

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärzt*innen

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS WESEN

Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 1/2025



Krankenhausreform Analyse, Kontext, Kritik

INHALT

5

Massiver Abbau droht, Finanz-»Revolution« fällt aus. Zusammenfassende Darstellung und Bewertung des KHVVG

Thomas Böhm

10

Positionierung wesentlicher Interessenvertreter zum KHVVG

Thomas Böhm

12

Geschichte der Krankenhausreformen bis zum KHVVG. Eckpunkte der Implementierung des KHVVG

14

Was glauben Sie, wer Sie sind? Zur autoritären Rahmung der Durchsetzung des KHVVG

Nadja Rakowitz

18

Vorbild NRW? Wie hat sich der Krankenhausplan (bisher) ausgewirkt?

Susanne Quast

20

Wie spielt der Kostendruck in deinem ärztlichen Alltag eine Rolle?

Erfahrungsberichte

22

Das dänische Modell

Achim Teusch

26

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

Krankenhaus statt Fabrik

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää* und des Solidarischen Gesundheitswesens e.V. ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Es gibt auch die Möglichkeit eines digitalen Abonnements: Für 26 Euro bekommen Sie zum Ende des Quartals die pdf-Datei des kompletten Hefts.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des vdää*: kontakt@vdaae.de

30

Know your boss. Übersicht
über private Klinikbetreiber
in Deutschland

32

Eine Chimäre. Zur Frage eines
funktionsfähigen Wettbe-
werbs im Krankenhaussektor

Kai Mosebach

35

Klassenunterschiede. Wie das
duale Versicherungssystem
eine bedarfsgerechte und
gute medizinische Versor-
gung verhindert

Manuela Huber

39

Ein anderes Gesundheits-
wesen ist möglich.
Zu einer bedarfsgerechten
und patientenfreundlichen
Versorgungskette

Krankenhaus statt Fabrik

42

Ein Vorbild? Ein Einblick in
das kubanische
Gesundheitssystem

Colette Gras

44

Kein Gesetz – aber jede
Menge Mindsetting.
Zum aktuellen Stand der
Militarisierung des Gesund-
heitswesens

Bernhard Winter

Der **vdää*** ist ein Berufsverband, der sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung einsetzt. Der Verein **Solidarisches Gesundheitswesen e.V.** fördert mit politischer Bildung die Solidarität im Gesundheitswesen und ist als gemeinnützig anerkannt. Beide Vereine nehmen Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützen den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« wird seit 2024 von beiden Vereinen gemeinsam herausgegeben; sie erscheint viermal jährlich. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Position der Herausgeber wieder.

Falls Sie weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an kontakt@vdaae.de oder solid.g-wesen@posteo.de.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Manuel Funk,
Timea Gion, Colette Gras, Isabelle Horster,
Thomas Kunkel, Julius Poppel,
Nadja Rakowitz, Jonas Röhrich,
Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2025
ISSN 2194-0258
Preis: 5 Euro
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen
und vom Verein Solidarisches
Gesundheitswesen e.V.
V.i.S.d.P. Felix Ahls, Thomas Kunkel,
Karen Spannenkrebs, Bernhard Winter

Bildnachweise

Die Bilder dieser Ausgabe haben wir aus der
UZ, von Unsplash, Wikimedia und vom
Australischen Nationalarchiv.

Geschäftsstelle des vdää*

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email kontakt@vdaae.de
Internet www.vdaae.de/

Bankverbindung: Triodos Bank
IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODEF1XXX

Zeitschrift

Layout/Satz Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

EDITORIAL

Liebe Leser*innen,

im Januar haben wir uns in Frankfurt zur Redaktions-sitzung getroffen, um Arbeitsabläufe, Ausrichtung der Zeitschrift und konkrete Inhalte der Ausgaben des neuen Jahres zu diskutieren. Aufgrund der positiven Erfahrungen beim Gesundheitspolitischen Forum und der online-Veranstaltungsreihe »Solidarität Verteidigen!« sowie einer erfreulichen Verstärkung durch gleich drei neue Redaktionsmitglieder waren wir allesamt hoch motiviert. Dies trübten weder die kurz zuvor verabschiedete Gesundheitsreform noch der bereits damals absehbare Erfolg von Union und AfD bei der Bundestagswahl. Im Gegenteil: Durch die zunehmende Versorgungskrise unserer Patient*innen und den bedrohlich voranschreitenden Rechtsruck sehen wir Bündnisse in der Pflicht, entschiedenen und konstruktiven Widerstand zu leisten. Als Zeitschrift des Vereins demokratischer Ärzt*innen und des Solidarischen Gesundheitswesens ist es uns mehr denn je ein Anliegen, einen solchen Beitrag zu leisten. Eure Unterstützung in Form inhaltlicher Rückmeldungen, thematischer Vorschläge oder auch konkreter Textbeiträge ist dabei selbstverständlich herzlich willkommen (bitte per Mail an die **neue Mailadresse**: kontakt@vdaee.de).

Für die ersten drei Hefte 2025 haben wir uns auf die Schwerpunkte »Krankenhausreform«, »Medizin in der Krise« und »Gewalt in der Medizin« geeinigt; die vierte Ausgabe des Jahres widmet sich wie üblich den Inhalten des Gesundheitspolitischen Forums, das in diesem Jahr

vom 7. bis 8. November wieder in Dresden stattfinden wird. Außerdem haben wir uns auf Themenstränge geeinigt, die sich kontinuierlich durch die Hefte ziehen sollen. Neben Armut, Militarisierung und Rechtstrend sollen dies auch Demokratisierung, feministische Perspektiven, Pharmaindustrie, fortschrittliche Medizin und Psychiatrie sein. Darüber hinaus soll auch aktuellen Entwicklungen mehr Platz als bisher üblich eingeräumt werden.

Im Mittelpunkt der aktuellen Ausgabe steht das Thema Krankenhausreform. Zunächst geben wir einen Überblick über den Umfang des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG). Darauf folgt ein kritischer Einblick in die zugrundeliegenden politischen Prozesse in der Entstehung der Reform. Außerdem beleuchten wir Interessengruppen im Bereich der deutschen Krankenhauslandschaft und beschreiben Struktur und Profitmöglichkeiten privater Krankenhauskonzerne. Weitere Artikel widmen sich den Lehren, die wir aus gesundheitspolitischen Umstrukturierungen in NRW und Dänemark ziehen können.

Wir haben außerdem Teilnehmer*innen unseres Gesundheitspolitischen Forums nach ihren Erfahrungen gefragt: Wie beeinflussen Kostendruck bzw. finanzielle Aspekte die medizinische Versorgung von Patient*innen in Deinem/Ihrem Alltag? Dabei sind die im Heft verteilten Zitate entstanden. Sie zeigen noch einmal sehr deutlich auf, wie massiv die Finanzierung der Krankenhausleistungen die Patient*innenversorgung und die Arbeitsbedingungen prägen.

Verbesserungsvorschläge findet ihr anschließend in Form eines Papiers zur optimalen Versorgungskette vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. Auch ein kurzer Text zur Gesundheitsreform Kubas soll uns und euch ermutigen, die Hoffnung auf ein besseres Gesundheitssystem nicht aufzugeben.

Wenig Hoffnungsvolles hat Bernhard Winter in der Fortsetzung seines Textes zur Militarisierung des Gesundheitswesens zu berichten. In rasanter Geschwindigkeit geht die Militarisierung voran. Mit dem Bundestagsbeschluss vom 18. März zur unbegrenzten Möglichkeit der Aufrüstung wird die Kriegsgefahr immer größer.

Die Gegenwehr wächst auch – aber sehr langsam.

Wir wünschen Euch neue Erkenntnisse und dennoch möglichst viel Spaß beim Lesen!

Eure GbP-Redaktion

Bitte passt Euren Mitgliedsbeitrag an

Der Mitgliedsbeitrag ist seit der MV 2024 für

Studierende, Arbeitslose und Rentner*innen:	5 €/Monat
Berufstätige:	10 €/Monat

Darüber hinaus schlagen wir folgende Solibeträge vor:

Ärzt*innen in Weiterbildung:	15 €/Monat
Niedergelassene und angestellte Fachärzt*innen:	25 €/Monat

Massiver Abbau droht, Finanz-»Revolution« fällt aus

Zusammenfassende Darstellung und Bewertung des KHVVG

Thomas Böhm

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.« (Parlamentarische 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«. Hinzukommt die Vorhaltevergütung.

Thomas Böhm war im Klinikum Stuttgart als Chirurg tätig. Dort war er bis 2011 auch Personalratsvorsitzender und ver.di-Bezirksvorsitzender in Stuttgart. Für ver.di ist er Mitglied im Landeskrankenhausausschuss der Landesregierung und im Verwaltungsrat des Klinikums Stuttgart. Er arbeitet aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik mit. Er beschäftigt sich seit Jahren schwerpunktmäßig mit den Themen Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung.

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 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 Krankenhaus-schließungen 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.

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.



Hier noch möglich: Leistungsgruppe Perinataler Schwerpunkt

Foto: Hush Naidoo Jade, Unsplash

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 KH 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 Q-Kriterien 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
- vereinbarte Stationäre Leistungen
- Übergangspflege und Kurzzeitpflege

Stationäre Leistungen dürfen nur in dem Umfang erbracht werden, der in einer Vereinbarung zwischen Deutscher Krankenhaus Gesellschaft (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 (incl. 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 Landeskrankhausgesellschaft nach gesetzlichen Vorgaben ausgehandelt und liegt momentan bei etwa 4.400 Euro.

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

gen 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.

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.

Anmerkungen:

- 1 Zahlen aus Destatis Grunddaten der Krankenhäuser 2023 und 1991
- 2 Standortdefinition: Entfernung mehr als 2000 m
- 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
- 4 Die Ermächtigung muss im hausärztlichen Bereich erteilt werden, im fachärztlichen Bereich, wenn keine Zulassungsbeschränkung besteht.
- 5 Die variablen Sachkosten sind ein erheblicher Teil der Gesamtkosten. Bei einer Blinddarmentfernung sind es ca. 14%, bei einem künstlichen Kniegelenk ca. 30%.
- 6 Die Fallschwere entspricht der Höhe des jeweiligen Relativgewichts

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 »Abweichler«: Ein SPD- und ein FDP-Abgeordneter haben mit nein gestimmt)

Die Bundesländer

haben zunächst in einer einstimmigen Entschließung folgende zentrale Kritikpunkte vorgetragen: Sie kritisieren die fehlende Auswirkungenanalyse und die fehlende Entbürokratisierung. Die Vergütungssystematik führe nur begrenzt zu einer Entökonomisierung, der Zeitplan der Einführung sei zu knapp bemessen, die Regelungen zur sektorenübergreifende Versorgung seien unzureichend und schöpften 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% (incl. Trägeranteil!!) des jeweiligen Förderprojekts sein.

In der entscheidenden Bundestagssitzung 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, Rhein-

land-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 Merkmalskosten 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, das 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 Notfallver-

sorgung« ausgerichtet sind. Es wird ihre Angliederung an Level II-Krankenhäuser gefordert. Die Finanzierung der SüV über Tagespauschalen wird abgelehnt, weil sie ein »Einfallsort 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 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 »Sachverständs 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 KHVG 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 Minuten-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.

Geschichte der Krankenhausfinanzierung

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

Diese Phase war geprägt durch erhebliche Kriegsschäden und einen großen Bettenmangel in der stationären Versorgung. Für die Vergütung der Krankenhausleistungen gab es zunächst einen Preisstopp und später waren Erhöhungen der Pflegesätze nur in Ausnahmefällen möglich. 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. Abgerechnet wurde nach tagesgleichen Pflegesätzen, die aufgrund des (Quasi-)Preisstopps jedoch viel zu niedrig waren. 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«. Es gab Abzüge bei Minderbelegung (unter 75%), was natürlich ebenfalls ein Anreiz zur Verweildauerverlängerung war.

► **Zweite Phase: 1972 bis 1985** **Echte Selbstkostendeckung**

Über eine Grundgesetzänderung wurde die duale Finanzierung eingeführt: laufende Betriebskosten wurden durch die Krankenkassen und die Investitionskosten durch die Länder und den Bund. Grundlage der Finanzierung der laufenden Kosten wurde das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip. Tagesgleichen Pflegesätze waren nur noch eine Abschlagszahlung auf die anfallenden Selbstkosten. Am Ende des Jahres wurde dann spitz abgerechnet. Gewinne mussten zurückgezahlt werden, Verluste mussten von den Kassen nachfinanziert werden. Gewinne in Krankenhäusern waren gesetzlich verboten (Krankenhausfinanzierungsgesetz).

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

Vor dem Hintergrund der ersten großen Wirtschaftskrise nach dem Krieg und der globalen Wende zum Neoliberalismus folgte eine Umgestaltung des stationären Gesundheitswesens in Richtung immer mehr Markt und kapitalistische Konkurrenz. Argumentationsgrundlage war die in die öffentliche Debatte eingebrachte Behauptung einer »Kostexplosion«. Der Bund stieg aus der Investitionsförderung aus. Sie war jetzt nur noch Ländersache. Es wurde ein sogenanntes flexibles Budget vereinbart (prospektiv aufgrund der kalkulierten Selbstkosten und der geschätzten Zahl der Pflgetage). Gewinne und Verluste wurden grundsätzlich zugelassen und verblieben für das jeweilige Jahr beim Krankenhaus. Die Tagespflegesätze waren weiterhin eine Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget. Gleichzeitig wurden für 16 definierte Leistungskomplexe sogenannte Sonderentgelte eingeführt. 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 Maße steigen, wie die Einnahmen der Krankenkassen stiegen. Die Selbstkostendeckung wurde weiter eingeschränkt. Die Finanzierung sollte über sogenannte »leistungsgerechte Erlöse« erfolgen. Gewinne und Verluste wurden ab diesem Zeitpunkt uneingeschränkt möglich. Außerdem wurden 40 Fallpauschalen als direkte Preise eingeführt. Ihre Zahl wurde im Lauf der Jahre immer weiter erhöht. Die Pflegesätze verloren durch die zunehmende Zahl an Sonderentgelten und Fallpauschalen immer mehr an Bedeutung. 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.

nanntes flexibles Budget vereinbart (prospektiv aufgrund der kalkulierten Selbstkosten und der geschätzten Zahl der Pflgetage). Gewinne und Verluste wurden grundsätzlich zugelassen und verblieben für das jeweilige Jahr beim Krankenhaus. Die Tagespflegesätze waren weiterhin eine Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget. Gleichzeitig wurden für 16 definierte Leistungskomplexe sogenannte Sonderentgelte eingeführt. 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 Maße steigen, wie die Einnahmen der Krankenkassen stiegen. Die Selbstkostendeckung wurde weiter eingeschränkt. Die Finanzierung sollte über sogenannte »leistungsgerechte Erlöse« erfolgen. Gewinne und Verluste wurden ab diesem Zeitpunkt uneingeschränkt möglich. Außerdem wurden 40 Fallpauschalen als direkte Preise eingeführt. Ihre Zahl wurde im Lauf der Jahre immer weiter erhöht. Die Pflegesätze verloren durch die zunehmende Zahl an Sonderentgelten und Fallpauschalen immer mehr an Bedeutung. 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 Einführung der DRG (diagnosis related groups) erfolgte 2004 (rot-grüne Koalition unter Schröder). Die DRG-Vergütungen bestehen aus den bundeseinheitlich festgelegten Relativgewichten der einzelnen DRG, multipliziert mit den politisch auf Landesebene ausgehandelten Landesbasisfallwerten. 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: ab 2011** **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.

Die Kalkulation und Eingliederung der Investitionskosten über zusätzliche »Invest-DRG« in die DRG-Preise und damit letztlich das Ende der dualen Finanzierung.

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.

→
Die lange Fassung des Kapitels
zur Geschichte der
Krankenhausfinanzierung von
»Krankenhaus statt Fabrik«



Zeitplan des KHVVG

Thomas Böhm hat für das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik den Zeitplan zur Durchführung des KHVVG zusammengestellt. Wir dokumentieren ihn hier in Auszügen. Der detaillierten Plan findet sich auf der Homepage von Krankenhaus statt Fabrik (siehe QR-Code am Ende)

Das KHVVG 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

musste 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.

► 2025

2025

Die Krankenhausgesetze (falls nicht schon erfolgt) und die Krankenhauspläne der Länder müssen an die neue Systematik angepasst werden. D.h. insbesondere eine Krankenhausplanung nach *Leistungsgruppen* muss gesetzlich von den Ländern ermöglicht und durchgeführt werden.

Ärztliche Personalbemessung

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

- 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.

Bis spätestens 30.09.2025

die Länder müssen die jeweiligen Leistungsgruppen den einzelnen Standorten vorläufig zugeordnet und die Medizinischen Dienste mit der Prüfung der *Q-Kriterien* beauftragt haben

► 2026

Bis spätestens 31.10.2026

Die LG müssen final durch die Länder den Standorten zugeordnet sein

Transformationsfonds

Anwendung ab 01.01.2026 bis 2035

- In 2025 Rechtsverordnung zur näheren Regelung durch BMG mit Zustimmung des 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.

Bis spätestens 30.06.2026

Die Medizinischen Dienste müssen die Prüfung der Q-Kriterien für die Leistungsgruppen, die den einzelnen Standorten vorläufig zugewiesen wurden, abgeschlossen haben.

► 2027

Ab 01.01.2027

Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung kommen zur Anwendung



←
Auf der Homepage von
Krankenhaus statt Fabrik findet Ihr
eine ausführliche Fassung

Was glauben Sie, wer Sie sind?

Zur autoritären Rahmung der Durchsetzung des KHVVG

Nadja Rakowitz

Nadja Rakowitz diskutiert weniger den Inhalt des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) als die Art und Weise, wie es politisch durchgesetzt wurde. Sie sieht Momente einer Verselbständigung der Exekutive und befürchtet, dass sich dies unter Kanzler Merz verstärken wird.

Spätestens mit der Einführung des Preissystems der DRG 2004 wurden die deutschen Krankenhäuser kapitalistisch umgebaut. Dies und insbesondere der dazugehörige Konkurrenzkampf unter den Kliniken haben zu dramatischen Verschlechterungen der Versorgungs- und der Arbeitsbedingungen geführt. Seit 2015 rührt sich massiver Protest der Beschäftigten dagegen. Der zweiwöchige Streik an der Charité im Sommer 2015 für eine verbindliche gute Personalquote (Tarifvertrag Entlastung) machte den Anfang und verbreitete sich über viele Krankenhäuser in ganz Deutschland. Ein Höhepunkt war der 11-wöchige Streik von 6 Universitätskliniken in NRW im Jahr 2022; aber auch der Streik an der Uniklinik Jena (als erster dieser Art in den neuen Bundesländern) und der an der privatisierten Uniklinik Gießen/Marburg waren etwas Besonderes. Da die Streiks sich nicht mit einer Lohnerhöhung beschäftigten, sondern mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und damit auch der Versorgungsbedingungen für die Patient*innen, bargen sie von Anfang an politisches Diskussionspotential, das über die unmittelbaren Fragen schnell hinausging. Alle diese Streiks waren auch Demonstrationen gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Dies schlug sich auch in den Arbeits- und Organisationsformen während des Streiks nieder. Die Kolleg*innen der Charité hatten das Konzept der so genannten Tarifberater*innen erfunden: Vertreter*innen aller Stations-Teams sollten an jedem entscheidenden Punkt gemeinsam mit der Tariff Kommission diskutieren, damit es keine Abkoppelung der Gremien von der Basis gab, sondern gemeinsame Diskussion und enge Einbeziehung. Die Teams waren in den Verlauf des Arbeitskampfes eingebunden und konnten ihn aktiv mitgestalten, anstatt sich lediglich über das Ergebnis zu freuen oder zu klagen. Die Idee dahinter war, dass die Beschäftigten die Expert*innen sind, die wissen, wie viel Personal gebraucht wird. Das Konzept wurde bei allen folgenden Streiks für Entlastung übernommen – zum Teil mit einem anderen Wort für die Tarifberater*innen: Streikdelegierte oder ähnliches. Dieser Prozess ist durchaus als einer der Wortergreifung der Beschäftigten anzusehen und als einer der Demokratisierung von Tarifaueinandersetzungen.

