

spielsweise bei Diabetiker*innen mit offenen Beinen eine Amputation von Gliedmaßen regelmäßig kostendeckend bzw. abrechnungstechnisch lukrativ, während eine langwierige konservative Behandlung mit dem Ziel des Extremitätenerhalts in der Regel nicht kostendeckend abgerechnet wird und Zuschussbedarf verursacht.

Wir wollen eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, in der das Wohl der Patient*innen im Vordergrund steht und Patient*innen, Ärzte, Pflegekräfte und Hilfspersonal menschenwürdig behandelt werden, und die nach wissenschaftlich ermitteltem Bedarf und medizinischer Notwendigkeit statt marktwirtschaftlicher Kostengesichtspunkte gesteuert wird.

Daher fordern wir:

- Organisation der Krankenhäuser nach dem Bedarf der Menschen vor Ort, auch in Bereichen, die eine intensivere Betreuung erfordern, wie Kinderheilkunde, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallversorgung
- Schluss mit der Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen
- ausreichende Personalausstattung aller für die Patient*innenbehandlung notwendigen Berufsgruppen, Abbau der Belastung durch ständige Überstunden
- bessere und gleiche tarifliche Bezahlung aller Krankenhausbeschäftigten, auch bei ausgegliederten Tochterfirmen
- Herausnahme der Krankenhäuser aus dem preisorientierten Marktwettbewerb
- Öffnung des EU-Rechts für eine Rekommunalisierung von Krankenhäusern außerhalb des Wettbewerbs
- komplette Herausnahme des Gesundheitswesens aus allen Handelsabkommen, auch aus CETA.

Weiterführende Informationen:

- Michael Simon, Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, 2020
- www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=9128
- www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Für eine patientenorientierte Krankenhausversorgung!



In der Coronakrise wurde unübersehbar, dass die Krankenhäuser in Deutschland nicht auf die Versorgung der Bevölkerung in Notfällen ausgerichtet sind, sondern auf die gewinnorientierte Auslastung von Behandlungskapazitäten.

Öffentliche wie private Krankenhäuser finanzieren sich in Deutschland seit 2004 über Fallpauschalen (DRGs), nach dem Prinzip: keine Behandlung, keine Finanzierung. Vorsorge in Krankenhäusern wurde nicht finanziert, auch nicht die Vorratshaltung an Sicherheitsmaterial wie Masken und Schutzausrüstungen für den Fall einer Pandemie – obwohl das Robert-Koch-Institut nach der Vogelgrippe schon 2012 auf die Notwendigkeit von Vorräten an Schutzausrüstungen hingewiesen hatte. Daher gab es im März und April 2020 zu wenige Schutzausrüstungen und zu wenige Masken, auch für das medizinische Personal.

Mit Kindern und Schwangeren gibt es keine Profite

Die Behandlung von Kindern oder Alten, in der Geburtsmedizin und für Patientenversorgung bei einer Pandemie in Krankenhäusern sind in den vergangenen Jahrzehnten verringert worden, weil man in diesen Bereichen keine Gewinne erzielt, sondern Verluste für das Krankenhaus erwirtschaftet.

Schwangere auf dem Land haben große Schwierigkeiten, für die Geburt ihres Kindes ein Krankenhaus zu finden, weil es zu wenig Betten gibt. Geburten im Kreissaal sind zeitlich nicht planbar. Auch die Behandlung von Kindern und Alten verursacht vielfach einen erhöhten Personalbedarf und ist deshalb nicht profitabel.

Private Krankenhäuser picken sich profitable Behandlungen heraus

Diese Zuschussbereiche werden von Kliniken in privater Trägerschaft gerne den kommunalen Krankenhäusern überlassen, weil sie nur Kosten verursachen. Die privaten Krankenhäuser picken sich aus der Versorgung lieber gewinnbringende Fallgruppen heraus, wie Hüft- und Knieoperationen. Kommunale Krankenhäuser, die alle Menschen aufnehmen müssen, geraten durch den dadurch entstehenden unverhältnismäßigen Überschuss an kostenintensiven Behandlungen in finanzielle Schwierig-

keiten. Ein Ausgleich der Defizite durch die Kommunen wird durch das europäische Beihilferecht zusätzlich massiv erschwert, weil hierin eine Wettbewerbsverzerrung zulasten privater Krankenhäuser gesehen wird. Der Kostendruck durch die Fallpauschalen und die ungenügende Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer haben in vielen Krankenhäusern dazu geführt, dass Investitionen aus den Betriebskosten für Pflegepersonal finanziert wurden. Das Pflegepersonal wurde erst 2020 aus den Fallpauschalen herausgenommen, die Regelungen zur Mindestbesetzung allerdings im Frühjahr 2020 wegen des akuten Personalbedarfs in der Coronapandemie wieder ausgesetzt.

Sparen auf Kosten des Personals

Durch die Personalreduzierung beim Pflegepersonal haben Krankenpfleger*innen kaum noch Zeit, sich um ihre Patient*innen zu kümmern. Die ständige Überlastung, zugespitzt in der Coronakrise, bewirkt, dass viele Pflegekräfte schnellstmöglich aus dem Beruf aussteigen und neue Pflegekräfte kaum zu gewinnen sind.

Zur Einsparung von Kosten wurden in vielen Krankenhäusern Teile der Logistik wie Wäscherei, Essensversorgung, Reinigung, Sterilisierung von Material und Krankentransporte auf Subunternehmen ausgelagert, die nicht tarifgebunden sind und in denen die Beschäftigten weniger verdienen. Dadurch verschlechtert sich auch die Versorgung, weil die Pflegekräfte keinen Überblick mehr haben, ob die Patienten Essen und Getränke überhaupt zu sich nehmen, und ob die Hygienestandards ausreichend eingehalten werden.

Mehr Personal und gute Tariflöhne

Das Pflegepersonal und ihre Gewerkschaft Verdi kämpfen seit langem für eine bessere Personalausstattung und für eine gleiche tarifliche Bezahlung aller Beschäftigten im Krankenhaus. Sozialpolitisch verantwortliche Politiker*innen streben daher eine Rückführung aller Beschäftigten unter das Dach des Krankenhauses mit einheitlicher tariflicher Bezahlung an, so in Berlin und Potsdam.

Die Abrechnung medizinischer Behandlungen nach DRGs übt ökonomischen Druck auf die Art und Weise der Behandlung aus. So ist bei-