

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jan Korte, Jutta Krellmann, Dr. Gesine Löttsch, Pascal Meiser, Cornelia Möhring, Victor Perli, Dr. Kirsten Tackmann, Jessica Tatti, Andreas Wagner, Sabine Zimmermann (Zwickau), Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Corona-Pandemie hat es noch einmal deutlich zu Tage gebracht: Jetzt ist die Zeit für einen Systemwechsel in der Krankenhauspolitik, der sich am Gemeinwohl orientiert und den ökonomischen Druck von den Krankenhäusern nimmt. Der Zweck eines Krankenhauses ist nicht, Profite zu erwirtschaften, sondern die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen. Krankenhäuser sind Teil des Sozialstaats. Sie in einen wirtschaftlichen Wettbewerb zu zwingen war ein politischer Fehler, der korrigiert werden muss.

Die derzeitige Finanzierung der Krankenhäuser steht im Gegensatz zu den sozialstaatlichen Grundsätzen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Das oberste Prinzip des KHG, „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“ (§1), wird einerseits durch das Finanzierungssystem der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) und andererseits durch die ungenügende Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer untergraben.

Mit den DRGs werden leistungsabhängige Erlöse erzielt, wobei Leistung einseitig als erbrachte Prozedur definiert wird. Das Verständnis davon, was eine Krankenhausleistung ist, wird durch das DRG-System betriebswirtschaftlich verstümmelt und geht an der Realität der Krankenhausversorgung vorbei. Die umfassende Leistung der Krankenhäuser als Säule der Gesundheitsinfrastruktur wird von den DRGs nicht abgebildet.

Diese erlösorientierte finanzielle Steuerung der Krankenhäuser führt zu vielfältigen Fehlanreizen, die gravierende negative Auswirkungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten wie für die Arbeitsbedingungen der im Krankenhaus Beschäftigten haben. Die Erlöse sind Festpreise, die administrativ anhand von ermittelten Durchschnittskosten bestimmt werden. Sie erstatten nicht die konkreten Kosten des jeweiligen Krankenhauses. Auch der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung einer Region spielt keine Rolle.

Der Zwang, mit leistungsbezogenen Erlösen die wirtschaftliche Existenz sichern zu müssen, führt in den Krankenhäusern einerseits zur Strategie, auf Mengenausweitun-

gen bei lukrativen Diagnosen und Behandlungen zu setzen (z. B. Operationen, apparative Diagnostik). Auf der anderen Seite ist es für Krankenhäuser wirtschaftlich lukrativ, verlustbringende Behandlungen zu vermeiden, also Patientinnen und Patienten zu selektieren, deren Behandlung innerhalb des Abrechnungssystems „unwirtschaftlich“ erscheint. Nicht mehr das Wohl der Patientinnen und Patienten, sondern die Ökonomie steht im Vordergrund. Auch die Folgen für die Versorgungsstruktur sind schwerwiegend: Regelmäßig werden Stationen oder ganze Krankenhäuser aus betriebswirtschaftlichen Gründen geschlossen, obwohl der Bedarf vorhanden ist und obwohl sie eine qualitativ gute Versorgung leisten.

Bei den Beschäftigten führt der Zwang zur Kostensenkung zu einer massiven Überlastung und Ausdünnung des Personals. Über Jahrzehnte wurden im nichtärztlichen Bereich Stellen abgebaut oder nicht neu besetzt. Mit dem Ziel der Tariffucht werden immer mehr Tätigkeiten in Tochtergesellschaften ausgelagert. Diese Entwicklungen verschlechtern nicht nur die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, sie gefährden auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten (Pflegetotstand, Personalmangel, Hygienemängel etc.).

Attraktiv ist dieses Abrechnungssystem nur für profitorientierte Träger. Sie erhalten die Möglichkeit, defizitäre Häuser zu übernehmen, oft zu einem Spottpreis, um sie dann mit den oben beschriebenen Maßnahmen auf Profit zu trimmen. Seit 1991 hat sich die Zahl der privaten Krankenhäuser verdoppelt, ihr Anteil an Betten mehr als verdreifacht. Die Kommerzialisierung wird hier auf die Spitze getrieben. Am Ende werden die aus Sozialversicherungsbeiträgen erzielten Gewinne an private Eigentümer und Aktionäre ausgeschüttet. Die Privatisierung von Krankenhäusern ist ein Irrweg, den es zu verlassen gilt.

