

Wird Corona zum Wendepunkt? Wie der Neuanfang in der Gesundheitspolitik gelingt

von Manuela Rottmann, MdB, Ekin Deligöz, MdB und Andreas Krahl, MdL (Bayern).

„Deutschland hat viermal so viele Intensivbetten wie Italien,“ und ähnlich lauten die Überschriften, die in diesen Tagen Mut machen sollen. „Deutschland hat zu viele Krankenhausbetten, eine zu lange Verweildauer, zu wenig Wettbewerb und zu viele ineffiziente Strukturen in der Gesundheitswirtschaft,“ so lautete die Kommentierung desselben Sachverhalts noch bis vor kurzem. Zu den vergessenen Helden, die dafür gesorgt haben, dass die Intensivkapazität in dieser Krise in Deutschland noch so hoch ist, gehören auch die Kommunalpolitiker. Sie sind es, die sich dem Druck zur Privatisierung und Schließung seit Jahren entgegenstemmen und mit ihren knappen lokalen Steuermitteln die Krankenhäuser über Wasser halten. Sie mussten sich dafür von Vertretern einer „Gesundheitswirtschaft“ vorhalten lassen, nicht die Weitsicht für die notwendigen Strukturveränderungen zu haben und einer Krankenhausnostalgie anzuhängen.

Es sind nicht nur „einige Krankenhäuser kaputt gespart“ worden, wie Sozialminister Hubertus Heil jüngst äußerte, als ob hier namentlich nicht bekannte böse Mächte am Werk gewesen wären. Obwohl die Einnahmen der Krankenkassen noch nie so hoch waren wie in den letzten Jahren, obwohl die Zahl der Beschäftigten in den Krankenhäusern seit einigen Jahren wieder gestiegen ist, sind die Arbeitsbedingungen in nahezu allen Regelkliniken immer schlechter geworden. Die Hälfte der Krankenhäuser im wohlhabenden Bundesland Bayern war 2019 defizitär.

Wir müssen uns endlich der Wahrheit stellen: Die gegenwärtigen Grundprinzipien der Leistungsfinanzierung im deutschen Gesundheitswesen funktionieren nicht. Sie sind schädlich. Sie sind erst recht nicht geeignet, ausreichende Vorsorge für eine Pandemie wie die aktuelle zu schaffen. Denn wir finanzieren vor allem Mengen: Das gilt für die Krankenhausfallpauschalen, die hochinvasive Medizin überfinanzieren und Grundversorger verhungern lassen. Das gilt für die Apotheken, deren Einnahmen ganz überwiegend von der Menge der abgegebenen Medikamente abhängen. Das gilt für die Querfinanzierung von Arztpraxen durch die Erlöse mit Privatpatienten, für Heilberufe. Das ist das Prinzip. Die fallzahlunabhängige Vorhaltung von Leistungen, d. h. die Tatsache, dass eine Einrichtung einfach vorhanden ist und geöffnet hat, wird nicht ausreichend vergütet. Ebenso wenig personalintensive Medizin. Allen Bekenntnissen zu gleichwertigen Lebensverhältnissen zum Trotz wurden auch in dieser Legislaturperiode immer noch neue Einschnitte in die Flächenversorgung mit Krankenhäusern verabschiedet, zuletzt die neue Vergütung für die Notfallambulanzen. Wer das wissen wollte, konnte es schon lange wissen.

Trotz der seit weit über zehn Jahren andauernden Verschlechterung blieb die politische Debatte bis heute überraschend grobschlächtig. Von einem Ende des Parteienspektrums bis zum anderen kommt die Bundespolitik nicht über platte Forderungen hinaus: Von der Verstaatlichung des Gesundheitswesens bis zu mehr Wertschätzung oder vielleicht noch besserer Bezahlung von Pflegekräften. Allen negativen Erfahrungen mit dem Fallpauschalensystem zum Trotz gibt es im Bundestag keine Grundsatzdebatte darüber, ob dieses System nicht mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat. Stattdessen wird Monat für Monat an den Symptomen herumgedoktort, etwa mit den Pflegeuntergrenzen und der Herausnahme der Pflege aus dem Fallpauschalensystem.