Auf den konservativen Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) machte das alles offensichtlich solchen Eindruck, dass er ein unerwartetes Gesetz einbrachte: In diesem wurde beschlossen, dass die Pflege (am Bett) aus den DRG herausgenommen wird und im Modus der Selbstkostendeckung bezahlt wird. Eine Sensation, denn das war das erste Mal seit Jahrzehnten, dass ein Gesetz in die komplett entgegengesetzte Richtung wie die immer weiteren marktförmigen Reformen ging. Leider blieb dies bislang die einzige positive politisch gezogene Konsequenz aus dem ganzen DRG-Schlamassel.

Nadja Rakowitz ist Politologin und Medizinsoziologin, arbeitet als Geschäftsführerin beim vdää* und macht Bildungsarbeit für ver.di und die RLS.

Sozialdemokratie und Revolution

Und dann wurde Karl Lauterbach (SPD) Gesundheitsminister. Am 23. Oktober 2022 kündigte er an prominenter Stelle im heute Journal an, dass die von ihm eingesetzte »Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung« an einem Konzept für eine »Überwindung der Fallpauschalen« arbeite. Das Fallpauschalensystem habe sich seit seiner Einführung, an der Lauterbach als damaliges für Gesundheitspolitik zuständiges Mitglied der SPD-Bundestagsfraktion selbst beteiligt gewesen war, »so stark verselbständigt, dass der ökonomische Druck zu stark« sei.¹

Am 6. Dezember stellte die 17-köpfige Expertenkommission die »Revolution« in einer Pressekonferenz² vor. Neben einigen Mediziner*innen und Jurist*innen sitzen in dieser Kommission eine Expertin für Pflege, ein Pharmazeut, außerdem Volkswirte und Gesundheitsökonom*innen³. Von letzteren nicht irgendwelche, sondern mit Boris Augurzký und Reinhard Busse genau jene, die bislang immer nur dadurch auffielen, dass sie noch mehr Markt und Konkurrenz einführen und gleichzeitig Krankenhäuser schließen und zentralisieren wollen. Weder waren Vertreter*innen der GKV und PKV dabei, noch welche der Gewerkschaften oder der organisierten Ärzteschaft (worüber diese sehr empört war und ist, weil sich Ärzt*innen ja allzu oft für Expert*innen halten und nicht für Lobbyist*innen im Eigeninteresse...), es waren aber auch keine Vertreter*innen der Pharma- oder Medizingereiteindustrie dabei. So weit so gut.

Zunächst fiel bei der Pressekonferenz auf, dass Augurzký und Busse nicht auf dem Podium saßen, sondern neben dem Minister nur Praktiker*innen aus der Kommission: Tom Bschor, langjähriger Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik Berlin, Christian Karagiannidis, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin und Irmtraut Gürkan, die unter anderem stellvertretende Aufsichtsratsvorsitzende der Berliner Charité ist. Sowohl Lauterbach als auch Karagiannidis betonten, dass das vorgestellte Konzept ein »rein wissenschaftliches« sei, bei dem man Lobbyismus wie auch die Politik ferngehalten habe. Der Sinn dieses Framings wurde dann in der Aktuellen Stunde des Bundestags am 15.12.2022 deutlich. Hier sagte Lauterbach in Reaktion auf die Kritik an der Reform durch Ates Gürpınar von der LINKEN: »Das sind kluge Vorschläge ... Sie glauben, dass Ihre Vorschläge besser sind als die Vorschläge der Wissenschaft? Das ist eine Missachtung der Wissenschaft. Was glauben Sie denn, wer Sie sind?«⁴

Was zuvor schon bisweilen in der Debatte über Corona eingeübt wurde (unabhängig davon, ob inhaltlich richtig oder nicht), war plötzlich »normal« geworden: Kritik im Parlament wurde einfach mit dem Hinweis auf die Wissenschaftlichkeit eines politischen Vorschlags abgewürgt. Das will uns weismachen, Wissenschaft – zumal Gesundheitsökonomie – agiere im politisch-ökonomisch luftleeren Raum und ihre Resultate bedürften keiner politischen

Diskussion mehr. Wie sehr sich neoliberale Vorstellungen in das Konzept drängen, kann man aber an den Vorschlägen der Kommission zeigen (siehe dazu den Artikel von Thomas Böhm in diesem Heft, S. 5 ff.).

Ein kleiner Sieg im Diskurs

Auffallend war dennoch, dass sich inzwischen große Risse im argumentativen Gebäude der DRG-Verteidigung zeigten. In der oben erwähnten Pressekonferenz hatte man den Eindruck, dass dieses Gebäude – zumindest was die Problemanalyse angeht – in sich zusammenfällt. Auch das Kommissionspapier liest sich wie eine Bankrotterklärung des DRG-Systems; viele lange bekannte Argumente der Fallpauschalenkritiker*innen werden plötzlich vom Gesundheitsminister genannt. Von »Daseinsvorsorge« ist plötzlich wieder die Rede und der von Kritiker*innen des Systems gebrauchte Vergleich mit der Feuerwehr, die schließlich auch bezahlt werde, wenn es nicht brennt, wird plötzlich nicht mehr ignoriert oder belächelt, sondern zustimmend aufgegriffen. Es ist eine Freude zu sehen, wie die Expert*innen bei dieser Pressekonferenz unter Rechtfertigungsdruck geraten und erläutern müssen, warum man *nicht* die Selbstkostendeckung für die gesamte Krankenhausfinanzierung einführen wolle. Es kamen zwar nicht mehr als die üblichen ideologischen Parolen, die einer kritischen Prüfung⁵ nicht standhalten, aber *diskursiv* können wir das dennoch als einen Erfolg für die Beschäftigten in der Bewegung ansehen. Unser Vorschlag der Selbstkostendeckung muss von ihnen zumindest aufgenommen und abgewehrt werden.

Aber hat sich auch die gesundheitspolitische Wirklichkeit geändert? Mitnichten folgt aus der Reform die »Überwindung der DRG«. Bereits die Präambel erläutert: »Die Kommission geht ... davon aus, dass Leistungsanreize erhalten bleiben müssen, weil auch eine ausschließlich leistungsunabhängige Vergütung – etwa in Form eines zu 100 Prozent garantierten Budgets oder einer Selbstkostendeckung – Fehlanreize setzt und erhebliche Risiken für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung sowie finanzielle Risiken für die Kostenträger auslösen würde.«

Neben dem Eingeständnis, dass es nicht um die Überwindung der DRG geht, ist interessant, dass die Kommission es offensichtlich für notwendig hält, sich von der Selbstkostendeckung – über Jahrzehnte ein Unwort – begrifflich abzugrenzen. Wie unscharf ihre Begrifflichkeiten sind, zeigt sich daran, dass sie ein »garantiertes Budget« und Selbstkostendeckung in einem Atemzug nennen. Im Rahmen von Budgets bleiben aber weiterhin Gewinne und finanzielle Fehlanreize bestehen (Kostendumping, Verschiebung/Beendigung der Leistungserbringung bei Aufbrauchen des Budgets); während bei der Selbstkostendeckung eine Zweckbestimmung für die Ausgaben genauso gesetzt ist und Gewinne nicht mehr möglich sind. Der große Vorteil der Selbstkostendeckung liegt gerade darin, dass die bedarfsgerechte Versorgung im Mittelpunkt steht, unbelastet von finanziellen Zwängen oder Erwägungen.

Umgang mit den Ländern

In dem im Dezember 2022 vorgestellten Kommissionpapier gab es drei wesentliche Erneuerungen für die Organisation und die Finanzierung der Krankenhäuser: Die Krankenhäuser sollten in drei Versorgungsstufen eingeteilt werden: »Level I«, »Level II« und »Level III«, was nichts wirklich Neues ist und nur den altbekannten, in vielen Bundesländern mittlerweile wieder aufgegebenen Versorgungsstufen bei Krankenhausplanungen: Grundversorgung, Zentralversorgung und Maximalversorgung entsprach. Jedem Level sollten bundeseinheitliche Strukturqualitätsanforderungen und insgesamt 128 Leistungsgruppen zugeordnet werden. Und die Finanzierung sollte zum Teil umgestellt werden auf so genannte Vorhaltepau schalen. Letztere war in diesem Papier noch etwas anders gestrickt als im jetzigen Gesetz. Aber weder diese noch die heutigen Vorhaltepau schalen halten, was sie versprechen.

Was besonders die Bundesländer verärgert hat, war das Konzept der Level und der Leistungsgruppen: Erstens hätte dies bedeutet, dass der größte Teil der bestehenden Krankenhäuser in Deutschland die Anforderungen von Level II nicht erreicht hätte und zum Teil zu Schließung gezwungen gewesen wären. Zweitens hätte dies schlicht die Entmachtung der Länder in der Krankenhausplanung bedeutet, denn die bundesweit vorgeschriebenen Kriterien hätten einen großen Teil der Planungskompetenz, die verfassungsmäßig den Ländern zusteht, unterminiert bzw. aufgehoben. Unabhängig davon, ob man dieses föderale Moment gesundheitspolitisch für sinnvoll hält oder nicht, setzte sich hier der Bundesgesundheitsminister einfach über die Länder hinweg. Das ließen diese aber nicht mit sich machen und in dem Kompromisspapier vom 10.07.2023 »Finales Eckpunktepapier von Bund und Ländern« sind die Level entsprechend nicht mehr zu finden, sondern nur noch Leistungsgruppen, die in abgeschwächter Form aber immer noch eine ähnliche Funktion haben, allerdings mit Ausnahmen, die die Länder bestimmen können.

Zur Vordertür also rausgeworfen, führt Lauterbach die Level bei nächster Gelegenheit – ohne sich um Verfassungsfragen zu kümmern – wieder ein: Am 19.10.2023 wurde das »Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaus-transparenzgesetz)« in dritter Lesung im Bundestag mit den Stimmen der Koalition und gegen die Stimmen der Opposition verabschiedet. Das Gesetz ist nach Angaben des BMG nicht zustimmungspflichtig durch den Bundesrat. Die Standorte der Krankenhäuser werden auf dieser Transparenzliste, dem *Bundes-Klinikatlas*⁶ nach den vorgehaltenen Leistungsgruppen in folgende Level unterteilt: Level 3U sind Hochschulkliniken und die müssen anbieten: 5 internistische LG, 5 chirurgische LG, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin, zusätzlich 8 weitere LG; Level 3-Krankenhäuser müssen dieselben LG wie Level 3U anbieten,

sind aber keine Hochschulkliniken; Level 2 muss anbieten: 2 internistische LG, 2 chirurgische LG, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin, zusätzlich drei weitere LG; Level 1n-Krankenhäuser müssen anbieten die LG Allgemeine Innere Medizin, LG Allgemeine Chirurgie, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin; Level F bedeutet Spezialisierung auf eine »bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe«, Zuordnung durch Krankenhausplanung der Länder, wenn sie einen »relevanten Versorgungsanteil« leisten und Level 1i-Krankenhäuser bieten sektorenübergreifende Versorgung an und in der Regel keine Notfallmedizin, Zuordnung wird durch die Krankenhausplanung der Länder vorgenommen. Diese soll den Patient*innen helfen, das richtige Krankenhaus für ihr Anliegen zu finden und damit die Qualität der Versorgung zu steigern.

Informationen über die Qualität der jeweiligen Krankenhausbehandlung sind selbstverständlich sinnvoll. Da es solche Informationen schon gibt (z.B. Weisse Liste, AOK-Gesundheitsnavigator, Qualitätsberichte der Krankenhäuser), erschließt sich die Notwendigkeit dieser weiteren Zusammenstellung nicht wirklich. Es sei denn, es gibt andere Absichten – und die gibt es: Die Transparenzliste soll als weiteres Instrument zur Schließung von kleinen Krankenhäusern dienen und sie soll die von den Bundesländern abgelehnten Level durch die Hintertür wieder einführen. In Wirklichkeit geht es weniger um Qualität als um diese Ziele. Die Qualitätserzählung dient hier wie bei der Schließungswelle und Zentralisierung nur der Legitimation einer sonst schwer vermittelbaren Reform und der Ablenkung. Wenn es wirklich um eine Verbesserung der Qualität ginge, müsste man ganz andere Maßnahmen ergreifen: Eine Verbesserung der Personalausstattung, die Abschaffung der DRGs, eine kostendeckende Finanzierung, also auch sichergestellte Übernahme der Investitionskosten durch die Länder. Krankenhäuser mit einem solchen Register öffentlich zu beurteilen, führt eher zur Vertuschung oder/und zur Patient*innenselektion, um Komplikationen zu vermeiden. Insgesamt ist es offensichtlich, dass das Transparenzgesetz der Versuch ist, den Konsens zwischen Bund und Ländern im Eckpunktepapier durch die Hintertür wieder rückgängig zu machen. Es handelt sich eindeutig um einen Eingriff in die Planungshoheit der Länder.⁷

Auswirkungsanalyse? Nur für Koalitionspartner

Der Gesundheitsminister hatte lange vor Verabschiedung des Gesetzes angekündigt, dass er eine Auswirkungsanalyse bzw. ein Tool zur Verfügung stellen werde, so dass man in den Bundesländern und vor Ort schon mal konkreter ausloten könne, was die Reform bedeuten wird. Bis Anfang Oktober 2024 gab es dies aber immer noch nicht, obwohl die 2./3. Lesung im Bundestag am 17.10.2024 war und der Bundesrat schließlich am 22.11.2024 abgestimmt hat. Schon die Tatsache, dass die beiden Lesungen an einem Tag waren, dass die Anhörung zu diesem komplizierten und wirkmächtigen Gesetz nur zwei Stunden gedau-

ert hat, zeigt, dass die Regierung genauso weitergemacht hat wie bei der Vorstellung des Konzepts. Auf Expertise von anderen Parlamentarier*innen wie von Expert*innen außerhalb der Kommission wird keinen Wert gelegt.

Der Umgang mit der lang geforderten Auswirkungsanalyse zeugt erneut von einer Missachtung parlamentarisch demokratischer Gepflogenheiten auf Seiten von Minister Lauterbach: Einen Tag vor der Verabschiedung in 2. und 3. Lesung hatte der Gesundheitsausschuss dem KHVVG mit den Stimmen der Ampel und gegen die Stimmen aller Oppositionsfractionen zugestimmt. Laut dem Internetportal *BibliomedManager* hatte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach in der Ausschusssitzung eingeräumt, dass die seit Monaten mit Spannung erwartete Auswirkungsanalyse zur geplanten Krankenhausreform bereits vorliege und von den Ampelfractionen genutzt werde. »Auf Nachfrage des gesundheitspolitischen Sprechers der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Tino Sorge, erklärte Lauterbach, die Auswirkungsanalyse sei »bereits in der Nutzung der regierungstragenden Fractionen«. Die Parlamentarier von SPD, Grünen und FDP hätten demnach »Simulationen gezeigt bekommen«, die die Auswirkungen der Klinikreform vor Ort darstellen.«⁸ Zurecht kritisierte dieses Vorgehen Sorge als »Tiefpunkt des Parlamentarismus und des Föderalismus ... Offensichtlich unterscheidet Karl Lauterbach nun zwischen Abgeordneten erster und zweiter Klasse«. (Ebd.)

Auch wenn Gesundheitsausschussmitglieder von der Ampelkoalition sagten, dass die Präsentation am 16.10.2024 ihnen auch nicht wirklich geholfen habe, mussten die Vertreter*innen der Oppositionsparteien gänzlich ohne diese Informationen des BMG entscheiden. Als das Tool dann angewendet werden konnte, beschrieb das *Deutsche Ärzteblatt* das Ergebnis: »Demnach haben 60 Prozent der Regel- und Schwerpunktkrankenhäuser angegeben, dass sie die Vorgaben überwiegend (70 bis 90 Prozent der Vorgaben) oder nur teilweise (50 bis 70 Prozent) erfüllen können. Bei den grundversorgenden Häusern haben 82 Prozent erklärt, dass sie die Vorgaben nicht gänzlich erfüllen können.«⁹ Das ist kein Zufall, sondern Methode, denn mit der Verabschiedung des Gesetzes wurde von Karl Lauterbach klar und offen ausgesprochen, was z.B. das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« schon die ganze Zeit gesagt hat: dass durch diese Reform in den nächsten Jahren hunderte Krankenhäuser (von aktuell ca. 1.700) geschlossen werden sollen. Kein Wunder, dass dieses Vorhaben weniger demokratisch, sondern autoritär durchgedrückt wird.

Schade, dass die wichtigste gesellschaftliche Oppositionsinstanz in diesem Fall, nämlich die Gewerkschaft ver.di, ein Totalausfall war. Es gab während der zwei Jahre seit Ankündigung der Reform keinen nennenswerten Widerstand dagegen von Seiten ver.di. Das heißt mitnichten, dass die ver.di-Mitglieder oder Beschäftigten des Fachbereichs C diese Politik für richtig halten. Im Gegenteil. Man hörte an der Basis bei betrieblichen wie gewerkschaftlichen Interessensvertreter*innen großen Unmut über diese Reform und über den ausbleibenden massiven Protest von Seiten der Gewerkschaft.

Wehret den Anfängen

Das KHVVG wurde vom BMG an bestimmten Punkten autoritär durchgesetzt. Wir erleben Ansätze einer Verselbstständigung der Exekutive, die in anderen liberalen Demokratien schon viel beängstigendere Formen angenommen hat. Ein Aufschrei der demokratischen Öffentlichkeit blieb aus. Es ist aber abzusehen, dass sich diese Art, Politik zu machen, auch in Deutschland verschärfen wird. Der zukünftige Kanzler Friedrich Merz hat schon Andeutungen gemacht, dass er sich politisch an Trump orientieren will, etwa wenn er ohne Rücksicht auf Gewaltenteilung oder geltendes Recht Grenzsicherungen per Richtlinienkompetenz des Bundeskanzlers anordnen will¹⁰ oder im so genannten »Kanzlerduell« die Pflichtverteidigung von Menschen in Abschiebehaft in Frage stellt¹¹.

Opposition und Widerstand nicht nur gegen die zukünftige Krankenhauspolitik einer schwarz-roten Koalition werden sicher nicht leichter werden. Zumal ver.di mutmaßlich weiterhin als relevanter Akteur ausfallen wird, solange die SPD regiert.

Anmerkungen:

- 1 Siehe z.B. hier: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html>
- 2 Siehe das Video der Pressekonferenz vom 06.12.2022 zur Reform der Krankenhausfinanzierung: <https://www.youtube.com/watch?v=mjLlmaShu0>
- 3 Hier findet man die Liste der Mitglieder https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Liste_Mitglieder_der_Regierungskommission.pdf
- 4 Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 76. Sitzung, Plenarprotokoll 20/76, 15. Dezember 2022, S. 9076; in: <https://dserv.bundestag.de/btp/20/20076.pdf>
- 5 Siehe Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Factsheet: Kostendeckung 2.0. Unsere Vorstellungen einer alternativen Krankenhausfinanzierung, in: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53215>
- 6 Siehe <https://bundes-klinik-atlas.de/>
- 7 Vgl. KH statt Fabrik: Bewertung Krankenhaustransparenzgesetz, November 2023; in: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/04/bewertung-krankenhaustransparenz-gesetz/>
- 8 Auswirkungsanalyse-Tool ist schon in Gebrauch, in *Bibliomed Manager* vom 16.10.2024; in: <https://www.bibliomedmanager.de/news/auswirkungsanalyse-tool-ist-schon-in-gebrauch>
- 9 Mehrheit der Kliniken kann Leistungsgruppen nicht erfüllen, *Deutsches Ärzteblatt*, 18. November 2024, <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=155806&s=Kliniken&s=Leistungsgruppen&s=Mehrheit&s=der&s=erf%FCllen&s=kann&s=nicht>
- 10 Zurückweisungen ohne Ausnahme. Merz will am ersten Kanzler-Tag alle Grenzen dichtmachen, in: NTV vom 23.01.2025; <https://www.n-tv.de/politik/Merz-will-am-ersten-Kanzler-Tag-alle-Grenzen-dichtmachen-article25509641.html>; Sieg bei der Bundestagswahl: Das will Merz als Kanzler an Tag eins angehen, *Merkur* 27.02.2025; <https://www.merkur.de/politik/tag-eins-angehen-wahlergebnisse-bundestagswahl-2025-das-will-merz-als-kanzler-an-zr-93590088.html>
- 11 Das kann man in voller Länge hier anschauen: <https://www.youtube.com/watch?v=B3z2T7ed6Os>; Kritik an Merz übt diesbezüglich Pro Asyl: Die CDU unter Merz gefährdet Demokratie und Rechtsstaatlichkeit in Deutschland, Pro Asyl 29.01.2025; <https://www.proasyl.de/news/die-cdu-unter-merz-gefaehrdet-demokratie-und-rechtsstaatlichkeit-in-deutschland/>

Vorbild NRW?

