösungen im Rahmen einer am Bedarf der Patient*innen bzw. der Bevölkerung orientierten gesundheitspolitischen Planung gesucht werden.

► Positionen

- Wir lehnen weitere Bettenschließungen ab. Sie erhöhen nur den Druck zu noch stärkeren Verweildauerverkürzungen und damit zu vorzeitigen Entlassungen. Darunter leiden besonders die eh schon Benachteiligten (Ältere, untere Schichten, usw.). Letztlich bedeutet die weitere Liegezeitverkürzung nichts anderes als den Ersatz von professioneller Pflege und Versorgung durch Laienpflege.
- Wir sprechen uns nicht grundsätzlich gegen die Schließung einzelner Standorte bzw. gegen die Anpassung der Kapazitäten an das Patientenaufkommen aus. Wir lehnen jedoch die Schließung von Krankenhäusern aus betriebswirtschaftlichen Gründen ab.
- Wir sprechen uns für eine regionale (Versorgungsregionen), landkreisübergreifende Planung des Versorgungsbedarfs mit Krankenhäusern aus. In die Planung müssen die tatsächlichen Wegezeiten zur Erreichung eines Krankenhauses (auch unter widrigen Witterungsbedingungen), die Rettungszeiten der Notfallversorgung und die Aufrechterhaltung der Grundversorgung vor Ort einbezogen werden.

Es muss also gelten:

- ohne adäquate Alternative zur Versorgung keine Schließung einer Klinik.
- Wenn ein Krankenhaus notwendig, aber nicht wirtschaftlich ist, muss es trotzdem erhalten und finanziert werden.

Wegen der beschriebenen grundsätzlichen Qualitätsproblematik bei kleinen Häusern hat die Entwicklung und Planung von Alternativen zur Aufrechterhaltung der Primärversorgung vor Ort hohe Priorität. Hierzu machen wir folgende Vorschläge:

- Da sich die Rettungszeiten bei Notfällen (incl. Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort) in jedem Fall verlängern, müssen mehr Standorte für die Notfallrettung (mit Notarzt) in der Fläche eingerichtet werden.
- Längere Zeiten für Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort, sowie die Ausdehnung der zu versorgenden Fläche bedeuten auch, dass die Wahrscheinlichkeit eines gleichzeitigen zweiten Notfalles steigt. Dies erfordert ggf. die Bereitstellung eines weiteren Notarztteams, wenn sich die Versorgung nicht verschlechtern soll.
- Weiterhin notwendig sind Primärversorgungszentren vor Ort mit Überwachungsbetten in öffentlicher Hand. Sie hätten dieselbe Funktion wie Aufnah-

meeinheiten in großen Krankenhäusern: Für Patient*innen, bei denen die Diagnose/Indikation zur stationären Aufnahme/Intervention unklar ist, könnte dort die Abklärung erfolgen und falls notwendig die wohnortnahe Überwachung (z.B. bis zum nächsten Morgen) durchgeführt werden. Verschlechtert sich der Zustand des Patienten, wird er mittels qualifizierten Transportes (und nicht im Privatwagen) ins Krankenhaus transportiert. Ist der Zustand am nächsten Morgen besser, kann er wieder nach Hause. Ebenfalls könnten kleinere Eingriffe ambulant durchgeführt werden.

- Die technische Ausstattung müsste alle wesentlichen Diagnosestellungen ermöglichen (Labor, Röntgen, CT/MRT) und könnte über Telemedizin vom Krankenhaus gesteuert werden.
- Die Belegschaft dieser Primärversorgungszentren würde vom Krankenhaus gestellt (Rotation und damit Verbesserung der Weiterbildung wegen der unterschiedlichen Perspektive ambulant/stationär).
- Die Primärversorgungszentren müssten die volle Berechtigung zur ambulanten und Notfall-Versorgung haben. Dies wäre insbesondere auch eine Verbesserung der Versorgung angesichts des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Landärzt*innen. Aus demselben Grund ist auch der Verweis auf den Notarztdienst der Niedergelassenen oder auf MVZ nicht zielführend. Dies besonders deshalb, weil jede rein ambulante Versorgung den betroffenen Patient*innen (mit unklaren und ggf. sich verschlimmernden Beschwerden) und seine Angehörigen im Zweifelsfall mehrmals auf die Reise ins Krankenhaus schicken muss und nicht auf die Technik und das Know-how des Krankenhauses zurückgreifen kann.

Uns ist bewusst, dass für eine solche Strukturveränderung gesetzgeberische Hürden überwunden werden müssen. Dies ist aber angesichts der allseits beklagten, völlig unsinnigen und teuren Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär sowieso überfällig. Für Patient*innen und Angehörige müssen Shuttleservices zum Krankenhaus eingerichtet werden, wenn und insoweit eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich oder zu umständlich ist.

- *Anmerkung: Diese Positionierung erfolgte auf der Basis eines Beschlusses des ver.di-Landesbezirksvorstandes und des ver.di-Landesfachbereichsvorstandes Gesundheit & Soziales Baden-Württemberg.*

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 Personalangel und die Durchführung nicht notwendiger Eingriffe und Operationen.