Auch in der Öffentlichkeit findet eine solche Debatte nicht statt: Wohl gibt es seit vielen Jahren Titelgeschichten über Missstände im Gesundheitswesen. Aber kaum Journalisten, die das dabei

wirkende System noch verstehen. Wenn vereinzelt doch systemische Vorschläge aus dem politischen Raum kommen wie der Beschluss der Bayerischen Grünen von Anfang des Jahres, findet dies keinerlei Widerhall in der politischen Debatte.

Das hat Gründe: Die Gesundheitspolitik ist in den vergangenen Jahren systematisch entdemokratisiert worden. Wesentliche Strukturentscheidungen wurden an Gremien der Selbstverwaltung wie den Gemeinsamen Bundesausschuss delegiert. Wer dafür verantwortlich ist, wenn die Geburtshilfe vor Ort schließt – die Krankenkasse, die Landrätin, der Landes- oder der Bundesgesundheitsminister? - durchschaut schon lange keine Wählerin und kein Versicherter mehr. Den meisten Abgeordneten im Bundestag und den Landesparlamenten dürfte es ähnlich gehen.

Die Gesundheitspolitik hatte in den vergangenen Jahren kein Finanzierungsproblem. Im Gegenteil: Bei niedrigen Beiträgen stiegen die Einnahmen der Krankenkassen auf immer neue Rekordhöhen. Aber die Verteilung der Mittel wurde der demokratischen Kontrolle entzogen. Sie wurde denjenigen überantwortet, die die Leistungen erbringen und nun von der Öffentlichkeit unbeobachteten Zugriff auf die Verteilung eines milliardenschweren, durch Pflichtbeiträge verlässlich gefüllten Topfes haben. Es wurde auch nicht einfach gespart. Es wurde umverteilt. Die Lücken in der Grundversorgung und der Vorhaltung gehen einher mit einer Überversorgung an anderer Stelle. Die Krankenkassen haben sich dabei eingerichtet in ihrer Rolle als eigentliches Machtzentrum und sind deshalb die leidenschaftlichsten Verteidiger dieses politisch nicht mehr steuerbaren Systems. Sie dominieren – zusammen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss – Forschung und öffentliche Debatte zur Gesundheitspolitik. Sie beschäftigen immer mehr Menschen mit der Kontrolle der Leistungserbringer. Niedergelassene Ärzte, Pflegeheime und Krankenhäuser müssen im Gegenzug immer mehr ihrer Ressourcen in diese Abrechnungs- und Kontrollbürokratie stecken. Zu Tausenden nehmen jedes Jahr diejenigen, die sich aus ethischen Gründen für einen Gesundheitsberuf entschieden haben, vor diesem System Reißaus. Weil nicht mehr das medizinisch Notwendige, sondern das Abrechenbare den Alltag bestimmt. Wer meint, dass ein paar Euro mehr das lösen, der hat nicht verstanden, dass ein Krankenhaus keine Autofabrik ist.

Die Politik hat sich dem willfährig ergeben. Die Wohlmeinenden lassen sich davon einseifen, dass es ja nur um die Sicherung einer besseren Qualität und des Patientenwohls gehe, wenn mit Mindestmengen und immer höheren Mindestausstattungsanforderungen ungesteuert Krankenhäuser aus dem Markt gedrängt werden. Die anderen sind aktive Lobby der sogenannten Gesundheitswirtschaft. Dazu kann man neben Karl Lauterbach, der unerklärlicherweise als Linker in der SPD gilt, getrost auch Jens Spahn zählen, der etwa die Aufnahme von GesundheitsApps in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung damit begründet, dass man StartUps den Markteintritt in Deutschland erleichtern müsse. Beide sind einander verlässliche Waffengefährten: Bevor eine Debatte aufkommt, warum die kinderärztliche Versorgung in manchen Regionen der Republik so mangelhaft ist oder warum der öffentliche Gesundheitsdienst auf dem Zahnfleisch geht, präsentiert man sich mit verlässlicher Schützenhilfe der BILD-Zeitung als unerbittliche Macher oder Sprücheklopfer zu leichter verdaulichen Themen – ein gesundheitspolitisches Schmierentheater, das das klandestine System der Umverteilung verlässlich vor Aufmerksamkeit bewahrt.