Eine sozialstaatliche und gemeinwohlorientierte Gesundheitspolitik muss die marktwirtschaftlichen Mechanismen und die daraus hervorgehenden erlösorientierten Verhaltensweisen der Krankenhäuser wieder zurückdrängen. Die Entscheidungen über diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen müssen frei sein von betriebswirtschaftlichem Kalkül. Damit medizinische Entscheidungen sach- und bedarfsgerecht getroffen werden können, dürfen sie keinen Einfluss auf die Bilanzen der Krankenhäuser haben. Die Leistungserbringung muss von der Vergütung getrennt werden.

Um Krankenhäuser bedarfsgerecht und kostendeckend zu finanzieren, sind krankenhaushausindividuelle Budgets notwendig, die jährlich mit den gesetzlichen Krankenkassen verhandelt werden. Dabei sind die jeweiligen Bedingungen der Leistungserbringung und ihre Kosten zu prüfen, anlassbezogen können die Kassen Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlassen.

Die Voraussetzung für eine gute und sichere Versorgung im Krankenhaus sind verbindliche und bedarfsgerechte gesetzliche Personalvorgaben für alle Berufsgruppen. Wissenschaftlich fundierte Personalvorgaben bringen eine Vielzahl positiver Effekte mit sich: Sie verbessern die Patientensicherheit, erhöhen die Transparenz durch Veröffentlichung in den Qualitätsberichten, bilden die Grundlage für die Verhandlung der Personalbudgets (Wirtschaftlichkeit) und verbessern die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Damit wird insbesondere der Pflegeberuf wieder attraktiver. Dass Potenzial derjenigen, die den Beruf wegen schlechter Arbeitsbedingungen verlassen haben („Pflexit“) kann so endlich genutzt werden, um dem Fachkräftemangel effektiv entgegenzuwirken.

Bundesweit muss die Ermittlung des Bedarfs an stationärer Versorgung auf eine wissenschaftliche Basis gestellt werden. Gegenstand der Bedarfsermittlung im stationären Bereich darf nach dem KHG ausschließlich der tatsächliche Versorgungsbedarf sein. Die Bedarfsplanung sollte kleinräumig organisiert sein mit dem Ziel, ein Optimum an medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Versorgung vor Ort zu ermitteln. Die strikte Unterscheidung zwischen den Sektoren – ambulant, stationär und pflegerisch –

bei Planung und Versorgung soll sukzessiv zu Gunsten einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung überwunden werden. Für eine patientenorientierte Versorgung sind neue, das Krankenhaus ersetzende Therapieangebote im ambulanten Bereich nötig, aber auch die stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in das ambulante Leistungsgeschehen. Dem Landeskrankenhausplan kann dabei die Aufgabe der Rahmenplanung zukommen. Die weitere Ausgestaltung muss demokratisiert werden und kann weitestgehend auf die regionale Ebene verlagert werden. Die Beteiligten vor Ort sollen durch Gesundheitskonferenzen einbezogen werden.

Eine öffentlich organisierte und bedarfsgerecht finanzierte Krankenhausversorgung erfordert auch, die Länder in die Lage zu versetzen, eine flächendeckende Krankenhausinfrastruktur zu sichern und für Neuanschaffungen, An- und Umbauten sowie Modernisierungen die erforderlichen Mittel bereitzustellen. Doch trotz der Verpflichtung der Bundesländer zur Übernahme der Investitionskosten in Krankenhäusern sind in den vergangenen Jahrzehnten die Investitionen der Länder ständig zurückgegangen. In vielen Krankenhäusern ist ein immenser Investitionsstau entstanden, der die Krankenhausplanung aushöhlt. Jährlich fehlen mit rund 3 Mrd. Euro Investitionsmitteln sogar mehr als die derzeitigen Landesinvestitionen betragen, die seit vielen Jahren auf diesem niedrigen Niveau verharren. Dieser Stau kann mittelfristig nicht mehr allein von den Bundesländern behoben werden. Der Bund muss sich zeitweilig an zukünftigen Mehraufwendungen der Länder beteiligen.

In den vergangenen Jahren hat die Kritik am System der Fallpauschalen zugenommen: Pflegekräfte kämpfen und streiken mit ihrer Gewerkschaft ver.di für Entlastung und mehr Personal, Beschäftigte in Tochterunternehmen setzen sich gegen Tarifflicht und Niedriglöhne zur Wehr, Ärztinnen und Ärzte und ihre Organisationen kritisieren die unmenschlichen Zwänge der kommerzialisierten Medizin, Bürgerinnen und Bürger protestieren gegen die Schließung von Stationen und ganzen Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen.

