

Zum Märchen von Kostendämpfung mit dem Ziel einer verbesserten Gesundheitsversorgung für ALLE.

Oft heißt es: zu hohe Kosten bei unserer gesundheitlichen Versorgung – Maßnahmen der Kostendämpfung müssen erfolgen. Aber die Statistiken der Budgets für Ausgaben im Gesundheitswesen widersprechen dem. Seit Jahrzehnten werden die Budgets in %-Anteilen des Brutto-Inlands-Produkts kalkuliert und zeigen einen moderaten Verlauf. [1] Besondere Ausgabenerhöhungen gab es im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie oder im Krankenhausbereich als die Fallpauschalen (DRGs) für die Krankenhausbehandlungen eingeführt wurden, die angeblich zur Kostendämpfung und nicht Kostenerhöhung vorgesehen waren. [2]

Bei diesen Kosten gäbe es keine Alternativen zur notwendigen lokalen Einschränkung unserer stationären Versorgungsangebote und des Zugangs zur stationären gesundheitlichen Versorgung. Dazu gehören: Krankenhausschließungen, Wegfall von Notversorgungen, Ausdünnung der stationären inneren und chirurgischen Grund- und Regelversorgung, Zunahme fehlender kinderärztlicher Betreuung, weitere Ausdünnung der Geburtshilfe und Überlastungen der Rettungsdienste wegen längerer Anfahrtswege. Besonders betroffen sind – wie auch in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge - ländliche Regionen. Rette sich wer kann, mit dem eigenen Auto wird es schon gehen – und wer keines hat, die älteren Mitmenschen? – Angesichts der zunehmenden Akzeptanz von Militarisierung darf man dies sprachlich doch jetzt einen „bedauerlichen Kollateralschaden“ nennen.

Es wird mehr profitable Fachkliniken geben, die zwar nicht an der Grund-, Regel- und Notversorgung teilnehmen, aber die verheißene bessere Qualität der Krankenhausversorgung symbolisieren – im Notfall aber nicht erreichbar. Große neue Zentralkrankenhäuser soll es geben, deren Bausummen hefeartig überschäumen werden und deren Fertigstellung von Vielen nicht mehr erlebt wird. Der Trend, dass private Kliniken und Krankenhausketten dominieren wird sich fortsetzen. Private Investoren werden angesichts kontinuierlicher Renditen weiterhin ihr Geld in Einrichtungen des Gemeinwohls anlegen. [3]

Hilfreich stehen den privaten Kapitalgebern unsere politischen Vertretungen zur Seite – ergeben sich derart doch günstige Finanzierungsmöglichkeiten für die Realisierung ihrer politischen Ziele:

- Das Gesetz der dualen Krankenhausfinanzierung wird nicht beachtet: es erfolgt weiterhin eine staatliche Unterlassung der Zahlung aller Investitionskosten. Die Investitionsquote der Länder sank von 25 Prozent im Jahr 1972 auf ca. 3 Prozent im Jahr 2020. [4] Ersatzfinanzierungen werden durch private Kapitalträger vorgenommen und verschleiern die fehlende staatliche Finanzierung.
- Das bestehende Budget für Gesamtausgaben der stationären gesundheitlichen Versorgung wird belassen. Bei zunehmenden Teil- oder Gesamtschließungen von Krankenhäusern entfallen Zahlungen aus dem Budget. Für die verbleibenden Strukturen verbleibt so relativ mehr Menge für die Umverteilung und anhaltende Gewinnschöpfung.
- Eine weitere, vorsichtig zu dosierende Finanzierungsquelle ist das Erhöhen der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Übergangs- und Transformationsprozesse lassen sich derart über den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenkassen finanzieren, ohne staatliche Gelder fließen zu lassen. [5]
- Die gesetzlich Krankenversicherten sind daran gewöhnt, dass die Beiträge steigen und die Kassenleistungen sich gleichzeitig ausdünnen. Individuelle Gesundheitsleistungen – genannt IGeL – sind üblich, Zusatzversicherungen im Gesundheitsbereich boomen. [6] Ausgabenanteile werden auf Privathaushalte abgewälzt und umfassten 2022 11,4 %. [7] Wer sich das nicht leisten kann bleibt von der Versorgung ausgeschlossen.

Ist die Existenz einer solchen Zweiklassenmedizin ebenso toleriert wie auch die bestehende Armut und ihre Zunahme?

Die Häufung chronischer Erkrankungen ist nicht nur auf Armut beschränkt. Für die auf Wachstum und Gewinnmaximierung ausgerichtete Gesundheitsindustrie – Pharma- und medizinische Geräteindustrie – stellen chronische Erkrankung, Armut und Alter eine unerschöpfliche Quelle sprudelnder Gewinne dar. [8]

Kostengünstiger kann die geplante zukünftige Gesundheitsversorgung nicht werden.

Die privaten Kapitalträger haben nicht nur zinslose Dauerdarlehen gegeben, sondern haben Renditeerwartungen. Wie aber generieren sich die Gewinne in unseren Krankenhäusern?

Die Gesetzgebung zur dualen Finanzierung sieht vor: Die Betriebskosten der Krankenhäuser, also alle Kosten, die für die Behandlung von Patienten entstehen, werden von den Krankenkassen finanziert. Die Investitionskosten werden hingegen durch die Bundesländer getragen.[9]

Nur aus den Betriebskosten können Gewinne gezogen werden. Die Betriebskosten setzen sich aus Sachkosten und Personalkosten zusammen.