Seitdem Rot-Grün nach der Jahrtausendwende einer Massenarbeitslosigkeit gegenüber stand, gilt das Gesundheitssystem als Bedrohung der Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands, als Last. Das heutige System ist in seinen Grundzügen immer noch die Antwort auf das damalige Dogma der Senkung der Lohnnebenkosten. Dabei ist es nicht einmal ökonomisch effizient, sondern führt zu erheblicher Verschwendung. Corona hat schmerzhaft und drastisch gezeigt, dass die Wahrnehmung des Gesundheitssystems als Last, als Bedrohung der Wettbewerbsfähigkeit unserer Wirtschaft endlich überwunden werden muss. Dass am Ende der Preis, den die Wirtschaft für Lücken im

Gesundheitssystem zahlt, viel höher ist. Dass die zwanzig Jahre alten Antworten sich schon lange als Irrweg erwiesen haben. Wenn Corona zum Wendepunkt in der Gesundheitspolitik dieses Landes werden soll, dann muss sich die Demokratie die Entscheidung über die Strukturen unserer Gesundheitsversorgung zurückholen. Dann muss sie sich endlich der Systemfrage stellen und Bürgerinnen und Bürger in die Debatte einbeziehen. Und dann muss sie sich wieder die Mühe machen, dem Weg des Geldes zu folgen, ihn zu verstehen und ihn umzulenken.

Die versäumte Debatte der letzten Jahre lässt sich nicht über Nacht aufholen. Aber Eckpunkte sind aus unserer Sicht klar.

Für eine verlässliche Gesundheitsversorgung vor Ort müssen die Bundesländer endlich wirklich planen. Wir brauchen eine Krankenhausplanung, die Erreichbarkeit, Qualität und Effizienz etwa durch verbindliche Vorgaben für die Ausstattung und die Öffnungszeiten von Notfallambulanzen räumlich definiert und durchsetzt und die regionale Versorgung nicht dem Zufall der Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft des jeweiligen Krankenhausträgers überlässt.

Für eine verlässliche Gesundheitsversorgung vor Ort muss die Leistungsfinanzierung umgestellt werden. Planerisch definierte Vorhalteleistungen müssen ausreichend aus dem Budget der Krankenkassen finanziert werden. Es kann nicht sein, dass bundesweit kaum eine Kinderklinik kostendeckend arbeiten kann. Es kann nicht sein, dass Krankenhäuser dazu gedrängt werden, unnötige, aber gut finanzierte Operationen durchzuführen, um aus den Erträgen die Geburtsklinik oder die Öffnungszeiten der Notaufnahme finanzieren zu können. Und es kann nicht sein, dass die Versorgung davon abhängt, wie das Steueraufkommen vor Ort ist, obwohl die Versicherten überall dieselben Beitragspflichten haben. Gerade in strukturschwachen Regionen ist das örtliche Steueraufkommen oft so niedrig, dass Kommunen besonders große Schwierigkeiten haben, die Defizite aus der Aufrechterhaltung der schlecht vergüteten Grund- und Akutversorgung zu tragen.

Die organisierte Unverantwortlichkeit im Gesundheitssystem muss beendet werden. Heute sind die Landkreise entweder dazu verdammt, die durch Entscheidungen auf Bundesebene entstehenden Defizite auszugleichen, um die Grund- und Akutversorgung in ihrem Landkreis zu retten, oder – wo die Krankenhäuser privatisiert sind – sie haben überhaupt keine Handlungsmöglichkeiten mehr. Wir müssen Gesundheitsregionen schaffen, in denen Selbstverwaltung, Krankenkassen gemeinsam die Grundversorgung gestalten und dafür auch Mittel aus den Kassenbeiträgen erhalten.