Wie hat sich der Krankenhausplan (bisher) ausgewirkt?

Susanne Quast

Der Krankenhausplan in NRW sollte zum 01.01.2025 in Kraft treten. Erstmalig wurden nicht die Bettenzahlen der Krankenhäuser als Planungsbasis genutzt, sondern das Ministerium für Arbeit, Gesundheit & Soziales (MAGS) hat »berechnet«, wie viele Patient*innenfälle in den einzelnen Leistungsgruppen (LG) künftig benötigt werden. Anhand dieser Zahlen wurden an die Krankenhäuser die Leistungsgruppen mit den entsprechenden Patient*innenfällen verteilt. Zusätzlich mussten für jede Leistungsgruppe Vorgaben in Personalstärke und Medizintechnik erfüllt werden, um die Leistungsgruppe überhaupt zugewiesen zu bekommen. Das hat dazu geführt, dass viele Krankenhäuser nicht mehr mit den bisherigen Leistungsgruppen und den bisherigen Fallzahlen planen konnten und somit die kostendeckende Finanzierung dieser Häuser auf den Prüfstand kam. Dies wiederum hat zu einem Krankenhausschließungsprozess geführt, der in unserem Bundesland zu Versorgungslücken führt und sich auch weiterhin verschärft.

Mit dem Schreiben vom 31.10.2024 teilte das MAGS in Nord-Rhein-Westfalen (NRW) mit, dass zum einen die Umsetzung des Krankenhausplanes NRW nicht wie vorgesehen zum 01.01.2025, sondern erst zum 01.04.2025 stattfinden wird, zum anderen eine, bis dahin kategorisch ausgeschlossene, Übergangsfrist von 12 Monaten nun doch für bestimmte Leistungsgruppen gültig wird.

Durch dieses Schreiben wurde zum ersten Mal sichtbar, dass massive Fehler in der Krankenhausplanung erkannt wurden. Konkret sprechen wir von: Wenn die Kostendeckung nicht mehr gegeben ist, dann muss das Krankenhaus Versorgungsangebote/ Leistungsgruppenangebote inkl. Personal reduzieren. Die Erkenntnis, dass dadurch Versorgungslücken entstehen, weil andere Krankenhäuser diese Versorgung weder personell noch strukturell übernehmen können, unterstreicht die mangelhafte Planung. Versorgungslücken, Missachtung der Bevölkerungsstruktur, Verschlechterung der Versorgungsqualität durch lange Wege und Wartezeiten, Verschlechterung der Ausbildungsqualität im ärztlichen Dienst, massive Zunahme der Belastung des Personals im Krankenhaus. Auch mit der zweiten Korrektur wird klar, dass die dort hinterlegten hochspeziellen und hochaufwändigen Leistungsgruppen nicht einfach »über Nacht« verschwinden können, ohne dass es einerseits zu Versorgungsproblemen bei der Bevölkerung kommen würde, andererseits auch die betroffenen Krankenhäuser ohne eine Anpassungszeit keine Alternativen im Rahmen der Finanzierung sicherstellen können und somit im ungünstigsten Fall insolvent werden.

Ferner bekundete das MAGS Korrekturen zu diversen Leistungsgruppen-Aberkennungen, nachdem 327 Krankenhäuser (von insgesamt 333 Krankenhäusern in ganz NRW) Widerspruch eingelegt hatten. Bei diversen Aberkennungen von Leistungsgruppen über das MAGS, wurde nun eine Korrektur vorgenommen. Hierfür hat das MAGS drei unterschiedliche Begründungen angegeben:

1. Ein Haus bekommt eine aberkannte Leistungsgruppe mit einer entsprechenden Fallzahl neu zugewiesen, dafür wird diese Fallzahl einem anderen Haus aberkannt.

Susanne Quast ist Ärztin, Betriebsratsvorsitzende am Sana Klinikum in Düsseldorf und Sprecherin der Volksinitiative »Gesunde Krankenhäuser in NRW – für alle«

2. Die Zuweisung einer bereits aberkannten Leistungsgruppe über den prognostizierten Bedarf hinaus. Bis dato hatte das MAGS immer argumentiert, dass die künftigen Bedarfe sicher berechnet wurden und kein zusätzlicher Bedarf notwendig sei.
3. Krankenhäuser erhalten aberkannte Leistungsgruppen zurück, um die Versorgung sicherzustellen: Das ist eine Bankrotterklärung für die bisherige Planung!

Wieder zeigt sich, dass die Abkehr von den festgelegten Bescheiden nach den Krankenhauskonferenzen notwendig war, um nicht zu viele Krankenhäuser gleichzeitig vom Netz zu nehmen und dadurch Versorgungslücken entstehen zu lassen. Andererseits haben insbesondere die maximalversorgenden Häuser offensichtlich zu viel Druck auf das Ministerium ausgeübt mit Blick auf Forschung, Lehre und Ausbildungskapazitäten für Medizinstudierende und Weiterbildungsassistent*innen.

In der Gesamtschau wird die Krankenhausreform in NRW zu den bereits mehrfach kritisierten Problemen führen.

1. **Altersmedizin:** In der Geriatrie (Leistungsgruppe 27.1) sieht der Krankenhausplan eine Standortreduzierung von 33 Krankenhäusern vor. Das entspricht einer Reduktion von 18% der aktuellen Versorgungskapazitäten. Die durch den demografischen Wandel bedingte Zunahme alter, multimorbider und chronisch erkrankter Patient*innen stellt die medizinische Versorgung im Krankenhaus der Zukunft vor erhebliche Herausforderungen. Diesen wird der Krankenhausplan weder in den Städten, noch in den ländlichen Gebieten gerecht.
Eine Krankenhausplanung, welche diese prognostischen Gesichtspunkte außer Acht lässt, läuft sehenden Auges in eine Versorgungslücke mit massiver Qualitätsverschlechterung von enormem Ausmaß.
2. **Endoprothetik:** Die Leistungsgruppen 14.1 bis 14.5 beinhalten die endoprothetischen Versorgungsblokk. Unter der Prämisse der Qualitätsverbesserung wurden hier die Versorgungskapazitäten zwischen 36% bis 61% reduziert.
3. **Visceralmedizin:** Die Leistungsgruppen 16.2 bis 16.4 sind sehr große bauchchirurgische Eingriffe – immer mit einer intensivmedizinischen Nachbetreuung vergesellschaftet. Unter der bereits oben genannten Prämisse der Qualitätsverbesserung wurden hier die Versorgungskapazitäten zwischen 60 bis 68% reduziert.
4. **Gynäkologie:** Tumorleiden der Eierstöcke werden in der Versorgungskapazität gar um 74% reduziert.

Das MAGS zentralisiert zahlreiche Leistungen mit der Begründung, sie seien im Wesentlichen planbar. Leider entspricht das nicht der Realität. In der Thoraxchirurgie ist ein erheblicher (mehr als 1/3) Anteil der Operationen durch Traumata (Verletzungen) verursacht, die einer sehr schnellen Versorgung bedürfen. Gleiches gilt für die Ruptur von



Gesunde Krankenhäuser in NRW - für ALLE!

Bauchaortenaneurysmen. Hier geht es um Minuten, wenn das Ereignis plötzlich auftritt.

Endoprothesen an Hüften sind in jedem 4. Fall verletzungsbedingt verursacht und müssen umgehend versorgt werden. Wenn aber nur noch sehr wenige Krankenhäuser diese Leistungsbereiche vorhalten, werden Wege- und Wartezeiten länger, was wiederum Leben gefährden kann. Dies trifft dann insbesondere Bürger*innen, welche nicht in einer Großstadt leben. Die Notfallversorgung muss für alle Bürger*innen dieses Landes sichergestellt werden. Wenn aber die Operateur*innen künftig Eingriffe wie Hüft-, Knieprothesen, oder Wirbelsäuleneingriffe, nur im Notfall leisten dürfen und nicht geplant und unter Anleitung erlernen, dann kann dies nicht mit Qualitätsverbesserung einhergehen.

Konzentration / Zentralisierung

Die »komplexen Leistungen« (medizinisch anspruchsvolle, technisch aufwendige, handwerklich schwierige Leistungen) werden in den Städten der Rheinschiene und des Ruhrgebiets konzentriert. Man könnte auch polemisch attestieren: Frühchen vom Land: In Gottes Hand! Schlaganfall auf dem Land, schwerer Unfall auf dem Land, Herzinfarkt auf dem Land...

Denn sowohl die Rettungsstrukturen wie auch die verbleibenden zentralen Notaufnahmen sind für die jetzt festgelegte Konzentration der Versorgung auf wenige maximalversorgende Krankenhäuser nicht vorbereitet. Es fehlt an technischen und personellen Ressourcen. Es wird tatsächlich darauf hinauslaufen, dass die Postleitzahl entscheidet, ob ein*e Bürger*in dieses Bundeslandes eine gute, qualitativ hochwertige und schnelle Versorgung erhält.

Ambulantisierung

Ambulantisierung funktioniert nur, wenn es ambulante, bettenführende 24/7-Einrichtungen gibt (Gesundheitszentren, Polikliniken). Leider ist auch bis heute (Stand Februar 2025) hier nicht wirklich etwas umgesetzt. Zwar spricht auch das MAGS immer wieder von dieser notwendigen Versorgungsstruktur, jedoch ist noch keines in einer sog. »24/7 Struktur« entstanden. Krankenhäuser gehen aber weiterhin in Insolvenzen oder schließen komplett.

Das Bündnis für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen unterstreicht seine Forderungen zu der Krankenhausplanung in NRW.

Ein Krankenhausplan, der ökonomischen Prioritäten den Vortritt lässt, wird einer gleichwertigen, qualitativen hochwertigen Versorgung für alle Bürger*innen nicht gerecht werden können.

Wie spielt der Kostendruck in Deinem ärztlichen Alltag eine Rolle?

Die Umfrage wurde von den Redaktionsmitgliedern der Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« unter den Teilnehmenden des Gesundheitspolitischen Forums 2024 sowie online unter den Mitgliedern den vdää* durchgeführt.

Assistenzärztin in der Fachrichtung Innere Medizin an einer Universitätsklinik

Extrem. Ich bin Assistenzärztin für Hämato-Onkologie an einer Uniklinik und aktuell auf einer Privatstation eingesetzt. Alle Betten müssen immer besetzt sein, z.B. zehn geplante Aufnahmen auf fünf Entlassungen an einem Tag; es ist assistenzärztliche Aufgabe dieses Missverständnis abzufangen und Aufnahmen auf andere Stationen abzuschieben, Aufnahmen telefonisch abzusagen oder Patient*innen wieder nach Hause zu schicken. Grundsätzlich könnten etwa 75% der Therapien auch ambulant durchgeführt werden. Dies ist aber aus chefärztlicher Sicht nicht geduldet. Auf meiner Station werden neben ambulant führbaren Therapien auch CAR-T-Celltherapie, Stammzelltransplantation durchgeführt, oder die Gabe spezifischer Antikörper, die häufig unfassbar teuer sind; ausländische Patienten überweisen dann auch mal eben 400.000 Euro an die Klinik.

Aktuelle Tätigkeit: Pädiatrie, Uniklinik

Ich nehme weniger Einfluss durch finanzielle Aspekte wahr, aber teilweise einen Einfluss auf Liegedauer, stationäre vs ambulante Behandlung.

Assistenzärztin in der Fachrichtung Neurologie bei einem kirchlichen Träger

Der Kostendruck ist enorm. Besonders fühle ich das auf der Stroke Unit. In der Neurologie ist die Stroke Unit im Gegensatz zu vielen normalstationären Bereichen ziemlich lukrativ. Das heißt auch, dass dort besonders darauf geachtet wird, was Gewinn bringt oder nicht. Eine Schlaganfallkomplexbehandlung wird entweder mit 24 h oder

72 h Monitoring vergütet und dazwischen sind mehrere tausend Euro Unterschied. Das heißt es wird immer versucht Patient*innen (je nach Belegung) 24 h oder 72 h im Monitorbereich zu halten, eine Verlegung bei 22 h oder 70 h Stunden in den normalstationären Bereich ist die absolute Ausnahme, da es die Klinik viel Geld kosten würde. Medizinische Kriterien treten hier oft in den Hintergrund. Manchmal ist es bei Aufnahme auch nicht 100% klar, ob die Symptomatik wirklich auf einen Schlaganfall zurückzuführen ist. Wenn dann nach drei Tagen herauskommt, dass die Symptome auf genannte »Stroke mimic«, also z.B. auf einen epileptischen Anfall oder eine Migräneattacke zurückzuführen sind, verliert die Klinik wieder Geld, obwohl die gleiche Diagnostik, Überwachung und Personalaufwand nötig waren, aber die Diagnose nicht so gut vergütet wird wie ein Schlaganfall oder eine TIA. Das heißt auch, dass im Zweifel, d.h. wenn die Diagnose nicht sicher ist, die Schlaganfall oder TIA-Diagnose gewählt wird, da sie besser vergütet ist oder sonst sogar eine Strafzahlung aufgrund einer Fehlbelegung droht. So kann es also passieren, dass eine junge Patientin, welche eine bekannte Migräne hat, zum ersten Mal eine Attacke mit neurologischen Ausfällen (z.B. sensible Störungen oder Hemianopsie) hat, welche prinzipiell auch durch einen Schlaganfall ausgelöst werden können. Auch wenn es viel wahrscheinlicher ist, dass es eine Migräneattacke ist, wird die Patientin möglicherweise zur Überwachung auf die Stroke Unit aufgenommen und ggf. als TIA gewertet, was dann ja auch Konsequenzen auf die Medikation und die Psyche der Patientin hat.

Anonym

Ein Patient ist onkologisch vorerkrankt, bekommt eine palliative Chemotherapie (CTx). Die aktuelle CTx ist nicht ausreichend, das Präparat soll gewechselt werden. Das neue ist dem Krankenhaus aber zu teuer, daher soll es ambulant gegeben werden. Der zuständige Oberarzt telefoniert mit der Versicherung, der KV und anderen zuständigen Stellen. Der Prozess dauert so lange bis der Zustand des Patienten sich so verschlechtert, dass die neue CTx nun nicht mehr in Frage kommt. Der Patient verstirbt – mutmaßlich früher als er es aufgrund der onkologischen Grunderkrankung mit der »anderen, neuen« CTx sonst getan hätte.

Assistenzärztin in der Fachrichtung Neurologie bei einem kirchlichen Träger

An unnötige Verlängerung von Krankenhaus-Aufenthalt oder frühzeitige Entlassung, an nicht wirklich indizierte Behandlungen (i.v. Medikamentengabe, Lumbalpunktionen) oder eingeschränkter Anwendung indizierter Untersuchungen mit hohen Kosten (z.B. Antikörper-Testungen). An der Fokussierung auf finanzielle statt medizinischer Aspekte z.B. in der Visite, dadurch mutmaßlich schlechtere Behandlung der Pat. An schlechter Besetzung (viel zu geringe Stellenplanung) und die dadurch hohe Arbeitsbelastung und mutmaßlich schlechtere Behandlung der Pat. (zu wenig Zeit/Personal). An Leistungen, die sich stationär nicht rentieren bzw. nicht stationär indiziert sind, aber wegen fehlender Kapazitäten oder Rentabilität nicht durchgeführt werden (z.B. Liquordiagnostik). An Verlegungen in andere Krankenhäuser, wenn bspw. nicht zwei Komplextherapien in einem Krankenhaus abrechenbar sind.

Frühere Tätigkeit: Chirurgie privater/gemeinnütziger Träger, »mittelgroßes« Haus

Liegedauer von Patient*innen werden nach finanziellen Aspekten entschieden (Patient muss 1-2 Tage länger bleiben, nur damit eigene Abteilung die Pauschale bekommt). i.v.- (Schmerz-)Medikamente werden länger als notwendig verabreicht (statt auf p.o. umzustellen), da der stationäre Aufenthalt sonst nicht gegenüber der Krankenkasse gerechtfertigt werden könnte und finanzielle Abzüge drohen. Viele medizinisch nicht notwendige, aber finanziell lukrative Operationen wurden durchgeführt, dies wurde unter den Ärzt*innen offen besprochen und darüber wurden teilweise Witze gemacht.

Assistenzärztin in der Fachrichtung Allgemeinmedizin, tätig in einer Gemeinschaftspraxis

Kürzere Zeit vorhanden für Gespräch, d.h. es ist keine vollständige Anamnese/Untersuchung möglich. Bei der Entlassung einer geschätzten Kollegin (MFA). Oder bei der Unsicherheit, ob ich strukturelle Mittel auf Kasse aufschreiben darf.

Assistenzärztin in der Fachrichtung Psychiatrie an einem privaten Träger

Sinkende Qualität der Patient*innenversorgung aufgrund von Personalmangel und trotzdem immer den Druck, überbelegte Stationen zu haben. Dadurch gehen die vorhandenen Mitarbeitenden ebenfalls an ihre Grenzen, sind krankheitsanfälliger und der Kreis der Ausfallzeiten verstärkt sich – und in der Folge die weiter sinkende Qualität der Versorgung.

Assistenzärztin in der Fachrichtung Pädiatrie an einer Universitätsklinik

Am meisten fällt bzw. fallen mir finanzielle Aspekte in der Aufteilung des ambulanten und stationären Sektors auf bzw. zwischen dem, was die niedergelassenen Kinderärzt*innen verschreiben dürfen und was wir im SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) verschreiben dürfen. Im SPZ ist das Budget größer und Kinder müssen extra zu uns kommen, um z.B. Logopädie regelmäßig zu erhalten. Ein Extra-Ärzt*innen-Termin, der nicht sein müsste. Häufig werden auch Patient*innen extra nur für das nächste Quartal einbestellt, um noch die Pauschale zu bekommen. Oder es wird überlegt, welche Diagnose ein Kind noch bekommen könnte, um ein SPZ-Fall und damit mehr Geld einbringen könnte. Durch die Fallpauschalen müssen die Kinder eine bestimmte Anzahl an Nächten bei uns übernachten, z.B. bekommen wir bei der Diabeteskomplexbehandlung um die 2.000 Euro weniger, wenn sie statt sechs nur fünf Nächte bei uns bleiben. Daher entlassen wir viele Kinder gegen ärztlichen Rat, um das Fallpauschalengeld zu erhalten. Ansonsten sind wir als Kinderklinik häufig noch verschont von finanziellen Kürzungen und sind meistens nicht so stark betroffen wie die Erwachsenenmedizin.

Das dänische Modell

Achim Teusch

Weil die Reform des dänischen Krankenhaussektors so oft als Modell für Deutschland vorgestellt wird, schaut es sich Achim Teusch konkret an.