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) war eine Reaktion auf die vom DRG-System verursachten massiven Fehlentwicklungen in der Krankenpflege und auf die lautstarken Kritiken und Proteste dagegen. Die Herausnahme des Pflegepersonalbudgets aus den DRGs ist der (Wieder-)Einstieg in die kostendeckende Finanzierung. Dieser Weg muss jetzt konsequent weitergegangen werden. Kleinteilige Flickschusterei (Sicherstellungszuschläge oder Herausnahme einzelner Bereiche aus den DRGs) wird die versorgungsfeindliche Gesamtdynamik der DRGs nicht beseitigen können.

Die DRGs als Finanzierungssystem sind gescheitert. Wenn es überhaupt noch eines Beweises dafür bedurfte, hat ihn die Corona-Krise erbracht. Ohne dem DRG-System fremde Finanzierungsinstrumente (mit fragwürdiger Verteilungswirkung) wäre die Krankenhausversorgung zusammengebrochen. Als Folge drohen in den nächsten Jahren ein zunehmendes Krankenhaussterben und eine weitere Privatisierungswelle. Ein Finanzierungssystem, das derart krisenuntauglich und gegen die Interessen der Patientinnen und Patienten wie der Beschäftigten ausgerichtet ist, muss abgeschafft werden. Jetzt ist die Zeit für eine grundlegende Neuausrichtung der Krankenhauspolitik.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf zur Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung vorzulegen, der sich an sozialstaatlichen Zielen orientiert. Dabei ist insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

1. Das DRG-System wird abgeschafft und durch ein System der Selbstkostendeckung ersetzt.

2. In § 1 KHG wird das Gebot der Trägervielfalt ersetzt durch das Ziel einer Trägerschaft auf gemeinwohlorientierter und nichtkommerzieller Basis. Um dieses Ziel zu erreichen, legt der Bund einen Rekommunalisierungsfonds auf, der Kommunen und Länder dabei unterstützt, Krankenhäuser zu entprivatisieren.
3. Für alle Berufsgruppen im Krankenhaus wird eine bundesweite, bedarfsgerechte, wissenschaftlich ermittelte gesetzliche Personalbemessung eingeführt. Die Entwicklung der entsprechenden Instrumente zur Personalbemessung müssen umgehend in Auftrag gegeben werden, um sie anschließend verbindlich anwenden zu können. Die Einhaltung der Vorgaben muss kontrolliert und bei Verstößen durch verbindliche Leistungsreduzierung seitens der zuständigen Landesbehörde wirksam unterbunden werden, z. B. durch zeitweise Reduzierung der Patientenzahlen oder der vorgehaltenen Betten.
4. Um in den Krankenhäusern ein umfassendes Insourcing ausgelagerter Bereiche zu erreichen, wird die Finanzierung der Personalkosten im Rahmen der Selbstkostendeckung nur dann übernommen, wenn eigene Beschäftigte unter Beachtung der Tarifverträge eingesetzt werden. Auftragsvergabe an Dritte ist so zu beschränken, dass sie nur auf sachlich notwendige Fälle begrenzt wird (z. B. Einkauf von spezialisierten IT-Leistungen).
5. Bedarfsgerechte Krankenhausplanung: Die Länder müssen unter demokratischer Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sowie Beschäftigten die notwendige Zahl und Größe von Krankenhäusern und deren Kooperation (Aufgabenverteilung), die Anzahl der Fachabteilungen und (Intensiv-)Betten ermitteln. Mittelfristig muss die Verknüpfung mit der Bedarfsplanung im ambulanten Bereich auch unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung von Doppelstrukturen gewährleistet sein. Um konkrete Vorschläge zur Demokratisierung der Krankenhausplanung zu entwickeln, setzt das Bundesministerium für Gesundheit in Absprache mit den Ländern ein Expertengremium ein, das aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, des Bundes, der Krankenhäuser, der Beschäftigten und ihrer Gewerkschaften, maßgeblicher Patientenorganisationen, der Krankenkassen, der ambulanten Leistungserbringenden und anderer beteiligter Akteurinnen und Akteuren zusammengesetzt ist. Dieses Gremium soll Vorschläge entwickeln, wie die Planung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung von Erreichbarkeit (flächendeckende Versorgung), Qualität, demografischen und Morbiditätsfaktoren und mit demokratischer gesellschaftlicher Beteiligung gewährleistet werden kann.
6. Der Bund beteiligt sich an der Investitionsfinanzierung der Länder. Jeder von den Ländern zusätzlich finanzierte Euro wird mit einem Euro aus Bundesmitteln bis zu einer Maximalsumme von 2,5 Mrd. Euro pro Jahr für eine Dauer von zehn Jahren bezuschusst. Mittel des Bundes im Krankenhauszukunftsfonds, nicht aber des aus dem Gesundheitsfonds finanzierten Krankenhausstrukturfonds, können hiervon während seiner Laufzeit in Abzug gebracht werden.