Nicht mehr das Wohl des Patienten, sondern die Ökonomie steht im Vordergrund. Weitere hochproblematische marktwirtschaftliche Vergütungs-elemente 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 Tarifierhöhungen 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 kurzsichtig 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.

Abkürzungsverzeichnis

AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
BPflV	Bundespflegegesetzverordnung
BWR	Bewertungsrelationen
CETA	Umfassendes Wirtschaftsabkommen EU-Kanada (Comprehensive Economic and Trade Agreement)
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EU	Europäische Union
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases)
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P4P	Pay for Performance
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPR	Pflegepersonalregelung
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PPSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PPUGV	Pflegepersonaluntergrenzenverordnung
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
Psych-VVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
TISA	Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (Trade in Services Agreement)
TTIP	Transatlantisches Freihandelsabkommen (Transatlantic Trade and Investment Partnership)
VK	Vollzeitkraft

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

Attac AG Soziale Sicherungssysteme

<https://www.attac-netzwerk.de/ag-soziale-sicherungssysteme/startseite>

Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite

<https://berlin-gesundheit-statt-profite.de/>

Interventionistische Linke (IL)

<https://interventionistische-linke.org/>

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

<https://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

ver.di Bundesfachbereich C und Landesfachbereiche C von
Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg, Nordrhein Westfalen
<https://nord.verdi.de/branchen-und-berufe/gesundheits-soziales-bildung>

<https://gesundheits-soziales-bawue.verdi.de/>

<https://gesundheits-soziales-bb.verdi.de/>

<https://gesundheits-soziales-nrw.verdi.de/>

Verein demokratischer Ärzt*innen

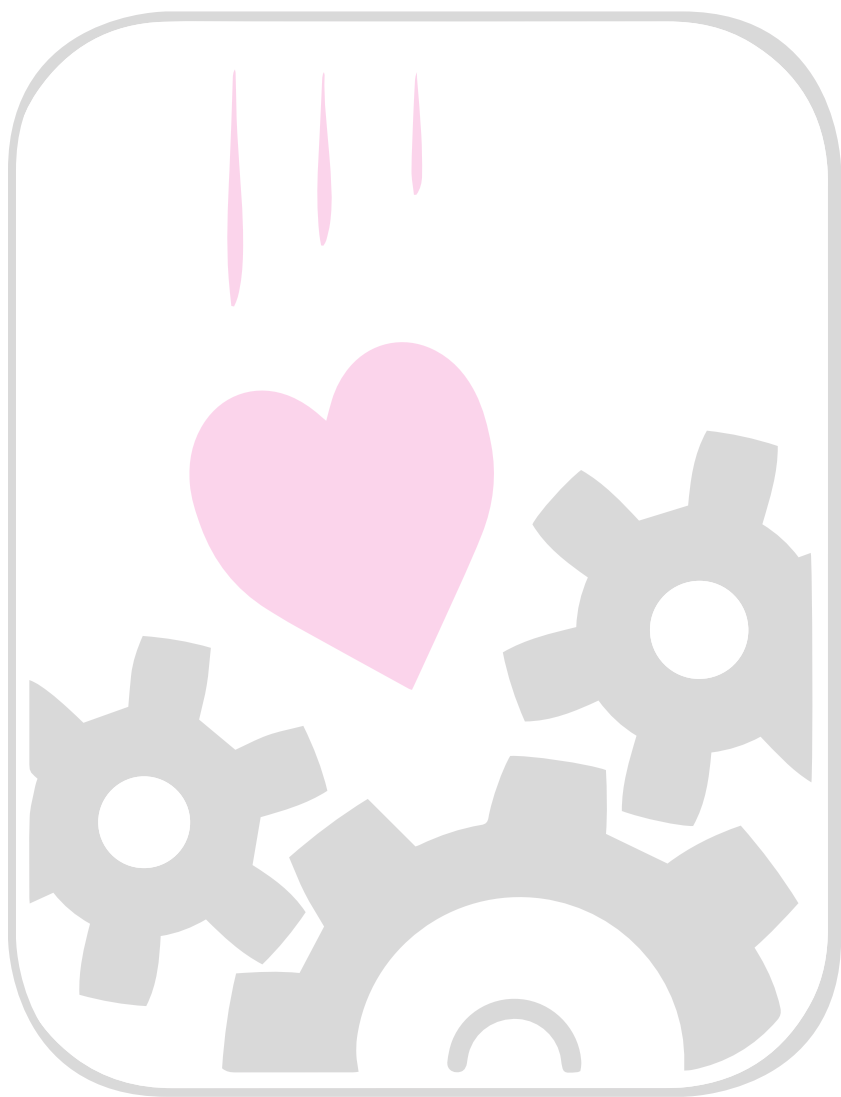
<http://vdaeae.de/>

Wir danken der Stiftung Menschenwürde und Arbeitswelt und dem Movement Hub für die finanzielle Unterstützung des Drucks.

STIFTUNG ●●●●
MENSCHENWÜRDE
UND ARBEITSWELT



Movement
Hub



www.krankenhaus-statt-fabrik.de