Ich war noch nicht in Dänemark und kenne das dänische Gesundheitswesen, dessen Übertragung auf die Bundesrepublik ein Leitmotiv der Krankenhauspolitik der Ära Lauterbach war, nicht aus eigener Anschauung. Das deutsche Krankenhauswesen kenne ich jedoch ziemlich genau. Ich gehe in diesem Text mit der gebotenen Zurückhaltung der Frage nach, welche Folgen es hätte und ob es sinnvoll wäre, die Grundprinzipien der dänischen Reform auf die deutsche »Krankenhauslandschaft« zu übertragen

Something had to be done

Wie gelang es der dänischen Regierung im Jahr 2007, die Beschränkung der Krankenhausversorgung auf 16 »Super-Krankenhäuser« durchsetzen? Die Autor*innen des G-BA geförderten Projekts »Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark« (im Folgenden: »Ergebnisbericht«) vermuten, dass die »mediale Skandalisierung« der »eklatanten Qualitätsunterschiede z.B. in der Versorgung von Patient*innen mit Krebs- oder Herz- Kreislauferkrankungen« dafür den Weg ebnete:

»Die gestiegene mediale Berichterstattung erhöhte das Problembewusstsein der Bevölkerung und die Reformbereitschaft der Politik. Unterstrichen wird dies durch die in den Expert*inneninterviews ... mehrfach unabhängig voneinander wortwörtlich formulierte Äußerung ›Es musste etwas getan werden‹ (»something had to be done«). (Ergebnisbericht, 31.08.2022, S. 22)

Das dürfte der Grund dafür sein, dass die Befürworter*innen einer Zentralisierung nach dänischem Vorbild seit Veröffentlichung der »Bertelsmann-Studie« im Juni 2019 immer wieder über »eklatante Qualitätsunterschiede« in der Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung, in der Behandlung von Krebserkrankungen und in der Endoprothetik auch in der Bundesrepublik berichten. Große Resonanz wie in Dänemark erzeugten sie bei der breiten Masse der Menschen bisher nicht. Wo immer ein Krankenhaus geschlossen werden soll, sind schnell tausende oder mehr auf der Straße. Auch sie denken: »Something has to be done«, aber für die Bewahrung einer Krankenhausstruktur, die auch kleine und mittelgroße Krankenhäuser umfasst.

Was sind eigentlich »Super-Krankenhäuser«?

Der Begriff weckt Assoziationen an Raumstationen, an Star Wars und an Superheld*innen aus dem Marvel-Universum. Doch: Dänemark ist zwar schön, aber nicht supergroß. Das Land hat knapp 6 Millionen Einwohner*innen, ist also hinsichtlich der Zahl der medizinisch zu versorgenden Menschen durchaus vergleichbar mit den Regierungsbezirken Düsseldorf (5,3 Millionen) oder Köln (4,5 Millionen) im Bundesland NRW. So überrascht es nicht, dass die Bettenzahl der »Super-Krankenhäuser« etwa der von mittelgroßen kommunalen Krankenhäusern in NRW entspricht.

Die Universitätskliniken der 5 Regionen haben folgende Bettenzahlen (Januar 2020):

Achim Teusch ist Arzt und lebt in Hennef bei Köln. Er ist Mitglied des vdää* seit dessen Gründung, war in der Gewerkschaft ÖTV und ist jetzt bei ver.di aktiv und war lange Betriebsratsvorsitzender eines erst kommunalen, dann privatisierten mittelgroßen Krankenhauses im Raum Köln/Bonn. Er ist beteiligt am Bündnis Krankenhaus statt Fabrik.

Das Odense Universitetshospital in der Region Süddänemark hat 964 Betten, das Sjaellands Universitetshospital in der Region Seeland 575 Betten, das Aalborg Universitetshospital in der Region Nordjütland an 2 Standorten 705 und 66 Betten und das Aarhus Universitetshospital in der Region Mitteljütland 819 Betten. Das größte dänische Krankenhaus ist das Rigshospitalet in der Hauptstadtregion. Es läge mit seinen 1.272 Betten in der Rangfolge der deutschen Universitätskliniken gemeinsam mit der Uniklinik Düsseldorf auf Platz 22. Also: Keine »Charité des Nordens«, sondern gehobener Mittelstand. Wenn also eine Stadt wie Köln sich entschließt, die 3 Standorte ihrer Städtischen Kliniken (Krankenhaus Merheim: 724 Betten; Krankenhaus Holweide: 407 Betten; Kinderkrankenhaus Amsterdamer Str.: 264 Betten) für geplante 600 Mio. Euro in ein Zentralklinikum zu überführen, dann kann sie sich jedenfalls nicht auf das dänische Beispiel berufen. In Dänemark wäre das Klinikum Merheim auch ohne Erweiterungsbau ein »Super-Krankenhaus«.

Gibt es eine lineare oder enge Beziehung zwischen Krankenhausgröße und Versorgungsqualität?

Die dänische Regierung verknüpfte die Zentralisierung mit strikten Spezialisierungsvorschriften, die sie 1995 einführte und die 20016 gesetzlich geregelt wurden. Diese wiederum werden für bessere Behandlungsergebnisse verantwortlich gemacht. Fortschritte in der Krebs- oder Herzinfarktbehandlung werden auf die Zentralisierung/ Spezialisierung zurückgeführt, obwohl viele europäische Länder mit sehr unterschiedlichen Krankenhausssystemen ähnliche oder größere Fortschritte erzielten als Dänemark.

Im Ergebnisbericht der Untersuchung »Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark« wird als Beleg für die Wirksamkeit des Zentralisierungskurses eine Tabelle zur 5-Jahres-Überlebensrate beim Rektumkarzinom präsentiert, die einen Zeitraum bis zum Jahr 2014 umfasst, als es zwar schon Spezialisierungsvorschriften gab, aber noch keine »Super-Krankenhäuser«:

Tabelle 7 Entwicklung der 5-Jahres-Überlebensrate bei Rektumkarzinom in Deutschland und Dänemark

Jahre	DE	DK
2000-2004	60,9	53,2
2005-2009	62,2	59,8
2010-2014	62,3	64,8

(Ergebnisbericht, S. 43)

Dass die Bundesrepublik in Bezug auf die Überlebensraten bei Krebserkrankungen keinen Nachholbedarf gegenüber Dänemark hat, kann man der Studie »Krebs in Deutschland 2019/2020« des Robert Koch Instituts entnehmen: »Etwa jede neunte Krebserkrankung in Deutschland betrifft den Dickdarm (Kolon) bzw. Mastdarm (Rektum) ... Nach einem kurzfristigen Anstieg ist seit etwa 2003 ein Rückgang der altersstandardisierten Erkrankungsrate zu beobachten. ... Noch deutlicher fällt bei beiden Geschlechtern mit durchschnittlich 2,5% bis 3% der jährliche Rückgang der altersstandardisierten Sterberaten in den letzten 10 Jahren aus. Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten mit Darmkrebs liegen für Frauen und Männer um 66% bzw. 64%.« (RKI, Krebs in Deutschland für 2019/2020, S. 38)

Die Mortalitätsstatistiken von Eurostat zeigen, dass Dänemark deutlich weniger Todesfälle als die Bundesrepublik pro 100.000 Einwohner*innen auf Grund von Herzkrankungen beklagen muss, aber mehr Todesfälle auf Grund von Krebserkrankungen, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Nervensystems.

Für das Jahr 2017 veröffentlichte Eurostat die folgenden Daten zur Mortalität auf Grund von Krebserkrankungen (Standardisierte Mortalitätsrate pro 100.000 Einwohner*innen: Krebserkrankungen insgesamt: Dk: 287,9 – DE: 248,0; Lungenkrebs: Dk: 66,8 – DE: 49,7; Kolorektalkrebs: Dk: 33,7 – DE: 26,5; Brustkrebs: Dk: 37,2 – DE: 35,8; Cervix uterikrebs: Dk: 3,1 – DE: 3,3; Gebärmutterkrebs: Dk: 5,2 – DE: 5,2). Diese Daten wecken Zweifel an der Vorstellung, dass es einen engen Zusammenhang zwischen dem Zentralisierungsgrad eines Krankenhauswesens und der Sterblichkeit gäbe.

Qualität vor Nähe?

»Qualität vor Nähe« war in Dänemark die grundlegende Rechtfertigung dafür, wohnortnahe Krankenhausversorgung durch weiter entfernte Zentralkrankenhäuser zu ersetzen. »Qualität vor Nähe« soll auch bei uns populärisiert werden. Stimmen wir zu?

Krankenhäuser sind die wichtigsten Notfalleinrichtungen unseres Gesundheitswesens. Im Notfall sollen sie spätestens 60 Minuten nach Eingang des Notrufs in der Rettungsdienstleitstelle erreicht werden. Diese Vorgabe korrespondiert mit dem »Time is brain«-Konzept in der Schlaganfallversorgung, mit dem »Time is muscle«-Konzept in der Herzinfarktversorgung und mit dem »Golden hour«-Konzept in der Schwerverletztenversorgung. Daraus folgt, dass kein möglicher Einsatzort weiter als 20 km vom nächsten Kardiologischen Interventionszentrum, der nächsten Stroke Unit, dem nächsten Regionalen Trauma-

zentrum, der nächsten Gefäßchirurgie, Geburtshilfe oder Kinderklinik entfernt sein sollte.

»Qualität vor Nähe« ist deshalb keine gute Empfehlung für die Notfallversorgung. »Qualität plus Nähe« wäre die bessere Zielsetzung. Es geht darum, die flächendeckende Versorgung zu erhalten und gleichzeitig die Versorgungsqualität zu steigern. Der von mehreren medizinischen Fachgesellschaften vorangetriebene Aufbau von Netzwerken (z.B. Herzinfarktnetzwerken, Traumanetzwerken, Neurovaskulären Netzwerken zur Schlaganfallbehandlung, u.a.) kann wesentlich dazu beitragen, die Leistungen der Krankenhäuser auf Grundlage einer demokratischen Planung sinnvoll regional zu strukturieren, ohne die Flächendeckung aufzugeben. Die bisher freiwilligen Netzwerkstrukturen sollten deshalb auf gesetzlicher Grundlage verpflichtend verallgemeinert werden. Dazu müsste der politisch erzeugte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser beendet und, wie in Dänemark, durch planvolle Kooperation ohne Profitorientierung ersetzt werden.

Chemo to go

Am 14.09.2024 schrieb die *Neue Zürcher Zeitung* (NZZ) unter der Überschrift »Viele kleine Roboter, nur noch Einzelzimmer und Krebstherapie zu Hause: So sieht das Spital der Zukunft aus« Folgendes über das dänische Modell:

»Die lächelnde Pragmatikerin Helle Gaub sieht auch hier eine Chance für ihr wachsendes Krankenhaus. »Wir müssen unser Know-how dorthin bringen, wo die Patienten sind.« Seit der Pandemie experimentiert das Spital im dänischen Seeland mit digitalen Betreuungsformaten, die es »E-Spital« nennt. Sie ermöglichen es den Spitalärzten, die Patienten zu Hause zu betreuen. Sei es die Diabetikerin, die ihre Blutwerte selber misst, elektronisch übermittelt und bei Bedarf einen Zoom-Termin vereinbart, seien es Eltern, die ihr zu früh geborenes Baby nach Hause nehmen dürfen, wenn sie die Vitalwerte täglich über eine App der Neonatologie übermitteln. Andernorts, in Odense, ist sogar »Chemo to go« im Angebot, Krebspatienten wird die Chemotherapie über ein mobiles Gerät im Taschenformat verabreicht, das sie mitnehmen, während auch da übers Smartphone ihre Werte überwacht werden.«

Zur Frühchenversorgung schreibt die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SAGG-SAHE) in einem Bericht über eine Studienreise nach Dänemark: »In grossen Städten wie Kopenhagen gibt es genügend Krankenschwestern, die auch zu den Eltern nach Hause kommen können, um sich um das Kind zu kümmern. Doch in ländlichen Gegenden wie auf der Insel Fünen (Odense) sind die Ressourcen dafür begrenzt. Deshalb startete das Krankenhaus Ende 2015 ein Pilotprojekt zur telemedizi-

nischen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern. Kernstück ist ein Telemedizin-Koffer. Darin befindet sich ein iPad, über das die Eltern mit dem Krankenhaus kommunizieren können sowie eine Waage, die die Daten automatisch an das Krankenhaus übermittelt. Zwei Mal pro Woche »besucht« die Krankenschwester Eltern und Kind: Über die iPad-Kamera kann sie sehen, wie es dem Baby geht. Die Eltern können zudem Bilder oder andere Videos hochladen und im Notfall auch jederzeit eine Videokonferenz starten. Im Schnitt betreut jede Krankenschwester sechs Eltern mittels Telemedizin.« (Clinicum 1-19, S. 52)

Im Notfall eine Videokonferenz starten? Die diskussionswürdigen »to go«-Beispiele zeigen, dass es beim »dänischen Modell« keineswegs nur um Qualität und digitalen Fortschritt geht, sondern insbesondere um Einsparungen durch rigorose Verkürzungen der stationären Aufenthalte.

Bedenken wegen des Datenschutzes? »Kein Thema«, sagt der Beamte Jylling

In vielen Berichten über die dänische Krankenhausreform werden Zentralisierung und Digitalisierung miteinander verquickt, und die weitgehende Digitalisierung ohne große Rücksicht auf Datenschutz wird neben den Super-Krankenhäusern als das zweite Husarenstück der dänischen Reform präsentiert. So auch im Bericht der NZZ: »Einen entscheidenden Sprung machte das dänische Gesundheitswesen, als vor Jahren die Gesundheitskarte eingeführt wurde – eine Art elektronisches Patientendossier, mit dem Ärzte, aber auch Pfleger, Radiologen und die Patienten selber ihre medizinischen Informationen abrufen können. So werden die in der Schweiz so oft mehrfach durchgeführten Untersuchungen und aufwendige Überweisungsberichte vermieden. Bedenken wegen des Datenschutzes? »Kein Thema«, sagt der Gesundheitsbeamte Jylling. »Es ist einfach nicht mehr wegzudenken, als Nächstes müssen wir nur noch die Daten der Hausärzte vollständig integrieren – das fehlt noch.«

Doch in welchem Zusammenhang stehen Zentralisierung und Digitalisierung? Sie wurden im Zuge derselben Reform aus demselben Topf finanziert. Das bedeutet aber nicht, dass es einen inhaltlichen Zusammenhang gäbe. Digitalisierung zeichnet sich dadurch aus, dass sie jeden Ort, jedes Haus und jeden Menschen erreichen kann. Zentralisierung ist keine Voraussetzung für Digitalisierung. Digitalisierung geht auch dezentral und mit gutem Datenschutz.

»Besonders gute Gesundheitsergebnisse zu möglichst niedrigen Kosten« – von der wertebasierten zur wertbasierten Gesundheitsversorgung

In der Diskussion um Zentralisierung geht ein wenig unter, dass Dänemark auch sein Krankenhaus-Finanzierungssystem ändert. In der WHO-Veröffentlichung »Denmark Health System Review 2024« wird dargelegt, dass die fallbasierte Vergütung unerwünschte Nebenwirkungen hervorbrachte (»some perverse incentives«), z.B. die Unter-

drückung der Telemedizin, die im Fallpauschalensystem nicht honoriert wurde. Seit dem 1. Januar 2017 ersetzen die fünf Verwaltungsregionen die fallzahlabhängige Finanzierung (DRGs) schrittweise durch »value-based health care« auf Abteilungs-, Krankenhaus- und regionaler Ebene. Die für jede Region strikt budgetierten Finanzmittel für Akutversorgung werden an die Krankenhäuser in dem Maße weitergeleitet, in dem sie die 8 nationalen Versorgungsziele erfüllen, die in 40 Standards und Indikatoren unterteilt sind, z.B. erhöhte Kontinuität in der Versorgung; bessere Versorgung chronischer und älterer Patient*innen; geringere Sterblichkeit und erhöhte Patientensicherheit; schnelle Diagnose und Behandlung; stärkere Einbeziehung der Patient*innen; mehr gesunde Lebensjahre u.a.

Herrn Lauterbachs Regierungskommission definierte in ihrer »Siebenten Stellungnahme und Empfehlung« Value Based Health Care folgendermaßen: »Value Based Health Care postuliert einen Gesundheitswettbewerb, in dem sich Leistungserbringer in Netzwerken organisieren und dafür belohnt werden, dass sie für definierte Patientengruppen besonders gute Gesundheitsergebnisse zu möglichst niedrigen Kosten erzielen (Value = Gesundheitsergebnisse im Verhältnis zu den Kosten zum Erreichen dieser Ergebnisse).«

So können auch mittelmäßige Ergebnisse hohen »Value« erzielen, wenn die Kosten nur weit genug gesenkt werden.

Kommt jetzt die Reform der Reform?

Darauf deutet wenig hin. Zwar hat der dänische Staat im Jahr 2022 mehr als 500 Mio. Euro für die Gründung von bis zu 25 »lokalen Krankenhäusern« bereitgestellt. Das sollen aber keine bettenführenden Einrichtungen sein, sondern ambulante, rund um die Uhr geöffnete Anlaufstellen (Gesundheitszentren, Polikliniken), »um die Koordination der Versorgung zu verbessern und die örtliche und Primärversorgungskapazität zu stärken, um die wachsende Zahl alter und chronisch kranker Patienten zu bewältigen.« (Denmark Health System Review 2024, S. 108)

Dass man die 21 »einsamen Kolosse«, die die Krankenhaureform übriggelassen oder hervorgebracht hat, in eine wohnortnäheres, flexibles Netz von Versorgungseinrichtungen einbetten muss, wird zugestanden. Im Bericht der NZZ schlägt sich das so nieder:

»Nach der Reform ist vor der Reform: Helle Gaub wird nachdenklich, wenn man sie bei Mineralwasser und Lachssandwich fragt, was Dänemark hätte anders machen sollen. Denn während sie das Super-Spital im dänischen Seeland zu Ende baut, beschäftigt sich die Politik bereits mit der nächsten Reform. »Man hat mit den Super-Spitälern eine hochspezialisierte Infrastruktur aufgebaut, doch sie ist nicht geeignet, die heute grösste Herausforderung zu lösen: die Alterung einer Gesellschaft, in der Leute zunehmend chronisch oder psychisch krank sind und besser zu Hause versorgt würden«, sagten Kritiker wie der frühere Spitalmanager Henrik Schödts. Andere wie der Gesundheitsökonom Kjeld Möller Pedersen widersprechen zwar, das eine schließe das andere doch nicht aus (sic!). Aber auch sie geben zu, dass es besser gewesen wäre, das Problem der niederschweligen lokalen Gesundheitsversorgung parallel zu lösen. »Jetzt muss man es einfach nachholen.«

So weit müssen wir es in Deutschland nicht kommen lassen. Noch haben wir hier die Möglichkeit, Flächendeckung und Qualitätssteigerung miteinander zu verbinden. Noch haben wir die Möglichkeit, demokratisch zu planen statt von oben herab. Was wir von Dänemark lernen können: Am Ende der Reform sollte ein Plan stehen, der allen Krankenhäusern klare Aufgaben zuweist, der ihre Aufgabenerfüllung ausreichend finanziert und der den sinnlosen Konkurrenzkampf der Krankenhäuser nicht anheizt, sondern einschränkt.

Der vdää* und die IPPNW laden herzlich ein zur Diskussionsveranstaltung

»Resilienz und Militarisierung des Gesundheitswesens«

am Samstag,
26. April 2025,
10:00 – 14:00 Uhr
(hybrid)

Albert-Schweitzer-Saal in
der LÄK Baden-Württemberg,
Jahnstraße 40,
70597 Stuttgart

Um eine Diskussions-
teilnahme für alle zu
ermöglichen, ist ein Online
Streaming vorgesehen.

Referent*innen

- Dr. Bernhard Winter
(Verein demokratischer
Ärzt*innen)
- Dr. Robin Maitra
(IPPNW)
- Ute Rippel-Lau
(IPPNW)
- NN von der Informa-
tionsstelle Militarisie-
rung (IMI) e.V.
(angefragt)

Veranstaltet von: Liste
demokratischer Ärztinnen
und Ärzte in Baden-Würt-
temberg in Zusammenar-
beit mit der IPPNW und
dem vdää*

Eine Akkreditierung von
Fortbildungspunkten ist
beantragt.

Mehr Infos:
ippnw.de/termine

Anmeldung:
kontakt@vdaae.de

Privatisierung von Krankenhäusern

Raus aus der »uniformen Zementwüste des Kollektivismus«!

Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik gibt einen Überblick über die allgemeine Entwicklung der Privatisierung von Krankenhäusern und skizziert diese genauer am Beispiel des größten deutschen Privatkrankenhauskonzerns Helios. Der Artikel ist eine gekürzte Fassung eines Kapitels der Broschüre »Krankenhaus statt Fabrik. Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen«.

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. Paragraph 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 Spaßes, 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.«¹

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

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 milliardenstarker Markt. (Zu den großen Spielern in der deutschen privaten Krankenhauslandschaft gehör(t)en Helios, Asklepios, Sana, Rhön und Paracelsus, die Red.)