Berlin, den 26. Januar 2021

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Zu 1.

Der Zweck des KHG, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, kann, wie oben beschrieben, mit dem DRG-System nicht erreicht werden. Hierfür bedarf es der (Wieder-)Einführung einer kostendeckenden Finanzierung. Auch wenn es häufig behauptet wird, besteht zwischen Selbstkostendeckung und Wirtschaftlichkeit kein Widerspruch. Gemeinwohlorientierung bedeutet, mit guter Qualität effizient und kostendeckend zu wirtschaften. Nur die Selbstkosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses werden gedeckt. Die Leistungs- und Kostenstruktur der Krankenhäuser kann dabei auch problemlos transparent gemacht werden, um sie auf ökonomische Rationalität hin zu überprüfen. Eines wird man in den Bilanzen nicht mehr finden: Profite. Gewinne und Verluste widersprechen dem Prinzip der Selbstkostendeckung und sind dann nicht mehr möglich.

Die unzureichende wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch die DRGs, die in zu vielen Fällen schon zur Schließung von notwendigen Stationen und Krankenhäusern geführt haben, sind auch den Befürworterinnen und Befürwortern der Fallpauschalen nicht entgangen. Mit Sicherstellungszuschlägen in einzelnen Bereichen wird versucht, gewisse bedarfsnotwendige Strukturen zu stützen. Das reicht jedoch oft nicht aus und ändert auch nichts an dem grundsätzlich dysfunktionalen DRG-System. Auch vom umgekehrten Fall, der Leistungsausweitung, wird vielfach berichtet: Der Spielraum zur Diagnosestellung und der aufgrund der Diagnose vorgeschlagenen Therapie werden weit ausgedehnt, um profitable Leistungen mit zweifelhafter Notwendigkeit zu erbringen. Dies alles hat negative Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur. Die Krankenhausplanung wird so ad absurdum geführt und die bedarfsnotwendige Versorgung gefährdet.

Zu 2.

Der 1984 in das KHG aufgenommene Grundsatz der Trägervielfalt hat die private Krankenhausindustrie gestärkt, auf Kosten der öffentlichen Träger. Ein Bundesfonds zur Rekommunalisierung soll Länder und Kommunen dabei unterstützen, die Fehlentwicklungen der Privatisierung zu korrigieren und die Krankenhauslandschaft zu entprivatisieren.

Zu 3.

Krankenhäuser sind für die Patientensicherheit besonders sensible Bereiche. Die dort Beschäftigten benötigen daher die Zeit, um ihre Aufgaben verantwortungsvoll wahrnehmen zu können. In allen Bereichen können patientengefährdende Fehler passieren, von der Pflege über die ärztliche Behandlung bis hin zum Reinigungsdienst. Insbesondere solange es ein Finanzierungssystem mit Anreizen für die Krankenhausleitungen gibt, möglichst viele, möglichst schwere „Fälle“ mit möglichst wenig Personal zu „machen“ ist eine Personalbemessung in allen Bereichen dringend notwendig. Auch die in den Krankenhäusern Beschäftigten brauchen dringend arbeitsentlastende Maßnahmen. Ihre Gesundheit darf genauso wenig aufs Spiel gesetzt werden wie die der Patientinnen und Patienten.

Zu 4.

Zu den gravierenden Fehlentwicklungen der vergangenen Jahre gehört auch das weit verbreitete Outsourcing von Beschäftigten. In vielen Krankenhäusern wurden Stellen abgebaut, um die Dienstleistungen von externen, teils dem Krankenhaus gehörenden Servicegesellschaften erledigen zu lassen. Der einzige Zweck dieser Maßnahme ist das Unterlaufen von Tarifverträgen der Krankenhäuser und die Verschlechterung von Arbeitsbedingungen und Entlohnung. Die Belegschaften werden damit gespalten und es verwundert nicht, dass dies insbesondere die Beschäftigtengruppen betrifft, die auf dem Arbeitsmarkt eine schwächere Position haben. Das ist aus sozialer Sicht und für das Arbeitsklima fatal, hat aber auch negative Effekte auf die Patientenversorgung, etwa wenn eingespielte Teams sich nicht entwickeln können oder häufiger den Arbeitsplatz wechselnde Mitarbeiter der Servicegesellschaften die Gegebenheiten vor Ort nicht so genau kennenlernen können. Um dieses Outsourcing umzukehren, wird hier klargestellt, dass in der Regel nur die eigene Belegschaft als Nachweis für die Erreichung der in Nummer 3 geforderte Personalbemessung geltend gemacht werden kann. Ausnahmen hiervon kann es nur ausnahmsweise in begründeten Einzelfällen geben, etwa als Krankheitsvertretung bei einem besonders hohen Krankenstand.