Mittelkürzungen treffen also immer das Personal und die Patienten. Schnellerer und höherer Patientendurchlauf – „blutige Entlassungen“ und weniger Personal bei höherer Arbeitsbelastung.[10]

Diese Mitteleinsparungen führen zu Gewinnen. Es findet eine Zweckentfremdung der Krankenkassenbeiträge statt. Bis 1985 gab es ein Gewinnverbot in den Krankenhäusern. Gewirtschaftet wurde nach dem Selbstkostenprinzip: der Aufwand an Sach- und Personalkosten wurde mit den Krankenkassen abgerechnet. Dieses Selbstkostendeckungsprinzip wurde abgeschafft als die Ertragspauschalen eingeführt und eine Gewinn- und Verlustrechnung sowie Bilanz gefordert wurden.[11]

Gewinne lassen sich auch durch höhere Erträge erwirtschaften. Als ein recht gutes Mittel haben sich sogenannte Fallpauschalen –DRGs – erwiesen. Diese wurden laut Studien ein Anreiz für vermehrte stationäre Behandlung insgesamt.[12] Ferner wurden jene Behandlungsmaßnahmen bevorzugt, die mehr Erträge brachten. Die hohe Anzahl durchgeführter Kaiserschnitte im Vergleich zu anderen Ländern ist ein Beispiel. [13]

Nun sollen die Fallpauschalen doch bestehen bleiben und es sollen DRGs und Vorhalte-DRGs nur an solche Einrichtungen bezahlt werden, denen über Zugehörigkeit zu bestimmten Leistungsgruppen genehmigt ist, bestimmte Behandlungen durchführen. Die Leistungsgruppen werden neu kombiniert und führen zu der Möglichkeit, Krankenhäusern ihre bisherige Tätigkeit nicht zu vergüten. Eine Welle weiterer Klinikschließungen ist zu erwarten. Gesundheitsökonominnen und Gesundheitsmanager, die den Gesundheitsminister beraten, hatten vorgeschlagen, von circa 1.600 Akutkrankenhäusern 1.000 zu schließen. [14]

An der Art der Betreuung der Patienten wird sich auch zukünftig nichts ändern. Die Arbeitsbedingungen des Personals bleiben unverändert: keine hinreichende Zeit am Patienten, keine Zeit für Ausbildungstätigkeit, zu niedrige Vergütung, überbordende Bürokratie, Personalmangel.

Wofür wird die Arbeitszeit im Krankenhaus verwandt?

Von der gesamten Arbeitszeit, die am Patienten erfolgt, werden 30% nur für Dokumentationen verbraucht und davon wird die Hälfte nur für die Dokumentation der Fallpauschalen zur wirtschaftlichen Abrechnung verwandt. Ohne Fallpauschalen würden diese bezahlten Arbeitsstunden frei – mehr Zeit wäre für die Patienten, die Ausbildungstätigkeit und insgesamt bessere Arbeitsbedingungen vorhanden – die Vergütung eingeschlossen.

Auch durch die personelle Verschlankung in den Verwaltungen der Krankenhäuser, wo Mitarbeiter nur mit der Fallpauschalen-Abrechnung befasst ist, werden Finanzmittel frei, die besser verwandt werden könnten. [15]

So aber wird der Personalmangel in den Krankenhäusern durch Flucht aus den bestehenden Arbeitsbedingungen aufrechterhalten. Die mögliche Reintegration der vorhandenen und arbeitswilligen Pflegekräfte ist keine politische Zielgröße – verfolgt wird stattdessen das Anwerben aus anderen Ländern. Dort fehlt dann zwar das Personal – hier aber konnten die Ausbildungskosten eingespart werden. [16]

Und das soll nun die von Lauterbach angekündigte „Revolution im Gesundheitswesen“ sein? [17]

- [1] https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI11.pdf
- [2] Destatis Kostennachweis Krankenhäuser 2013
- [3] https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_krankenhaus.html
- [4] https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/krankenhausfinanzierung/thema_krankenhausfinanzierung.jsp
- [5] <https://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-deutliche-schwaechen-im-gesetzesentwurf/#:~:text=Die%20Finanzierung%20des%20Bundesanteils%20des.aus%20Steuermitteln%20gezahlt%20werden%20m%C3%BCsste.>
- [6] https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI131b.pdf
- [7] https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI18.pdf
- [8] <https://www.insights-intelligence.com/de/der-medizintechnik-markt/>
<https://www.cash-online.de/investmentfonds/2022/medizintechnik-demografie-und-innovation-sorgen-fuer-sehr-hohes-gewinnwachstum/594904/>
- [9] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung>
- [10] https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32.pdf
- [11] <https://dserver.bundestag.de/btd/10/020/1002095.pdf>
- [12] <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/research-papers/rp-28-drg-payment-reforms-wp-note.pdf>
- [13] <https://www.unsere-hebammen.de/hintergruende/aktuelle-herausforderungen/>
- [14] <https://www.sana.de/newsroom/wir-werden-uns-die-heutige-versorgung-nicht-mehr-leisten-k%C3%B6nnen/>
<https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/krankenhaeuser-experten-fordern-jede-zweite-klinik-zu-schliessen-a-1277348.html>
- [15] https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/12/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung_aktualisierte_Ausgabe_2022-12-12.pdf
- [16] https://www.boeckler.de/pdf/pm_fofoe_2022_05_03_final.pdf
- [17] <https://www.tagesschau.de/inland/krankenhaus-reform-101.html>