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 (Clínica Ricardo Palma). 2018 übernahm Quirónsalud Clínica Medellín, zwei Krankenhäuser mit 185 Betten, »und erschließt damit den attraktiven privaten Krankenhausmarkt in Kolumbien« (Fresenius Presseerklärung). 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.«⁵ 100.144 Helios-Beschäftigte in Deutschland und Spanien erarbeiteten im Jahr 2018 8,993 Mrd. Euro Umsatz und ein Jahresergebnis von 686 Mio. Euro.

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 Krankenhausesfälle« 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.

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 betrifft.⁶ 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«.)«

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).⁷

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 sich die Freigemeinnützigen weiterhin engagieren, auch wenn sie

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!²

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?

1. Arbeitshetze und Lohndumping

Bei den Privaten ist nachweislich die Arbeitsbelastung höher und die Bezahlung ist im Durchschnitt schlechter als in den anderen Krankenhäusern.³ 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«.

2. Rosinenpickerei

Die Patient*innen der privaten Krankenhäuser sind anders zusammengesetzt als die der öffentlichen und der freigemeinnützigen. 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:

Privat behandelten also 2017 17% aller Patient*innen, aber

	1991	2023	Differenz
Allg. KH	2.164	1.505	- 659
öffentlich	996	438	- 558
freigemeinnützig	838	483	- 355
privat	330	584	+ 254

Betten	598.073	414.711	-183.362
öffentlich	367.198	200.463	- 166.735
freigemeinnützig	206.873	144.715	- 62.158
privat	24.002	83.613	+ 59.611

Quelle: Krankenhaus statt Fabrik, eigene Berechnung

- 46,3% aller Varizen (Krampfadern-Erkrankungen)
- 25,9% aller Kniegelenksarthrosen
- 24,9% aller Hüftarthrosen
- 25,1% aller Bandscheibenschäden und
- 24,8% aller Rückenschmerzen.⁴

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!

Die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen, lockte private Betreiber ins neue Geschäftsfeld, wie wir am Beispiel Helios im Folgenden skizzieren:

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:

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«.

Neue Konkurrenz

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.

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.« 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.

(Quelle: Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, 5. erweiterte und komplett überarbeitete Neuauflage, Maintal 2020, S. 98-112)

Literatur:

- 1 Alle Zitate aus: Plenarprotokoll 10/91 des Deutschen Bundestags, 18.10.1984, S. 6734, 6735
- 2 Destatis, Grunddaten Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge
- 3 Ebenda
- 4 Ebenda
- 5 »Fresenius Helios baut Präsenz in Kolumbien aus – erstes Krankenhaus in Bogotá übernommen«, <https://www.pressebox.de>, 19.02.2020
- 6 Der oben angeführte Vergleich zwischen den Hauptdiagnosen verschiedener Träger (Rosinenpickerei) wird vom Statistischen Bundesamt nicht routinemäßig erstellt, sondern muss mühsam und kostenpflichtig angefordert werden.
- 7 Destatis Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge

know your boss

Übersicht privater Klinikbetreiber in Deutschland



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

Gründung: 1973 durch Eugen Münch, der von 2005 bis zur Übernahme durch Asklepios Aufsichtsratsvorsitzender war

Unternehmensstruktur: Börsennotierte Rhön Klinikum AG, deren Aktien seit 2020 zu 93,38% Asklepios gehören

Betreibt: mit dem Uniklinikum Gießen Marburg auch das einzige privatisierte Uniklinikum Deutschlands, insgesamt sind es 8 Kliniken und 2 MVZ

Beschäftigte: 18.264

Behandelte Patient*innen: 881.775 (2023)

Umsatzerlöse: 1.464,0 Mrd. Euro (2023)

Konzerngewinn: 40,2 Mrd. Euro (2023)

Aktienkurs in Echtzeit: <https://www.rhoen-klinikum-ag.com/investor-relations/aktie/kursentwicklung.html>

Geschichte: Eugen Münch, der BWL und Jura studiert hatte, arbeitete für einen Steuerberater und erfuhr durch seinen Job vom drohenden Konkurs der 1970 gegründete Kurbetriebs- und Verwaltungsgesellschaft m.b.H. 1974 übernahm er 25 % der Aktien und verwandelte das Unternehmen nach und nach in einen Klinikkonzern. Von da an wurde es zu seiner Geschäftsstrategie, bankrotte Kliniken aus öffentlicher Hand aufzukaufen mit dem Ziel, innerhalb eines Jahres mit ihnen Gewinn zu machen. Damit war er sehr erfolgreich. Die Rhön Klinikum AG wurde 1989 zum ersten Unternehmen der »Branche« an der Frankfurter Börse

Zitat: »Wenn Münch öffentliche Hospitäler saniert, verordnet er dem kranken Patienten keine homöopathische Kur, sondern verlegt ihn gleich auf die Notaufnahme. Um ein Jahr nach dem Erwerb den Break-Even-Punkt zu erreichen, rationalisiert er die defizitären Regionalhäuser, senkt brachial Kosten und organisiert neu. Kein Wunder, dass er sich damit nicht nur Freunde macht.«
(Scheele, 2004)

Seit 2020 besitzt Asklepios
93,38% der Aktien des Rhön-Klinikum



ASKLEPIOS

Gründung: 1984 durch Bernard große Broermann

Unternehmensstruktur: Broermann Holding GmbH

Betreibt: 170 Gesundheitseinrichtung in Deutschland, aber auch Einrichtungen in Griechenland, Saudi-Arabien und China. Zudem Hotels, wie das Hamburger Hotel Atlantik

Beschäftigte: 49.425 Vollzeitäquivalente (2023)

Behandelte Patient*innen: 3.457.692 (2023)

Umsatzerlöse: 5.452.3 Mrd. Euro

Konzerngewinn: ca. 136 Mrd. Euro

Geschichte: Bernard gr. Broermann hat das Medizinstudium nach der Vorklinik abgebrochen und stattdessen BWL und Jura studiert. Er gründete 1984 gemeinsam mit Lutz Mario Helmig Asklepios. Das Unternehmen kaufte nach und nach Kliniken und Hotels auf. Helmig stieg 1994 aus und gründete Helios (siehe unten). Der wahrscheinlich größte Coup für Asklepios war die Übernahme des Hamburger Landesbetriebs Krankenhäuser 2005 (gegen den in einem Volksentscheid erklärten Willen von über 70% der Hamburger*innen). Broermann verstarb 2024. Sein Privatvermögen wurde zuletzt auf ca. 3-5 Milliarden Euro geschätzt.

Zitat: »Die Gewinne, die die privaten Betreiber machen, die auch Asklepios macht, sind doch dringend nötig, weil ich ständig reinvestieren muss.«

Bernard große Broermann



Gründung: 1994 durch Lutz Mario Helmig, der zuvor Asklepios mitgegründet hatte

Inhaber: Helios-Kliniken GmbH, von denen 94% seit 2005 Fresenius gehören.

Geschichte: Gefäßchirurg Lutz Helmig spaltete seine Unternehmensanteile 1994 von Asklepios (siehe oben) ab und gründete Helios. Sein Privatvermögen wurde 2017 auf 2,2 Milliarden US-Dollar angegeben. 2015 und 2017 spendete er insgesamt 500.000 Euro an die FDP. 2005 übernahm Fresenius (siehe unten) den Konzern.

Zitat: »Gehen Sie doch mal nachmittags in ein Krankenhaus, und besuchen Sie einen Angehörigen, dann sehen Sie das Schwesternzimmer, an dem ein Schild hängt mit der Aufschrift ›Übergabe‹. Wenn Sie die Türe öffnen, sehen Sie, wie sie Kaffee saufen.«

Lutz Helmig zu Klagen über zu hohe Arbeitsbelastung für Pflegekräfte in seinem Konzern (Grill, 2014)



Gründung: 1972 vom »Verein zur Planung und Förderung privater Krankenhäuser e.V.« in Köln von 18 privaten Krankenversicherungsunternehmen gegründet, 2010 stand noch auf deren Internetseite, dass die Gründung von Sana »eine Reaktion auf die damalige sozialpolitische Diskussion um die Idee des klassenlosen Krankenhauses« gewesen sei (findet man heute nicht mehr auf der Homepage)

Unternehmensstruktur: Sana Kliniken AG, deren Aktionäre sind 24 private Krankenversicherungsträger, nicht börsennotiert

Betreibt: 56 Krankenhäuser und 53 MVZ

Beschäftigte: 41.000

Umsatz: 3,3 Milliarden Euro (2023)

Zitat: »Mit dem Ziel kontinuierlicher Unternehmensentwicklung erbringen wir Qualität und sichern durch wirtschaftliches Handeln Freiraum für Investitionen in die Zukunft. Damit erfüllen wir auch die Erwartungen unserer Eigentümer und der Bevölkerung.«
Leitbild von SANA



Größter Klinikkonzern Europas

Gründung: Hervorgegangen aus dem bereits 1912 gegründeten Pharmazieunternehmen der Frankfurter Apothekerfamilie Fresenius, Umwandlung in eine Aktiengesellschaft 1982

Unternehmensstruktur: Fresenius SE & Co. KGaA, börsennotiert. Verschiedene Medizintechnik und Gesundheitsunterkonzerne.

Darunter das Unternehmen **Fresenius Helios**

Betreibt: Helios-Gruppe: 80 Kliniken, 220 MVZs, 570 KV Sitzen, 27 arbeitsmedizinischen Zentren in Deutschland, sowie Quirónsalud in Spanien und Lateinamerika

Gewinn: 4,36 Milliarden Euro (2020)

Umsatz: 11,7 Mrd. Euro (2022)

Beschäftigte: 78.000 Menschen (Helios Gruppe)

Zitat: »Hunderte von Arbeitsverhältnissen wurden bundesweit auf konzerneigene Tochterunternehmen übergeleitet, meist in Bereichen, in denen am Markt schlechtere Lohnbedingungen vorherrschen oder gingen ganz verloren. Die Tochterunternehmen müssen sich um Aufträge aus dem eigenen Konzern in Konkurrenz zu fremden Firmen bewerben. Mitarbeiter/innen, die vorher viele Jahre im öffentlichen Dienst beschäftigt waren, müssen in diesen Firmen Gehaltseinbußen von bis zu 35 Prozent hinnehmen.«

Andreas Splanemann
(Pressesprecher der Ver.di)

Eine Chimäre

Zur Frage eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Krankenhaussektor

Kai Mosebach

Einleitung

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) endet eine Phase der Krankenhauspolitik, die stark vom fallpauschalorientierten Vergütungssystem (G-DRG-System) geprägt war. Karl Lauterbach spricht von einer »Krankenhausrevolution« mit dem Ziel, die Versorgung auf Qualität zu stellen und die Ökonomisierung zu reduzieren. Dieser Beitrag untersucht vor diesem Hintergrund vier zentrale Fragen (s. ausführlicher: Mosebach 2025a):

1. Bestehen ungleiche Wettbewerbsvorteile zwischen Krankenhausträgern?
2. Führen kommunale Zuschüsse zu Ungleichheiten im »Wettbewerb«?
3. Variiert der Profitdruck nach Trägerschaft?
4. Trägt Trägervielfalt tatsächlich zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität bei?

Wettbewerb im Krankenhaussektor

Theoretisch sollte Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt funktionieren, in der Praxis tut er das jedoch kaum. Patient*innen orientieren sich selten an objektiven Qualitätskriterien, sondern an ärztlichen Empfehlungen oder Notfallentscheidungen. Wettbewerb ist daher vor allem in elektiven und planbaren Leistungsbereichen möglich (Wasem/Geraedts 2011). Hier konkurrieren spezialisierte Zentren um überregionale Patient*innenströme, wozu in der Regel noch Konkurrenz zwischen stationären und ambulanten Anbietern hinzukommt (Hybrid-DRGs). Die langjährige Politik der Konsolidierung von Krankenhausstrukturen einerseits und die Öffnung der Sektoren andererseits beeinflusst die Krankenhausplanung und fördert die Bildung großer Verbund- und Netzwerkstrukturen (Wörz 2008; Vogd 2011; Mosebach 2013a, 2026).

Krankenhäuser befinden sich oft in einer paradoxen Wettbewerbssituation: Einerseits sollen sie wirtschaftlich arbeiten, andererseits besteht eine öffentliche Erwartung an flächendeckende Versorgung. Gerade in ländlichen Gebieten, in denen die Krankenhausedichte abnimmt, zeigt sich, dass der Wettbewerb nicht um Patient*innen, sondern oftmals um wirtschaftliche Überlebensfähigkeit geführt wird. Das führt zu unnötigen Behandlungen oder zu Verweigerungen von nötigen Behandlungen, aber auch zur Einschränkung von psychosozialen Pflegeleistungen (Zander et al. 2014; BMF 2018; Wehkamp/Nagele 2018).

Ein weiterer Aspekt betrifft die Patient*innensteuerung durch Ärzt*innen. Da viele Patient*innen sich nicht aktiv für ein Krankenhaus entscheiden (können), sondern durch ärztliche Überweisungen oder Rettungsdienste dorthin gelangen, ist der Wettbewerb weniger von Patient*innenautonomie geprägt als von Netzwerken zwischen Ärzt*innen und Kliniken. Dies zeigt, dass Marktmechanismen wie vorgesehen auf dem Behandlungsmarkt von der »Angebotsseite« gesteuert werden, patient*innengesteuerter Wettbewerb somit kaum funktioniert. Wettbewerb im Krankenhaussektor bedeutet dabei vor allem, die Patient*innen als »Erlösträger« oder »Kostenrisiko« zu betrachten, mit allen möglichen Effekten der sozialen Selektion und Fragmentierung der Versorgung (Kühn 1993, 2004).

Kai Mosebach ist Dozent für Gesundheitswissenschaft, Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie und arbeitet bei der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen im Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen

Krankenhäuser befinden sich oft in einer paradoxen Wettbewerbssituation: Einerseits sollen sie wirtschaftlich arbeiten, andererseits besteht eine öffentliche Erwartung an flächendeckende Versorgung.

In Deutschland wird oft das alternative Konzept des Qualitätswettbewerbs (auf dem Leistungsmarkt, also durch Kassen als ›Sachwalter‹ der Patient*innen) angeführt, doch in der Praxis bleibt es schwierig umzusetzen (Wasem/Geraedts 2011; Cassel/Wasem 2014). Zwar gibt es Krankenhaus-Rankings und Qualitätssicherungssysteme, doch haben Patient*innen oft keinen direkten Zugriff auf aussagekräftige Daten oder verstehen diese nicht ausreichend. Zudem sind Entscheidungen im medizinischen Bereich stark von subjektiven Faktoren geprägt, wie dem Vertrauen in Ärzt*innen und regionale Versorgungsstrukturen. Und die Kassen haben bislang wenig Zugriff auf die »Wahlentscheidungen« der Ärzt*innen bzw. Patient*innen. Kommerzielle Interessen der Krankenhausträger scheinen zu obsiegen (Mosebach 2013b; Maio 2014, 2019).

Profitdruck und Trägerschaft

Privatwirtschaftliche Krankenhausträger müssen gewinnmaximierend arbeiten, während freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser lediglich finanzielle Überschüsse erwirtschaften müssen. Das modifizierte G-DRG-System zwingt allerdings weiterhin jeden Träger zu betriebswirtschaftlicher Optimierung: Kostensenkung und/oder Produktivitätssteigerung. Privatwirtschaftliche Anbieter haben den Vorteil, später in den Markt eingetreten zu sein und sich auf lukrative Bereiche zu konzentrieren. Die öffentlichen und freigemeinnützigen Träger sichern meist die generelle Grundversorgung ab, auch wenn dies in Bezug auf die Bundesländer durchaus variieren kann (Mosebach 2013a, 2026).

Die ökonomische Ausrichtung der Träger führt zu unterschiedlichen betriebswirtschaftlichen Strategien. Während private Anbieter oft spezialisierte Leistungen im Rahmen netzwerkartiger Strukturen von eher kleineren Häusern mit hohen Erlösmöglichkeiten bündeln, tragen öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser einen Großteil der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Dadurch entsteht eine Schieflage: Während wirtschaftlich lukrative Patient*innenströme gezielt von privaten Trägern angesprochen werden können, bleibt die kostenintensive Basisversorgung überwiegend bei den anderen Trägern; das hat auch mit deren nicht so akzentuierten Rentabilitätsorientierungen zu tun (Mosebach 2013a, 2026).

Zudem hat sich seit der Einführung des G-DRG-Systems und der Zunahme privatwirtschaftlicher Trägerorganisationen eine wachsende »Finanzialisierung« des Krankenhaussektors herausgebildet. Private Klinikketten agieren

nach wirtschaftlichen Kennzahlen und sind darauf ausgelegt, Renditen zu erwirtschaften (Heubel et al. 2010). Dies kann dazu führen, dass medizinische Entscheidungen durch betriebswirtschaftliche Erwägungen beeinflusst werden, etwa indem bestimmte Behandlungen priorisiert oder unrentable Abteilungen geschlossen werden. KI-gesteuerte Diagnose- und Therapietools können dabei durchaus zur »Optimierung« des Erlösziels verwendet werden, wenn ihre Anwendung nicht bedarfsorientiert und qualitätsgesichert reguliert wird.

Auch öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser sind betriebswirtschaftlichen Zwängen unterworfen. Obwohl sie keine renditemaximierenden Shareholder befriedigen müssen, unterliegen sie dennoch einem strukturellen Kostendruck. Dieser zwingt sie oft zu Einsparungen, die sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirken können (Simon 2019, 2020). Vor allem in Zeiten steigender Personalkosten und höherer regulatorischer Anforderungen stellt sich die Frage, ob die Finanzierungssysteme eine nachhaltige Krankenhauslandschaft ermöglichen. Vorhaltekosten können neben dem Pflegebudget und Personalkostenbudgets für andere Gesundheitsberufe im Prinzip helfen, den Kostendruck abzdämpfen; da aber auch hier in der Regel nur »pauschale« Werte angesetzt werden, bleiben ökonomische Anreizstrukturen bestehen, die Erlösmaximierung begünstigen (sog. Korridoreffekte bei den Vorhaltekosten).

Kommunale Zuschüsse und Wettbewerbsverzerrung

Privatwirtschaftliche Träger kritisieren kommunale Zuschüsse als wettbewerbsverzerrend. Allerdings sind diese oft notwendig, um ungleiche Ausgangsbedingungen auszugleichen. Unterschiede in Personalpolitik und Tarifstrukturen führen dazu, dass öffentliche Krankenhäuser höhere Kosten haben. Die Einführung des Pflegebudgets und Mindestpersonalvorgaben sollten dem Anreiz des Vergütungssystems, Personalkosten zu drücken, entgegenwirken. Dennoch bleibt die Problematik, dass ungleiche Kostenstrukturen zwischen den Trägern den Wettbewerb »verzerrern«.

Dies betrifft besonders die Anwendung und Wirkung von tariflichen Regelungen. Während kommunale Krankenhäuser oft tarifgebunden sind, können private Krankenhäuser flexibler agieren und mit günstigeren Löhnen wirtschaften. Dies verstärkt die Konkurrenz, da öffentliche Krankenhäuser in Personalkosten stärker belastet werden. Die Frage ist, ob kommunale Zuschüsse tatsäch-

Der Wettbewerb im stationären Bereich wird zunehmend von großen Verbänden dominiert werden, wodurch kleinere, unabhängige Krankenhäuser zunehmend unter Druck geraten.

lich eine Wettbewerbsverzerrung darstellen oder eher eine notwendige Kompensation für strukturelle Nachteile sind. Die Re-Finanzierung der durchschnittlichen Tarifsteigerungen bei den Personalkosten im Rahmen des KHVVG ist ein kleiner Schritt in die richtige Richtung, sie deckt aber in keiner Weise die gesamten Personalkosten ab. Es kommt noch hinzu, dass Häuser, die unter Tarif zahlen damit bevorteilt werden. Eine einheitliche Tarifstruktur für alle Krankenhausträger wäre also der notwendige nächste Schritt.