Zu 5.

Im Grundsatz ist die staatliche Verantwortung der Krankenhausplanung richtig. Sie ist richtigerweise nicht bei den Krankenkassen als den Trägern der Betriebskosten angesiedelt, um eine einseitige Fokussierung der Planung auf geringe Folgekosten unter Vernachlässigung von Versorgungsaspekten zu vermeiden. Aber um breitere Akzeptanz finden zu können, erfordert Krankenhausplanung eine Beteiligung der von ihr Betroffenen, insbesondere auch bei schwierigen Entscheidungen, bei denen unterschiedliche Versorgungsaspekte gegeneinander abgewogen werden müssen. Dies gilt zum Beispiel, wenn die Qualität bestimmter Behandlungen durch Mengenvorgaben, die nicht jedes Haus erfüllen kann, und Erreichbarkeit in der Fläche in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden müssen. Das zeigen auch immer wieder gesellschaftliche Proteste gegen von oben durchgesetzte Strukturentscheidungen. Besser wäre es, die betroffenen Akteurinnen und Akteure in den Planungsprozess institutionalisiert einzubeziehen und demokratische Mitbestimmung im Voraus zu ermöglichen, statt im Nachhinein Proteste zu provozieren. Zu der Frage, wie diese Mitbestimmung ermöglicht werden kann, soll ein Expertengremium Vorschläge unterbreiten. Es bietet sich an, dass der von der stationären Versorgung völlig unabhängig geplante ambulante Bereich bei dieser Neuorganisation einbezogen wird. Eine Verknüpfung und Koordinierung hat das Potential, die Versorgung zu verbessern und auch im Sinne der Patientinnen und Patienten Gräben zwischen den Sektoren zu beseitigen. Dazu kommt, dass auf diese Weise auch teil-ambulante bzw. teil-stationäre Angebote gemacht werden können und eine sinnvolle Umwandlung von Versorgungsstrukturen erfolgen kann, die derzeit oft scheitert und entweder zur Verkrustung von Strukturen oder zur Aufgabe bedarfsnotwendiger Angebote führt.

Zu 6.

Nach § 8 KHG haben sämtliche Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurden, einen Anspruch auf finanzielle Förderung und Ausstattung. Rechtlich sind Plankrankenhäuser per Definition notwendige Krankenhäuser und müssen wirtschaftlich gesichert werden. Dadurch, dass der Bund, bis zu einer Gesamtsumme von 2,5 Mrd. Euro jährlich, auf jeden Euro, den die Länder zusätzlich den Krankenhäusern als Investitionsmittel bereitstellen, einen Euro drauflegt, bewirkt er, dass die Länder ihrer Finanzierungsverantwortung in stärkerem Maß als bisher nachkommen. Bei der Regelung muss im Unterschied zu aktuellen Zuschussregelungen klargestellt werden, dass die von den Ländern aufzubringenden Gelder nicht durch Eigenmittel der Krankenhäuser ersetzt werden können. Da die Finanzierungslücke für eine bestandserhaltende Investitionsförderung auf rund 3 Mrd. Euro geschätzt wird, würde das Gesamtvolumen zum einen ausreichen, die Lücke zu füllen und zum anderen ermöglichen, Investitionsversäumnisse aus den vergangenen Jahrzehnten aufzuholen. Diese Förderung ist zunächst für zehn Jahre vorzusehen. Es ist nicht zu erwarten, dass die bestehende Investitionssystematik ohne Eingreifen des Bundes zum gewünschten Erfolg (Beseitigung des Investitionsstaus) führen würde. Da mit dem Krankenzukunftsfonds bereits ein ähnlicher, wenn auch finanziell deutlich schlechter ausgestatteter Mechanismus beschlossen wurde, können die hier seitens des Bundes verausgabten Mittel von der neuen Förderung abgezogen werden.