Kommunale Zuschüsse werden perspektivisch weiter an Bedeutung gewinnen, wenn kleinere Häuser zunehmend in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Ohne staatliche Unterstützung droht vielen Kliniken die Schließung, was die regionale Versorgung massiv beeinträchtigen könnte (inwieweit das avisierte Sondervermögen einer möglichen GroKo unter Friedrich Merz hier helfen kann, bleibt offen). Gerade in strukturschwachen Gebieten kann eine solche Entwicklung dazu führen, dass Patient*innen weite Wege zurücklegen müssen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten. Ob sog. Level-1a-Kliniken, die auf eine stärkere Verzahnung von ambulanten mit stationären Strukturen im Rahmen des KHVVG abzielen, diese Versorgungsprobleme auffangen können, ist bislang völlig offen.

Abschied von der Trägervielfalt

Die Reform fördert eine Zentralisierung und Konzentration von Krankenhausstrukturen. Der Wettbewerb im stationären Bereich wird zunehmend von großen Verbänden dominiert werden, wodurch kleinere, unabhängige Krankenhäuser zunehmend unter Druck geraten. Trägervielfalt bedeutet dabei weniger Wettbewerb vieler Anbieter um die beste Versorgung als vielmehr eine träger- und verbundbasierte Differenzierung in spezialisierte Strukturen der Kranken(haus)versorgung. Die Rede von der Trägervielfalt ist zudem ein Zugeständnis an die faktische Unterschiedlichkeit von Trägerstrukturen in den Bundesländern, also: legitimatorische Politikrhetorik. Trägervielfalt bei ungleichen Personalkostenstrukturen fördert die Schwächung der öffentlichen Krankenhausträger.

Durch die geplante Krankenhausreform werden finanzielle Engpässe kleinerer Kliniken weiter verschärft, was zu einer verstärkten Marktbereinigung führen könnte;

das ist ja auch ausgesprochenes Ziel des KHVVG. Während Befürworter*innen darin eine Effizienzsteigerung sehen, warnen Kritiker*innen vor Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen. Der Trend zur Zentralisierung wird dazu führen, dass nur noch wenige große Träger die Krankenhauslandschaft dominieren. Die (intransparente) Krankenhausplanung steht vor schwierigen Entscheidungen für die Versorgung vor Ort.

Auch das Vorhaltebudget stellt keine vollumfängliche Lösung dar, da es nur bestimmte strukturelle Kosten abdeckt, aber nicht die (problematischen) grundsätzlichen Anreiz-Mechanismen des DRG-Systems (= Mengenausweitung und Rationierung, s. Kühn 2004 u. Mosebach 2025b) aufhebt. Letztlich bleibt der wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser bestehen, was dazu führen kann, dass wirtschaftliche Erwägungen weiterhin einen erheblichen Einfluss auf die medizinische Versorgung haben werden.

Fazit

Die Krankenhausreform setzt zwar neue Qualitätsstandards und Vorhaltebudgets ein, doch eine echte Entökonomisierung findet nicht statt. Vielmehr bleibt der finanzielle Druck – wenn auch in modifizierter Form – bestehen, und der Markt wird sich weiter in Richtung großer und wirtschaftlich dominanter Einheiten entwickeln. Gewinnanreize und Kostenoptimierung stehen weiterhin im Mittelpunkt, was die Gefahr birgt, dass wirtschaftliche Erwägungen die Versorgungsqualität beeinflussen. Dabei ist gegen die Bildung von größeren Versorgungssystemen grundsätzlich nichts einzuwenden, insofern sie bedarfsorientierte und dezentralisierte Strukturen ermöglichen. Der britische NHS ist in seinem Ursprung ebenfalls als sein großes integriertes Versorgungssystem zu betrachten.

Um eine echte Entökonomisierung zu erreichen und eine sektorenübergreifende bedarfsorientierte Versorgung zu ermöglichen, müssten Gewinnanreize und der betriebswirtschaftliche Zwang zur Rentabilität grundlegend hinterfragt und reguliert werden, und zwar im stationären wie im ambulanten Sektor (Deppe 2011; Maio 2014). Andernfalls bleibt das Gesundheitswesen in Zukunft weiter durch das Vordringen kommerzieller Interessen geprägt, anstatt sich primär an patientenzentrierten und bedarfsorientierten Versorgungsmodellen auszurichten. Dies erfordert eine politische Debatte über den Stellenwert von Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie die Frage, inwieweit Versorgungssicherheit durch öffentliche (kommunale) Strukturen gewährleistet werden kann (Simon 2020, 2023; Mosebach 2025b, 2026).

Eine Liste mit Literaturhinweisen erhalten Sie bei der Redaktion: kontakt@vdaee.de

Klassenunterschiede

Wie das duale Versicherungssystem eine bedarfsgerechte und gute medizinische Versorgung verhindert – Erfahrungen aus der Klinik und gesundheitspolitische Perspektiven

Manuela Huber

Dieser Text behandelt praktische Erfahrungen zur Auswirkung der Krankenversicherung auf die medizinische Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland. Es wird darauf eingegangen, wie der Krankenversichertenstatus die Entscheidungen von Ärzt*innen und in Folge dessen die Versorgung und die Gesundheit von Patient*innen beeinflusst. Wie drastisch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems und der allseits präsente Kostendruck zusätzlich Patient*innen gefährden, würde den Rahmen sprengen, sodass dies hier nicht explizit thematisiert wird.

Im Jahr 2023 waren in der Bundesrepublik im Durchschnitt rund 74 Millionen Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert (1). Davon waren rund 58 Millionen Personen beitragszahlende Mitglieder und 16 Millionen beitragsfreie Versicherte, z. B. Familienangehörige. Die privaten Krankenversicherungen (PKV) zählten zuletzt einen Bestand von rund 9 Millionen Vollversicherten (1). Zu den privat Versicherten gehören unter anderem Selbstständige und Beamt*innen, aber auch Arbeitnehmer*innen mit einem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (6.150 Euro brutto/Monat), das heißt besonders gutverdienende Beschäftigte. Dies erklärt auch, warum Männer häufiger privat krankenversichert sind, schließlich überschreiten sie durch das durchschnittlich höhere Gehalt häufiger die Versicherungspflichtgrenze. Während für die GKV Vorerkrankungen und das individuelle Risikoprofil für die Beitragshöhe keine Rolle spielen, ist dies bei der PKV ein entscheidender Faktor, der über Aufnahme, Beitragshöhe und Leistungen entscheiden kann. Dies benachteiligt Versicherte, welche durch chronische Erkrankungen über mehr Gesundheitsausgaben und oft auch über weniger Einkommen verfügen (Stichwort Armut macht krank – und Krankheit macht arm). Die privaten Krankenversicherungen werben mit einer höheren Lebenserwartung von PKV-Versicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten (2). Demnach wird eine gesetzlich krankenversicherte Frau im Durchschnitt 83 Jahre alt, eine Frau, die in einer privaten Krankenversicherung versichert ist, 88 Jahre alt. Männliche Privatpatienten haben demnach eine durchschnittliche Lebenserwartung von 85 Jahren, männliche Versicherte einer GKV eine durchschnittliche Lebenserwartung 78 Jahre (2). Durch die Wahl verschiedener Tarife bei der PKV sowie multipler Angebote privater Zusatzversicherung zur GKV (z.B. Einzelzimmer, Wunschkost, Chefärzt*innenwahl etc.) ist es auch nicht mehr pauschal möglich zwischen GKV und PKV-Versicherten zu unterscheiden, da multiple Leistungen von GKV-Versicherten über ihre private Zusatzversicherung auch als Privatleistung abgerechnet werden können. Allerdings werden die privat Versicherten nicht älter, weil sie privat versichert sind, sondern weil sie in der Regel ein höheres Einkommen haben als gesetzlich Versicherte (Stichwort Soziale Determinanten von Gesundheit).

Die Autorin ist Ärztin in Weiterbildung und arbeitet an einem Maximalversorger. Sie möchte aufgrund möglicher Konsequenzen an ihrem Arbeitsplatz ihren Namen nicht nennen. Der vollständige Name der Autorin ist der Redaktion bekannt.

Die Unterscheidung von privat und gesetzlich Versicherten fängt in Kliniken schon bei der Terminplanung an. In der Regel gibt es in größeren Kliniken ein Aufnahmemanagement, welches Termine von planbaren (also nicht-notfallmäßigen) Eingriffen oder Klinikaufenthalten vergibt. Da es für Kliniken ein finanziell größerer Anreiz ist, Privatpatient*innen zu behandeln, bekommen diese oft den Vorrang – und damit oft eine schnellere Operation und Diagnostik/Therapie. Dies kann im Zweifelsfall z.B. bei einer Tumorerkrankung oder bei einem Bypass-Eingriff lebensrettend sein.

Ein anderes Beispiel ungleicher Versorgung stellt die Akutversorgung psychiatrischer Patient*innen dar, welche in Deutschland in sogenannte Sektoren aufgeteilt ist. Vereinfacht gesagt, wird eine akut psychiatrisch erkrankte*r Patient*in nur an der Klinik versorgt, die für die gemeldete Wohnadresse zuständig ist. Dies soll aufgrund der besseren wohnortnahen Vernetzung zu ambulanten Strukturen und zur Fairness der Verteilung der Patient*innenlast die Versorgung verbessern. Diese Regel wird von den meisten Psychiatrien rigoros durchgeführt und nicht dem Sektor zugehörige Patient*innen werden rasch in das entsprechende Klinikum verlegt – außer es handelt sich um eine privat versicherte Patient*in. Da diese lukrativer für die Kliniken sind, werden Privatpatient*innen nicht nur im Akutfall oft in sektorfremden Kliniken weiterbehandelt, sondern es wird im Vorfeld der Aufnahme geradezu um sie gebuhlt. Meist wird mit einem raschen Aufnahmetermin geworben, teilweise auch ohne Rücksicht zu nehmen, ob die Station selbst schon überbelegt ist oder ob man dadurch ein entsprechendes Bett eines dem Sektor zugehörigen gesetzlich Versicherten verwehrt und so dessen Versorgung hinauszögert oder unterbindet.

Wenn man als Patient*in stationär aufgenommen ist, stellen sich Ärzt*innen die Frage, welche diagnostischen Maßnahmen oder Operationen notwendig sind. Dabei gibt es erneut bei Privatversicherten einen finanziellen Anreiz, möglichst viel Diagnostik durchzuführen. Dies kann bei gesetzlich Versicherten zu einem Unterlassen oder Verzögern notwendiger Diagnostik oder Eingriffen führen. Umgekehrt kann bei Privatversicherten auch die Tendenz zu unnötiger Diagnostik oder Eingriffen – mit entsprechenden Nebenwirkungen und Risiken – entstehen. Außerdem gibt es teilweise auch finanzielle Anreize, Privatpatient*innen länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus zu behandeln. Untersuchungen oder OPs werden in der Regel bei Privatpatient*innen schneller durchgeführt. Doch der Versichertenstatus kann auch Einfluss darauf haben, welche Untersucher*in diese entsprechende OP oder diagnostische Maßnahme durchführt – oft mit komplett unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen.

Private Krankenversicherungen oder Zusatzversicherungen werben oft mit der sogenannten Chefärzt*innenwahl oder Chefärzt*innenbehandlung. Patient*innen erwarten hierbei, dass die erfahrenste und medizinisch kompetenteste Ärzt*in die Behandlung durchführt. Tatsächlich haben einige Chefärzt*innen wenig mit praktischer Patient*innenversorgung zu tun und führen teilweise routinemäßig keine Operationen oder Untersuchungen mehr durch. Aus klinischer Erfahrung werden die Chefärzt*innen von den eigentlich behandelten Ärzt*innen, also den Ärzt*innen in Weiterbildung und Stationsärzt*innen vor der Visite auf den aktuellen Stand gebracht, bevor diese dann selbst z.B. die Visite oder den Eingriff durchführen. Ob also eine Chefärzt*innenbehandlung wirklich medizinisch die bessere Behandlung ist oder ob es sich um eine weitere Strategie handelt, für Kliniken mehr Umsatz zu machen, ist fraglich.

Auch bei der Therapie wird während der Klinikversorgung regelhaft ein Unterschied nach Versichertenstatus gemacht. Privatversicherte bekommen öfter Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie. Kommt es bei den Therapeut*innen zu Personalengpässen und Krankheitsausfällen, gibt es teilweise die Anweisung, die Therapie der Privatversicherten zu priorisieren – mit der Folge, dass im schlimmsten Fall keine Therapien für gesetzlich Versicherte stattfinden. Privat-Krankenversicherte haben bei geplanten Krankenhausaufenthalten eher das Recht auf ein Einzelzimmer oder Zwei-Bett-Zimmer, während GKV-Versicherte häufiger in einem 3-Bett- oder sogar 4-Bett-Zimmer genesen sollen. Dabei kann eine kleinere Zimmergröße aufgrund der Ruhe und Privatsphäre sowie durch die geringere Inzidenz von nosokomialen Infektionen, also Krankenhauskeimen, zu einer Besserung der Heilung beitragen. Selbst das Krankenhausessen kann sich je nach Versichertenstatus unterscheiden. Durch PKV-Status oder Zusatzversicherungen gibt es mehr Auswahl, teilweise hochwertigeres und durch eine größere Auswahl an nährstoff- und ballaststoffreicher Kost und mehr Obst und Gemüse oft ein deutlich gesünderes Essen, welches die Genesung beeinflussen kann. Auf die Spitze getrieben wird dies mit sogenannten Privatstationen, die oftmals einen hochwertigen Hotelcharakter haben. Es gibt dort geräumigere Zimmer, kostenloses WLAN und Entertainment-Pakete bis hin zu einem besseren Personalschlüssel.

Doch es kann auch genau das Gegenteil passieren und PKV-Versicherte können unterversorgt sein: Private Krankenkassen haben keinen standardisierten Leistungskatalog und so können die Behandlungsleistungen oft vom Tarif (z.B. Basistarif) abhängen. So kann es sein, dass privat Versicherte mit Basistarif weniger Leistungen haben als in gesetzlichen Versicherungen, obwohl die Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV vergleichbar sein müssen. Dies kann im schlimmsten Fall z.B. dazu führen, dass die Kosten für medizinisch notwendige Maßnahmen z.B. eine Rehabilitationsbehandlung nicht von der PKV getragen werden.

Nicht zuletzt gilt eine private Krankenversicherung vor allem in jungen (und meist gesunden) Jahren als sehr attraktiv, während es in Alter und Krankheit durch



Bei diesem Betreuungsschlüssel wohl eher keine gesetzlich Versicherte.

Foto: Australisches Nationalarchiv

schlechtere Konditionen zu einer Kostenexplosion kommen kann. Oftmals sind z.B. ehemals Selbstständige oder Rentner*innen bei schwerer Krankheit, Wohnungsverlust, Verlust von Erspartem usw. nicht mehr in der Lage, die PKV-Kosten zu tragen und haben dann durch Kündigung der PKV keinen Versicherungsschutz.

Einmal aus der Klinik entlassen, ist oft die spezialisierte fachärztliche Weiterbehandlung erforderlich. Während Privatversicherte in der Regel sehr schnell einen Termin als Neupatient*innen bei Fachärzt*innen bekommen, ist dies für Patient*innen der GKV ein Weg voller Hindernisse. Praxen behaupten, sie nähmen keine Neu-Patient*innen an; auf Online-Plattformen wird nach Angabe des gesetzlichen Versicherten-Status angezeigt, dass keine Termine zur Verfügung stehen. Währenddessen ist bei Angabe von einer privaten Krankenversicherung der nächste Termin schon am Folgetag frei (3). Viele Praxen bieten exklusive Rufnummern oder gesonderte Sprechstunden für Privatversicherte an, was diesen den Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtert (4). Studien zeigen, dass gesetzlich Versicherte in der Regel mehr als doppelt so lange auf einen Termin zur fachärztlichen Behandlung warten (5) – in unterversorgten Gebieten ist der Unterschied oft deutlich drastischer. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen moniert diese Ungleichbehandlung und fordert, dass bei der Terminvergabe nicht mehr nach dem Versichertenstatus gefragt werden dürfe, sondern medizinische Dringlichkeit Vorrang habe (3).

Eine neue zweifelhafte »Lösung« gegen Termin-Knappheit für gesetzlich Versicherte im ambulanten Sektor ist die Variante der Selbstzahler*innen, bei der die gesetzlichen Versicherten selbst die Behandlungskosten tragen – und so in der Regel ungeachtet von medizinischer Notwendigkeit schneller an einen Termin kommen (6). Ein zweifelhaftes Geschäftsmodell, welches wiederum Patient*innen mit niedrigem Einkommen benachteiligt. Zur Verbreitung dieser Praxis gibt es bisher keine belastbaren Daten (6). Bei Zunahme der Zahl der Selbstzahler*innen kann dies in Folge zu einer zusätzlichen Verschlechterung der Versorgung von gesetzlich Versicherten führen: Die Selbstzahler*innen übernehmen selbst die Kosten für eine Leistung, welche eigentlich durch die GKV erbracht werden müsste. Da es dadurch auch zu einer niedrigeren Nachfrage an GKV-Leistungen kommt, könnte die Kassenärztliche Vereinigung auf weite Sicht Kassensitze für Fachärzt*innen streichen und so die Versorgung nicht zahlungsfähiger gesetzlich Versicherter weiter einschränken.

Alles in allem macht das aktuelle System es medizinischem Personal unmöglich, Patient*innen bedarfsgerecht und gut zu versorgen – sowohl zum Nachteil gesetzlich Versicherter als teilweise auch privat Versicherter. Angesichts der teilweise deutlich steigenden Beiträge der GKV (7) sowie PKV (8) ist die Forderung nach einer Entlastung der Bürger*innen groß. Gleichzeitig befinden sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland auf

einem Rekordhoch und werden vermutlich auch in Zukunft steigen (7). Das im November letzten Jahres verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) verursacht zusätzlich enorme Kosten. Hierbei war zunächst vorgesehen, dass der Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro (für die nächsten zehn Jahre) je zur Hälfte von Ländern und gesetzlichen Krankenkassen gespeist wird – ohne Beteiligung der PKV (9). Nach Protesten der gesetzlichen Krankenkassen ist nun im verabschiedeten Gesetz eine Beteiligung der PKV vorgesehen – zunächst auf freiwilliger Basis und bei Verweigerung durch eine gesetzliche Regelung (9). Inwieweit sich die privaten Krankenversicherungen also überhaupt an den Kosten der Reform beteiligen müssen, ist aktuell höchst zweifelhaft.

Zu Beginn des Jahres 2024 gab es in Deutschland 95 organisatorisch und finanziell selbstständige gesetzliche Krankenkassen (10). Durch die jeweils eigenständige Organisationsstruktur, die in jeder Krankenkasse unterschiedlich aufgebaut ist, können sich Bewilligungen und Ablehnungen von Leistungen deutlich unterscheiden. Pharmahersteller können mit den einzelnen Krankenkassen Rabattverträge schließen, sodass Versicherte im Regelfall nur noch das Präparat dieses Herstellers erhalten. Die Krankenkassen stehen in Konkurrenz um vor allem junge, gesunde, gutverdienende Beitragszahler*innen und bieten dementsprechend unterschiedliche Zusatzleistungen an – für die sie ebenfalls Werbekosten aufwenden müssen. Die Struktur der Dutzenden zu Verfügung stehenden Krankenkassen ist für das System ein enormer Bürokratieaufwand, der letztendlich auch mit Mehrkosten für das Gesundheitssystem verbunden ist.

Was ist die Lösung für diese hochaktuellen Probleme?

Die Antwort ist die Abschaffung privater Krankenversicherungen und die Etablierung einer einheitlichen solidarischen Gesundheitsversicherung! Die Existenz privater Krankenversicherungen neben gesetzlichen Versicherungen fördert Ungleichheit, Diskriminierung anhand des Einkommens und des Gesundheitsstatus und führt zu Unter-, Über- und Fehlversorgung verschiedener Patient*innengruppen entlang des Versichertenstatus.

Leidtragende der aktuellen Beitragserhöhungen sind vor allem Geringverdienende. Forderungen wie die, Kapitalerträge für Krankenkassenbeiträge heranzuziehen oder die Versicherungspflichtgrenze sowie die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben bzw. abzuschaffen, könnten Geringverdienende entlasten und der GKV mehr Einnahmen beschern (11). Doch selbst dies wird in Zukunft die steigenden Kosten vermutlich nicht decken können und löst das eklatante Problem der Aushöhlung der Solidarität der Sozialversicherung durch die Existenz der PKV sowie die Ungleichversorgung anhand des Versichertenstatus nicht. Eine solidarische Bürger*innenversicherung könnte die Lösung sein. Eine im Auftrag der Fraktion DIE LINKE im Bundestag erschienene Studie von 2011 zeigt: Die Einführung einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung im Gesundheitssystem ist nicht nur möglich, sie würde auch erhebliche finanzielle Entlastungen für die Mehrheit der Bevölkerung bewirken (12). Eine Reduktion

der Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist möglich – und zwar um vier bis fünf Prozentpunkte (12). Die mittleren und unteren Einkommen würden dabei entlastet werden, was wiederum zur Belebung der Binnennachfrage führt (12). Ein aktuelleres Gutachten des Bremer Gesundheitsökonomen Heinz Rothgang von 2021 untermauert den Nutzen einer solidarischen Gesundheitsversicherung und postuliert, dass es zu einer spürbaren Reduzierung der Beitragssätze führen würde (13). Es würde eine Kranken- und Pflegeversicherung geben, in die alle einzahlen und in der alle in Deutschland lebenden Menschen Mitglied sind. Die Beiträge richten sich nach der Höhe des Einkommens, wer kein Einkommen hat, zahlt nichts. Alle Einkommensarten werden verbeitragt, auch Zins- und Kapitalerträge (13). Ausgenommen sind beitragsbefreite Sozialleistungen. Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) wird abgeschafft (13). In diesem Szenario würde es nicht nur Beitragssenkungen geben und Geringverdienende würden massiv entlastet werden, sondern auch der Bürokratieaufwand und die -kosten könnten mit einer Vereinheitlichung deutlich gesenkt werden. In Folge gäbe es keine Anreize mehr, Patient*innen anhand von Versichertenstatus oder Zahlkraft unterschiedlich zu behandeln. Es würden alle Patient*innen gleich behandelt werden können und die Terminvergabe, Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen würde sich nach medizinischen Kriterien und Dringlichkeit richten – wäre das nicht fantastisch?

Anmerkungen:

1. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/>
2. <https://www.pkv-vergleich.de/private-krankenversicherung-privatpatienten-leben-laut-studie-laenger-731>
3. <https://www.tagesschau.de/inland/kranken-kassen-termine-diskriminierung-100.html>
4. <https://www.arzt-wirtschaft.de/news/studie-zur-terminvergabe-und-erreichbarkeit-bei-fachaezten>
5. <https://idw-online.de/de/news750098>
6. <https://www.zeit.de/gesundheit/2024-12/selbstzahler-gesetzliche-kranken-kasse-patienten-arzttermin>
7. <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/kranken-kassen-beitrag-102.html>
8. <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/verbraucher/private-kranken-kasse-beitraege-erhoehung-100.html>
9. <https://www.rnd.de/politik/private-krankenversicherung-will-nicht-fuer-klinikreform-von-lauterbach-zahlen-KFN3KQQTJFTNNIRVG7O2H6UZ4.html>
10. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-kranken-kassen-seit-1970/#:~:text=Zu%20Beginn%20des%20Jahres%202024,Kranken-kassen%20in%20Deutschland%20auf%2095.>
11. <https://www.vdaae.de/2025/01/15/pressemitteilung-vom-15-01-2025-zur-verbeitragung-von-kapitaleinkuenften/>
12. https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Standpunkte/Standpunkte_27-2011.pdf
13. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125503/Gutachten-Solidarische-Gesundheitsversicherung-wuerde-Beitraege-reduzieren>

Ein anderes Gesundheitswesen ist möglich

Krankenhaus statt Fabrik zu einer bedarfsgerechten und patientenfreundlichen Versorgungskette

Weil wir nicht nur Kritik üben, sondern auch Vorstellungen entwickeln, wie es anders sein könnte, dokumentieren wir hier einen Text von Krankenhaus statt Fabrik aus dem Jahr 2023, der nichts an Aktualität eingebüßt hat.

Primärversorgungszentren

Primärversorgungszentren (PVZ) sind multiprofessionelle Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft. Sie sind im Stadtteil oder in kleinen Kommunen lokalisiert. Tätig werden verschiedenste Gesundheitsberufe: Pflegekräfte, Gemeindeschwestern (CHN), MFAs, Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen. Sie haben die Aufgabe, erste Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen zu sein. PVZ haben auch aufsuchende und präventive Angebote. Insbesondere in sozialen Brennpunkten bahnen sie Erstkontakte für eine bessere gesundheitliche Versorgung an. Sie stellen auch die hausärztliche Versorgung sicher. Die Ärzt*innen sind – wie die anderen Beschäftigten auch – Angestellte der Kommune und üben ihre Tätigkeit weisungsfrei aus. Sie werden wie Oberärzt*innen in Kliniken bezahlt. Hausarztpraxen können integriert werden.

Hausarztbereich

Der Hausarztbereich hat eine wichtige Funktion im Rahmen der Primärversorgung. Deshalb sind die hausärztlichen Funktionen am besten in den PVZ verortet. Zusätzliche Hausarztpraxen – insbesondere in ländlichen Gebieten (soweit sich hier überhaupt noch Ärzt*innen finden lassen) – können je nach Versorgungslage sinnvoll sein. Am besten sind die Ärzt*innen Angestellte der Kommunen.

Am besten sind die
Ärzt*innen Angestellte
der Kommunen.

Ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser

Ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser (AVZ) sind wohnortnahe Einrichtungen der Krankenhäuser, die gleichmäßig in der Versorgungsregion verteilt sind. In ihnen sind die wichtigen medizinischen Fachrichtungen auf Facharztniveau vorhanden. Sie haben Überwachungsbetten und Eingriffsräume. Sie sind über Telemedizin an das Krankenhaus angebunden. Die Belegschaft dieser Primärversorgungszentren würde vom Krankenhaus gestellt. Dies beinhaltet auch einen Qualitäts- und Qualifizierungsaspekt (Rotation und damit Verbesserung insbesondere der Aus- und Weiterbildung wegen der unterschiedlichen Perspektive ambulant/stationär).

Sie haben dieselbe Funktion wie Notfallambulanzen/Notaufnahmeeinheiten in großen Krankenhäusern:

Dazu müsste der politisch erzeugte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser beendet und durch eine planvolle Kooperation ersetzt werden.

- Ist es möglich, werden die Patient*innen ambulant versorgt.
- Bei klarer Indikation und Dringlichkeit werden die Patient*innen nach erfolgter Diagnosestellung per qualifiziertem Transport in die nächste geeignete Klinik weiterverlegt.
- Bei klarer Indikation und ohne Dringlichkeit, kann unmittelbar eine Terminvereinbarung zur stationären Behandlung oder die Vorstellung in einer Facharztpraxis oder Spezialambulanz einer Klinik erfolgen.
- Für Patient*innen, bei denen die Diagnose/Indikation zur stationären Aufnahme/Intervention unklar ist, könnte vor Ort die Abklärung erfolgen und – falls notwendig – die wohnortnahe Überwachung (z.B. bis zum nächsten Morgen) durchgeführt werden. Verschlechtert sich der Zustand der/s Patienten/in, wird er oder sie mittels qualifizierten Transports (und nicht im Privatwagen) ins Krankenhaus transportiert. Ist der Zustand am nächsten Morgen besser, kann er/sie wieder nach Hause.

Kleinere Eingriffe könnten ebenfalls ambulant durchgeführt werden. Die technische Ausstattung müsste alle wesentlichen Diagnosestellungen ermöglichen (Labor, Röntgen, CT/MRT) und könnte über Telemedizin vom Krankenhaus aus gesteuert werden.

Die AVZ müssen auch die nachstationäre Versorgung sicherstellen können (z.B. Wundmanagement, Behandlung von Komplikationen, Reha-Vorbereitung, etc.), um dies nicht der Laienpflege Angehöriger überlassen zu müssen und eine erneute Einlieferung in die Notaufnahme zu verhindern (Drehtüreffekt). Ggf. könnten auch eine Kurzzeitpflege und ambulante Reha-Einrichtungen angeschlossen sein.

Sie müssen die volle Berechtigung zur ambulanten Versorgung haben. Dies wäre angesichts des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Ärzt*innen im ländlichen Raum eine echte Verbesserung. Aus demselben Grund ist auch der Verweis auf den Notdienst der Niedergelassenen oder auf MVZ nicht zielführend. Dies besonders deshalb, weil jede rein ambulante Versorgung den betroffenen Patient*innen (mit unklaren und ggf. sich verschlimmern den 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.

Die AVZ können auch spezialfachärztliche Sprechstunden mit qualifizierten Ärzt*innen des Krankenhauses an-

bieten und so den Patienten Wege ersparen. AVZ und PVZ können, wenn dies räumlich sinnvoll und möglich ist unter einem Dach betrieben werden.

Sofern ein neuer intersektoraler Bereich des Gesundheitswesens aus Primärversorgungszentren und ambulanten Versorgungszentren einzelne Krankenhausstandorte überflüssig macht, verlängern sich die Rettungszeiten in der Notfallversorgung (inkl. Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort). Deshalb müssen mehr Standorte für die Notfallrettung (mit Notarzt) in der Fläche eingerichtet werden. Dabei muss gewährleistet bleiben, dass von jedem Einsatzort des Rettungsdienstes innerhalb einer Stunde nach Notruf ein zur Notfallbehandlung geeignetes Krankenhaus erreicht werden kann. Das setzt voraus, dass es auch nach einer Strukturreform des Gesundheitswesens ein enges, flächendeckendes Netz von Krankenhäusern gibt.

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. Gleiches gilt für die Rettung mit Hubschraubern.

Facharztbereich

Grundsätzlich ist es sinnvoll die doppelte Facharztschiene abzuschaffen und durch eine produktivere Struktur abzulösen. Sie ist unwirtschaftlich (Doppelvorhaltungen) und nicht patientenfreundlich (lange Wartezeiten, Zwang zum Aufsuchen verschiedener Fachärzte bei unklarer Diagnose). Ob die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und regelmäßige Spezialsprechstunden in den AVZ (s.o.) ausreichen für die spezialisierte, langfristige ambulante Versorgung chronisch Kranker oder ob bestimmte Facharztdisziplinen den Zentren assoziiert sein sollten, muss sich im Laufe der Strukturreformen zeigen. Für eine Übergangszeit können die bestehenden Facharztpraxen weiter betrieben werden.

Krankenhausbereich

Der Krankenhausbereich unterteilt sich in regionale Häuser der Grundversorgung (Innere, Chirurgie, Geburtshilfe), überregionale Häuser der Regel-/Zentralversorgung (weitere Fachgebiete und Spezialisierungen in den Fachgebieten der Grundversorgung einschließlich Pädiatrie) und Maximalversorger inkl. Unikliniken (umfassen-

des Leistungsangebot). Auch die Bettenzahl richtet sich nach dieser Einteilung. Eine Aussage zur Qualität der Versorgung ist damit nicht verbunden.

Eine sinnvoll aufeinander abgestimmte Struktur des Krankenhauswesens kann jedoch nur in einem längeren Prozess erreicht werden. Zur Zeit erbringen zahlreiche Krankenhäuser der Grund- und Regel-/Zentralversorgung sowohl Leistungen der örtlichen als auch der überörtlichen und überregionalen Versorgung. Konkurrenzbedingt und durch betriebswirtschaftlichen Druck ist auf diese Weise ein enges, aber auch unkoordiniertes Versorgungsnetz entstanden.

Ein erster Schritt zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen ist der von den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften empfohlene Aufbau von Netzwerken (z.B. Herzinfarktnetzwerke, Trauma-Netzwerke, Neurovaskuläre Netzwerke zur Schlaganfallbehandlung u.a.). Netzwerke können den jeweiligen Versorgungsbereich sinnvoll regional strukturieren und miteinander kooperieren. Die bisher freiwilligen Netzwerkstrukturen sollten durch gesetzliche Regelung verpflichtend verallgemeinert werden. Dazu müsste der politisch erzeugte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser beendet und durch eine planvolle Kooperation ersetzt werden.

Über Leistungsgruppen, die im Rahmen der Krankenhausplanung (s.u.) vom Land zugewiesen werden, wird der Versorgungsauftrag näher und verbindlich definiert. Höchstzahlen der Behandlung werden nicht festgelegt. Gesonderte Fachkliniken werden nicht mehr geplant. Selbst wenn ihre Qualität hoch ist, besteht immer ein Problem, wenn Komplikationen auftreten oder multimorbide Patienten behandelt werden. Bestehende Fachkliniken werden als Spezialabteilungen in die Krankenhäuser integriert. Dies dürfte kein Problem sein, wenn erst wieder ein Gewinnverbot für Krankenhäuser gilt (s.u.).

Planung

Es erfolgt eine übergreifende Planung für die ambulanten und stationären Bereiche (inkl. PVZ und AVZ). Der Sicherstellungsauftrag für die Kassenärztlichen Vereinigungen ist schon deshalb hinfällig, weil bei der beschriebenen integrierten Versorgungskette eine sektorale Planung obsolet ist. Der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung liegt wieder ungeteilt beim Land bzw. den Gebietskörperschaften.

Es werden Versorgungsregionen gebildet, die ggf. auch landkreisübergreifend sind. Entscheidendes Kriterium für eine Versorgungsregion ist die gleichmäßige und zeitnahe Erreichbarkeit aller notwendigen Einrichtungen. Die eigentliche Planung der Versorgung erfolgt regional (Versorgungsregionen) und demokratisch – unter Einbeziehung der Menschen vor Ort.

In die Planung müssen die *tatsächlichen* Wegezeiten zur Erreichung eines Krankenhauses (auch unter widrigen Witterungsbedingungen), die Rettungszeiten der Notfallversorgung, die erforderlichen Transportkapazitäten und die Aufrechterhaltung der Grundversorgung vor Ort einbezogen werden.

Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt aufgrund von Planvorgaben des Landes, die wissenschaftlich ermittelt werden und sich auf die Bevölkerungsentwicklung, die Demografie, die soziale Struktur, die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung und auf Vorgaben für die Erreichbarkeit (sowohl der ambulanten als auch der stationären Einrichtungen als auch der Notfallrettung und der Notarztversorgung) beziehen. Zusätzliche Kapazitäten für die Versorgung bei unvorhersehbaren Ereignissen (Massenunfälle, Havarien, Pandemien etc.) müssen bei der Planung der Versorgungsstrukturen mit berücksichtigt werden.

Auch die Versorgungsstufen, die Mindestgröße von Abteilungen und Mindestzahlen für Eingriffe werden vorgegeben. Es werden Qualitätskriterien mit klaren Vorgaben zur Personalbemessung festgelegt. Für den Krankenhausbereich erfolgt weiterhin eine Bettenplanung. Außerdem werden Spezialeinrichtungen (Transplantationen, Verbrennungen, usw.) und ihre gleichmäßige Verteilung auf Landesebene geplant. Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt unter Beteiligung aller Betroffenen (Krankenkassen, Krankenhäuser, Hausärzt*innen, Beschäftigte, Patient*innen, Träger, Kommunen/Landkreise und das Land). Die regionalen Planungen werden durch das Land zusammengeführt und auf ihre Kompatibilität an den Schnittgrenzen überprüft.

Finanzierung

Grundsätzlich werden alle Bereiche (bis auf die weiter bestehenden Praxen) bedarfsgerecht finanziert (Selbstkostendeckung): Die notwendigen Kosten werden refinanziert. Die Kassen haben Kontrollrechte. Über eine Personalbemessung wird das notwendige Personal definiert und nach Tarif bezahlt. Es gibt unterjährige Abschlagszahlungen, die am Jahresende spitz abgerechnet werden. Damit besteht ein Gewinnverbot.

Quelle: Homepage von KsF



Ein Vorbild?

Ein Einblick in das kubanische Gesundheitssystem

Colette Gras

Die derzeitige Diskussion um die Krankenhausreform in Deutschland zeigt, wie weit unser Gesundheitssystem von einer gerechten und bedarfsgerechten Versorgung entfernt ist. Was Karl Lauterbach als »Revolution in den Krankenhäusern« angekündigt hatte, erweist sich in Form des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) als eine absehbar weitere Verschlechterung der Versorgungssituation (näher dazu siehe Text von Thomas Böhm, S. 5).

Im Gegensatz dazu hat Kuba seit Jahrzehnten den Anspruch, Gesundheit als gesellschaftliches Grundrecht zu begreifen und entsprechend zu organisieren. Die Umgestaltung des kubanischen Gesundheitssystems gehörte als ein wesentliches Element zur Etablierung einer sozialistischen Regierung, sodass sich die politischen Voraussetzungen schlecht mit denen Deutschlands vergleichen lassen. Das Beispiel Kubas veranschaulicht jedoch die vielen Vorteile einer Entkopplung des Gesundheitssystems von der Markt- und Profitlogik.

Nach der Etablierung eines sozialistischen Staates im Jahr 1961 folgten weitgehende Maßnahmen, die das kubanische Gesundheitssystem reformieren sollten. Erklärtes Ziel war es, eine flächendeckende, kostenlose Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung unabhängig von Einkommen oder sozialem Status zu etablieren. Dies führte zur Verstaatlichung aller privaten Kliniken und Arztpraxen sowie zur Schaffung eines zentralisierten, staatlich kontrollierten Gesundheitssystems.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt war die Einführung des »Medico de la Familia«-Programms in den 1980er Jahren. Hausärzt*innen wurden direkt in die Nachbarschaften integriert und betreuten kleinere Gruppen von etwa 600–800 Personen. Somit sollte eine persönliche und kontinuierliche Gesundheitsbetreuung gewährleistet werden. Die Integration von Hausärzt*innen in den Vierteln, in das Leben der Menschen, die sie betreuten, ließ eine Versorgungsstruktur entstehen, die nah an der aktuellen Lebensrealität der Patient*innen sein sollte. Die eingeführten Maßnahmen sollten sowohl Individuen als auch Familien, Gemeinschaften und deren Umwelt einbeziehen. Dabei wurden Prinzipien der Primärversorgung mit Ansätzen der öffentlichen Gesundheit und insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten zentralisiert.

Bis heute arbeiten Hausärzt*innen und Pfleger*innen in Teams direkt in den Gemeinden und sind oft mit Praxis und Wohnraum im selben Gebäude präsent. Sie betreuen definierte Bevölkerungsgruppen und führen regelmäßige Hausbesuche durch, um den Gesundheitszustand der Menschen zu beobachten und frühzeitig präventive Maßnahmen zu ergreifen (dabei wird zum Beispiel gewährleistet, dass ein Hausbesuch bei jedem Haushalt mindestens einmal im Jahr stattfindet). Die aktive Einbindung der Community in Gesundheitsinitiativen ist ein zentraler Bestandteil dieses Modells. Die Einwohner*innen sollen dazu ermutigt werden, die Gesundheitsstrukturen langfristig mitzugestalten und an ihre spezifischen Bedürfnisse anzupassen.

Gleichzeitig muss uns bewusst sein, dass das kubanische Gesundheitssystem keine Realutopie wurde; die angestrebte Versorgung entspricht leider nicht dem formulierten Ziel einer für alle kostenlosen und zugänglichen medizini-

Colette Gras ist Ärzt*in in Weiterbildung und arbeitet aktuell in einer allgemeinmedizinischen Praxis im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg; sie engagiert sich seit vielen Jahren im gesundheitspolitischen und queerfeministischen Kontext. Sie ist Co-Autor*in eines Leitfadens für die gynäkologische Unterleibs-Untersuchung. Ihre Dissertation befasst sich mit Rassismus in der Allgemeinmedizin.



Ciencias Médicas Pinar del _Río Ghana, CC BY-SA 3.0 Wikimedia Commons

schen Versorgung. Die vielfältigen Gründe umfassen unter anderem das seit Jahrzehnten andauernde Embargo der USA, das bis heute erhebliche Lieferengpässe bedeutet, sowie die nach dem Fall der Sowjetunion ausgefallene finanzielle und materielle Unterstützung. Die wichtigen Errungenschaften der sozialistischen Revolution auf Kuba wie das freie Bildungs- und Gesundheitssystem, die damit einhergehende Beseitigung von Analphabetismus, drastische Senkung von Kindersterblichkeit und Verlängerung der Lebenserwartung, werden heute immer weiter in Frage gestellt. Dies geschieht aufgrund der ökonomischen Isolation des Landes aber auch mitunter aufgrund des Abbaus der sozialistischen Reformen von Seiten der Regierung. In einem Bericht vom Cuban Observatory of Human Rights (»The state of social rights in Cuba«) wird das Gesundheitssystem von 21% der Bevölkerung als eins der sozialen Hauptprobleme im Land benannt, 89% denken, dass das Gesundheitssystem schlecht oder sehr schlecht ist (61% sehr schlecht). Nichtsdestotrotz und vielleicht auch genau deswegen können und sollten wir von dieser Geschichte lernen und Parallelen zu aktuellen Strukturen, die unser Gesundheitssystem anders denken wollen, ziehen.

Die geschilderten Ansätze des kubanischen Gesundheitssystems lassen sich beispielsweise in Teilen in den Entwürfen der solidarischen Polikliniken des Poliklinik-Syndikats in Deutschland wiederfinden. Diese selbstverwalteten, kollektiv organisierten Einrichtungen setzen

ebenfalls auf eine präventive und gemeindeorientierte Gesundheitsversorgung, die Gesundheit nicht als individuelles, rein »biologisches« Konzept begreift, sondern Gesundheit als intim mit den uns umgebenden Strukturen verwoben und mitbedingt versteht. Während das kubanische System staatlich organisiert ist, agiert das Poliklinik-Syndikat innerhalb der kapitalistischen Gesellschaft und im Rahmen seines Sozialversicherungssystems. Die Polikliniken leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Menschen, die um deren Standorte ihr Lebenszentrum haben. Sie sind aber auch praktische Versuche »Gesundheit« anders zu gestalten, zu behandeln und zu begreifen und wollen am Ende auch eine für alle zugängliche Gesundheitsversorgung jenseits marktwirtschaftlicher Zwänge erfahrbarer machen.

Die Auseinandersetzung mit alternativen Modellen wie dem kubanischen Gesundheitssystem oder den solidarischen Polikliniken kann wertvolle Anregungen für die Diskussion um eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland liefern. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Krankenhausreform wird deutlich, dass es längst überfällig ist, Gesundheitsversorgung nicht als Ware, sondern als gesellschaftliches Grundrecht zu verstehen. Strategisch können wir auf die Gleichzeitigkeit dieser Beispiele zurückgreifen: »Ja, ein solches System kann staatlich organisiert werden« und: »Ja, ein solches System ist in Deutschland möglich«.

Kein Gesetz – aber jede Menge Mindsetting

Zum aktuellen Stand der Militarisierung des Gesundheitswesens

Bernhard Winter

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hatte im März 2024 die Einbringung eines Gesundheitssicherungsgesetzes in den Bundestag angekündigt. Es soll das Gesundheitswesen in Deutschland besser auf Krisen und insbesondere auch auf militärische Konflikte vorbereiten. Aus der Präsentation des Gesetzes im Sommer 2024 wurde aber nichts. Nicht einmal ein Referentenentwurf des Ministeriums wurde bekannt. Zum Stand der Gesetzgebung äußerte sich der Gesundheitsminister in einer parlamentarischen Fragestunde am 16.10.2024 im Bundestag: »... dass viele Strukturreformen liegen geblieben sind. Dazu zählt auch ein Gesundheitssicherungsgesetz, an dem wir derzeit im Hintergrund arbeiten. Wir sind auf den Katastrophenfall, aber auch auf den Bündnisfall nicht ausreichend vorbereitet. Dazu zählen zum Beispiel die Koordination von Aufgaben, die Vorhaltung von bestimmten Kapazitäten, Antidoten für bestimmte Krebsmittel, die Verteilung von Patienten im Ernstfall, Bereitschaften von Zivilen, also Kräften in der Ärzteschaft, für den Bündnisfall oder den Verteidigungsfall. Vieles muss getan werden. Wir arbeiten daran, und Sie können davon ausgehen, dass wir in den nächsten Wochen die Arbeit zu Ende bringen werden und dem Deutschen Bundestag dann ein entsprechendes Gesetz zur Beratung vorlegen werden.«¹ Mit dem Bruch der Ampelkoalition und der Neuwahl des Bundestages scheiterte auch dieses Gesetzesvorhaben, zumindest für die letzte Legislaturperiode. Unabhängig von der (Neu-) Besetzung des Bundesgesundheitsministeriums in einer schwarz-roten Koalition kann man mit Sicherheit davon ausgehen, dass dieses Thema wieder aufgelegt wird.

Unterdessen wird in der Öffentlichkeit das Thema Militarisierung auch des Gesundheitswesens vehement forciert. Bedrohungsszenarien werden vorangetrieben, Forderungen an die Gesellschaft, wie sie einen Krieg vorzubereiten und mitzutragen habe, präzisiert und mit zunehmender Heftigkeit in die Diskussion eingebracht. Wie die aktuellen Diskussionen in der Bundespolitik zeigen ist mit den 100 € Milliarden Sondervermögen das Ende der Aufrüstung noch lange nicht erreicht. Wichtige – aber nicht alleinige – Protagonist*innen der Militarisierungsdebatte im Gesundheitswesen sind dabei neben Parteientreter*innen, die Bundeswehr, Ärztekammern, medizinische Fachgesellschaften, Blaulichtorganisationen und Klinikbetreiber. Die Diskussion, was die Militarisierung für das Gesundheitswesen bedeutet, ist mittlerweile auch in den Leitmedien angekommen.

Es erscheint vor diesem Hintergrund keineswegs verwunderlich, dass die Bundeswehr die Gunst der Stunde nutzt, um ihren gesellschaftlichen Einfluss zu stärken und ausschließlich auf militärisches Denken aufbauende Konfliktlösungsstrategien einzufordern. Das Militär gibt zunehmend seine taktische Zurückhaltung in der Öffentlichkeit auf, präzisiert seine Forderungen und stellt jahrzehntelang Unsagbares zur Diskussion. Einer der Bundeswehr-Frontmänner ist dabei Prof. Dr. phil. Carlo Masala, prominenter Dozent an der Universität der Bundeswehr in München. In seinem Vortrag auf einem Symposium, das von der Bundeswehr zusammen mit drei Landesärztekammern am 20.09.2024

Bernhard Winter ist Gastroenterologe und lebt in Frankfurt/Main, er ist Mitglied des Vorstands des vdäa* und Vorsitzender von Solidarisches Gesundheitswesen e.V.



Generalstabarzt Johannes Backus wirbt auf der Bundesversammlung des Deutschen Roten Kreuzes in Berlin am 30.11.2024 für die Kriegsmedizin.
Foto: DRK / Willing / unsere-zeit.de

im rheinlandpfälzischen Diez veranstaltet wurde², monierte er zur Einschätzung der aktuellen Lage die westeuropäische Sichtweise auf die momentane Weltlage als eine von einer siebzigjährigen Friedensperiode verstellte. Die afrikanische Sicht beispielsweise sähe wegen der vielen Konflikte auf diesem Kontinent ganz anders aus³. Die proklamierte Zeitenwende sei in Deutschland noch nicht vollzogen. Die deutsche Gesellschaft benötige dringend eine Änderung des Mindsets, damit sie resilienter werde. Es geht ihm dabei um einen umfassenden Mentalitätswandel in der gesamten Gesellschaft und konkret bei Angehörigen von Gesundheitsberufen, um deren Zustimmung zur Militarisierung des Gesundheitswesens zu erlangen. Nicht nur auf diesem Symposium erhält er dafür breite Zustimmung von Ärztefunktionär*innen. So fordert denn auch der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) Reinhardt, »zunächst mehr Bewusstsein zu schaffen«⁴. Auf einer Tagung am 10. Oktober vergangenen Jahres hat die BÄK Fachleute aus Ärzteschaft, Politik, Militär und Katastrophenschutz dazu aufgerufen, eine Bilanz zur aktuellen Resilienz des Gesundheitssystems zu ziehen und die nächsten notwendigen Schritten zu beraten.

Aber die Begehrlichkeiten der Bundeswehr gehen deutlich weiter. So möchte sie bei der Planung des zivilen Gesundheitswesens in Deutschland mitreden und eingebunden werden. Man mag sich verwundert die Augen reiben, aber es wird in diesem Kontext betont, dass im Gesundheitswesen das Primat der Daseinsvorsorge gelten solle

und die Gewinnmaximierung hintanstellen müsste. Auch die aktuelle Krankenhausreform wird von Repräsentanten der Bundeswehr wegen beabsichtigter massenhafter Krankenhausschließungen kritisch gesehen. Die stellvertretende Befehlshaberin des Zentralen Sanitätsdiensts der Bundeswehr, Generalstabärztin Almut Nolte, bestätigte diese Auffassung: »Aus unserer Sicht müssten zusätzliche Kapazitäten für den Ernstfall vorgehalten werden«, erklärte sie. »Von daher sind wir auf das zivile Gesundheitswesen angewiesen.« Die Reduzierung der Kapazitäten durch die Krankenhausreform sei dahingehend ein ambivalentes Zeichen⁵. Nach Angaben der Tageszeitung *Die Welt* äußerte sich Generaloberst Hoffmann vom Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr noch skeptischer. Lauterbach solle in seiner Reform die sicherheitspolitischen Herausforderungen mitberücksichtigen und im Sinne eines »gesamtstaatlichen Ansatzes« Wege finden, um stellenweise Bettenkapazitäten zu erhalten, so der Generaloberststabsarzt. Er sehe in Nachbarländern, in denen der Prozess der Effizienzsteigerung bereits durchlaufen sei, »keinerlei Reserven« mehr, 100 Prozent der Betten seien planerisch belegt.⁶

Das vorgegebene Zahlenwerk der Planspiele der Bundeswehr, das in allen Diskussionen zu diesem Thema rezipiert, aber nirgends wirklich erläutert wird, sieht vor, dass bei einem Krieg an der Ostflanke der NATO täglich bis zu 1.000 Schwerverwundete in Deutschland versorgt werden müssten. Dazu würden zusätzlich 10.000 Akut-



Zivile Pfleger und Ärzte zusammen mit der Bundeswehr, 2020 bei einem Corona-Einsatz. F<

oto: Bundeswehr/Miriam Altfelder/unsere-zeit.de

betten benötigt. Diese Planungen geraten in Konflikt mit den aktuell vorgesehenen Krankenhausschließungen. Die Bundeswehr wird dennoch nicht zu einem unerwarteten Bündnispartner der Krankenhausbewegung werden. Ihre Forderungen sind keinesfalls deckungsgleich mit denen, die sich an den medizinischen Bedarfen der Bevölkerung orientieren. Im Grünbuch zur zivilmilitärischen Zusammenarbeit 4.0, das unter dominanter Beteiligung der Bundeswehr von der überparteilichen Denkfabrik *Zukunft Öffentliche Sicherheit e.V.* herausgegeben wurde, wird beispielsweise beschrieben, dass Deutschland mit über 1.000 Rehaeinrichtungen recht gut aufgestellt sei, allerdings sei deren Ausrichtung nicht an militärischen Erfordernissen orientiert⁷. Die Autor*innen dieser Schrift möchten dies geändert sehen.

Auf dem bereits erwähnten Symposium in Diez wurde die Forderung aufgestellt, in der ärztlichen Weiterbildung Militärärzt*innen einen gegenüber zivilen Ärzt*innen privilegierten Zugang zu komplexen Operationen z.B. der Leber zu ermöglichen. Dies soll als Vorbereitung beispielsweise zur Behandlung von Schussverletzungen dienen.

Eröffnet ist mittlerweile auch die Diskussion um die priore medizinische Behandlung von Militärangehörigen im Landesverteidi-

gungs- oder Bündnisfall. So fragte zur Einstimmung in die Problematik die *Süddeutsche Zeitung*: »Muss der Patient mit einem wuchernden Tumor zurückstehen, weil der Operationssaal mit einem blutenden Soldaten belegt ist?«⁸ Militärs gehen dann doch bei der Beantwortung solcher Fragen forscher vor. In einem Beitrag des *Ärzteblatt Thüringen* stellt ein Flottenarzt gemeinsam mit einem Fregattenkapitän d.R. eine Art Selbstverpflichtungsprogramm auf, wie »ich einen Beitrag für mein Land leisten kann.« Auch hier wird der Einsatz für eine vorrangige Versorgung von Militärangehörigen gefordert⁹.

Das weitaus größte Problem bei der Militarisierung des Gesundheitswesens ist die Frage wie für die Bundeswehr sichergestellt werden kann, dass sie bei einer militärischen Auseinandersetzung von ausreichend zivilem Personal unterstützt wird. Dies betrifft keineswegs nur medizinisches Fachpersonal, sondern beispielsweise auch Fahrer*innen und Logistiker*innen. Es gibt bereits gesetzliche Regelungen z.B. für das *Deutsche Rote Kreuz (DRK)*. Im DRK-Gesetz von 2008 ist die verpflichtende Unterstützung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr durch das DRK geregelt. Die *Johanniter Unfallhilfe e.V.* und der *Malteser Hilfsdienst e.V.* sind dazu lediglich ermächtigt. Aktuell

gibt es eine umfassende Diskussion, ob nicht andere Blaulichtorganisationen mit dem DRK gleichgestellt werden sollen. Manche Funktionär*in solcher Organisationen verspricht sich da einen Ressourcen- und Einflusszuwachs. Auf die Beschäftigten des Gesundheitswesens drohen weitere Belastungen mit sogenannten »Ernstfallübungen« zuzukommen. Wie diese bei einem jetzt schon häufig bis an die Grenzen des Möglichen belasteten System geregelt werden sollen, bleibt bis jetzt noch vollkommen unklar.

Die Verabschiedung eines Gesundheits-sicherstellungsgesetzes, in dem auch der Zugriff der Bundeswehr auf die Beschäftigten des zivilen Gesundheitswesens und dessen Infrastruktur geregelt werden wird, hat oberste Priorität für die kommende Gesundheitsminister*in, wer immer sie auch stellen wird. Es wird mit Sicherheit in der jetzt beginnenden Legislaturperiode verabschiedet werden. *(Fertiggestellt 16.03.2025)*

Anmerkungen:

- 1 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/regierungsbefragung-16-10-24.html>
- 2 Eine ausführliche Darstellung des Symposiums aus Sicht der Veranstalter findet sich im Hessischen Ärzteblatt 11/2024, S. 588-591
- 3 Das ist eine ziemlich zynische Haltung. Erst überzieht man den afrikanischen Kontinent jahrhundertlang mit kolonialen und neokolonialen Kriegen, um uns dies dann als Normalzustand vorzuhalten. Er hätte ja auch als Beispiel die USA wählen können, der es seit dem Ende des amerikanischen Bürgerkrieges vor 160 Jahren gelingt, Kriege von ihrem Territorium abzuhalten.
- 4 [https://www.aerzteblatt.de/archiv/241566/Krisenresilienz-Das-Gesundheitswesen-in-der-Zeitenwende; zuletzt aufgerufen 01.02.2025](https://www.aerzteblatt.de/archiv/241566/Krisenresilienz-Das-Gesundheitswesen-in-der-Zeitenwende; zuletzt%20aufgerufen%2001.02.2025)
- 5 [https://www.aerzteblatt.de/news/zivile-und-militarische-arzteschaft-wollen-sich-auf-den-ernstfall-vorbereiten-31d6378e-c5e2-4c98-8178-c16bd9ca3304; zuletzt aufgerufen am 12.03.2025](https://www.aerzteblatt.de/news/zivile-und-militarische-arzteschaft-wollen-sich-auf-den-ernstfall-vorbereiten-31d6378e-c5e2-4c98-8178-c16bd9ca3304; zuletzt%20aufgerufen%20am%2012.03.2025)
- 6 <https://www.welt.de/politik/deutschland/article253951138/Katastrophenfall-1000-Patienten-mehr-pro-Tag-das-Kriegsszenario-fuers-Gesundheitswesen.html>
- 7 Zukunft Öffentliche Sicherheit e.V.: Grünbuch zivil-militärische Zusammenarbeit 4.0, S. 35. Das Grünbuch wird weit verbreitet, vielen Institutionen und allen Kommunen als eine Grundlage ihrer Arbeit zur Verfügung gestellt.
- 8 Im Kriegsfall, Süddeutsche Zeitung 04.12.2024, S. 12
- 9 Ärzteblatt Thüringen 2/2025, S. 21-22

Leseempfehlungen

Thomas Böhm/Kartin Gerlof/
Stephan Kaufmann/Sigrun
Matthiesen: **Finanzialisierung von
Gesundheit und Pflege. 20 Jahre
DRGs und Profite mit Kranken** – mit
einem Vorwort von Mario Candeias
und Fanni Stolz, Münster 2024
Download des ganzen Buchs:



Thomas Böhm: **Das kranke
System der Fallpauschalen.
Warum Fallpauschalen (DRGs)
abgeschafft werden müssen
und wie Krankenhäuser richtig
finanziert werden, 2024**



Nadja Rakowitz: **Mehr Patient –
Weniger Fallpauschale. Mythen
und Fakten zum Krankenhaus-
wesen, Oktober 2024**



Verein demokratischer Ärzt*innen

Für eine soziale Medizin und eine demokratische Gesellschaft

Viel zu tun – und noch mehr zu verändern

Es gibt viel zu tun. Nicht nur auf Station, in der Ambulanz, in der Praxis, im Studium. Auch die Bedingungen und Umstände unserer ärztlichen Arbeit müssen angepackt und verändert werden.

Die allermeisten sind sich einig: Vieles läuft im Gesundheitswesen nicht so, wie es sollte. Auf der einen Seite steht das Ziel unserer Arbeit: das körperliche, psychische und soziale Wohlergehen der Menschen. Und als Hürden dahin erleben wir auf der anderen Seite Einsparungen am Personal, fließbandartige Abläufe und Profitorientierung privater Konzerne. Meist bleibt für alles zu wenig Zeit, für die Patient*innen, für uns selbst und erst recht dafür, sich für positive Veränderungen einzusetzen.

Außerhalb der Versorgung erleben wir, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse die Gesundheit prägen. Menschen leben kränker und sterben früher, weil sie arm und ggf. arbeitslos sind, weil sie psychisch und physisch krankmachenden Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind. Die Gesundheit vieler Menschen wird geschädigt, weil ihnen Ressourcen und Rechte, auch Gesundheitsversorgung, vorenthalten werden, weil sie rassistisch benachteiligt werden, weil sie patriarchale Gewalt erleiden oder den Folgen von Kriegen, Klimakrise und Flucht ausgesetzt sind. Statt fundierter und konsequenter Analysen und kollektiver Lösungsstrategien dominieren individualistische Erklärungsmuster, ein gesellschaftlicher Druck zur Selbstoptimierung und Resignation. Die Auswirkungen dieser sozialen Missstände sehen wir in unserer täglichen Arbeit und sind teils selbst direkt betroffen.

Voneinander lernen – gemeinsam handeln

Im vdäa* haben wir uns zusammengeschlossen, um miteinander zu begreifen, was schief läuft, uns klar zu werden, wie es besser gehen kann und wie wir da hin kommen.

All diese Probleme sind nicht vom Himmel gefallen und sie sind nicht unveränderlich. Warum sind Überstunden die Normalität, wieso müssen wir immer wieder einspringen und mehr arbeiten, teils mehr als legal ist? Warum schaffen wir es nicht, in der Weiterbildung tatsächlich strukturiert zu lernen, sind schon froh, wenn wir alle Aufnahmen, Entlassungen und Untersuchungen geschafft haben, die geplant sind? Warum gibt es so oft eine Kluft zwischen dem, was wir gelernt haben, was der Situation der Patient*innen angemessen wäre, und dem, was tatsächlich gemacht wird? Was sind wirksame Strategien gegen soziale Ungleichheit, Rassismus, Sexismus und wie helfen wir einzelnen Menschen, uns selbst oder Kolleg*innen direkt, wenn sie beleidigt werden oder im Getriebe untergehen?

Viele Fragen. Viel zu tun. Trotzdem – und gerade deswegen – schauen wir den Problemen nicht einfach zu. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, Zahnärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Studierende. Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft möglich sind und gemeinsam erstritten werden müssen.

Lern uns kennen, werde Mitglied und unterstütze unsere Arbeit oder werde selbst aktiv!

www.vdaae.de | www.facebook.com/vdaae | Twitter: @demokrat_aerzte