Eckpunkte einer solchen Debatte um einen Systemwechsel können sein:

1. Die Versorgung muss aus der Sicht der Patientinnen und Patienten geplant werden: Dazu wollen wir **bundesgesetzlich festschreiben, welche Maximalentfernungen vom Wohnort für die Grund- und Akutversorgung in der Regel und im ganzen Land einzuhalten sind**. Jeder Versicherte muss sich darauf verlassen können, dass eine Schlaganfallversorgung für ihn oder sie rechtzeitig erreichbar ist, egal ob er im Ballungsraum wohnt oder auf dem Land.
2. Die wohnortnahe Bereitstellung von stationärer Grund- und Akutversorgung ist im System der Fallpauschalen nicht kostendeckend möglich. Gleichzeitig setzt dieses System zu viele Fehlanreize und führt so zu Mittelverschwendung. Es unterstützt die weitere Privatisierung des Gesundheitswesens und benachteiligt öffentliche Träger, die sich der Daseinsvorsorge für die Bevölkerung verpflichtet fühlen. **Wir wollen stattdessen eine Finanzierung der Leistungen durch die Krankenkassen, die auch die Vorhaltung der stationären Grund- und Akutversorgung in der Fläche auskömmlich finanziert und Budgetgrenzen überwindet**. Die systematische Unterfinanzierung von Notfallambulanzen, Geburtskliniken und Grundversorgungsabteilungen und der Zwang zur Quersubventionierung durch

hochtechnisierte, elektive Medizin müssen beendet werden. Wir wollen eine Leistungsfinanzierung, die es wieder erlaubt, das medizinisch Notwendige zu verordnen, und nicht vorwiegend das Abrechenbare. **Der ländliche Raum soll dabei eine Vorreiterrolle für eine neue Abrechnungssystematik und eine finanzielle Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung übernehmen.**

3. Wir wollen **eine verbindliche Krankenhausplanung durch die Länder**, die die nach dem bundesgesetzlichen Mindestversorgungsstandard notwendigen Kapazitäten für die Grund- und Akutversorgung in der Fläche definiert. Der Krankenhausplan muss das verbindliche Versorgungsprogramm enthalten, auf das sich die Versicherten überall verlassen können.
4. Die **Investitionsbedarfe der im Krankenhausplan vorgesehenen Krankenhäuser müssen endlich vollständig aus Steuermitteln** finanziert werden. Nach jahrelangen Kürzungen ist der Investitionsstau enorm. Die Investitionsmittel sind seit vielen Jahren zu gering, und sie werden nicht nach planerischen Kriterien, sondern mit der Gießkanne verteilt.
5. Die Schließung von Krankenhäusern oder einzelnen Abteilungen darf nicht mehr allein davon abhängig gemacht werden, ob der zuständige Träger weiter finanziell in der Lage und willens ist, das Angebot aufrecht zu erhalten. **Die Länder müssen am Maßstab der verbindlichen Krankenhausplanung vorab prüfen, ob das zur Disposition stehende Angebot aus Sicht der Patientinnen und Patienten verzichtbar oder ersetzbar ist durch ein Angebot an anderer Stelle oder in einer anderen Versorgungsstufe.** Dabei ist auch zu prüfen, ob die Kapazitäten in anderen, erreichbaren Krankenhäusern ausreichen, um die von der Schließung betroffene Bevölkerung mitzuversorgen.
6. Im niedergelassenen Bereich wollen wir, dass der Bund zügig **die Bedarfsermittlung für Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte an die Wirklichkeit anpasst.** Die reale Bevölkerungszusammensetzung und -entwicklung sowie das tatsächliche Alter der bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte müssen dabei berücksichtigt werden. So wollen wir verhindern, dass Regionen weiterhin für Neuzulassungen gesperrt werden, in denen ein Versorgungsmangel tatsächlich bereits besteht oder absehbar ist.
7. Wir wollen die **unterschiedliche Vergütung von Leistungen für privat und gesetzlich Versicherte durch den Wechsel zu einer Bürgerversicherung für alle beenden.** Denn die unterschiedliche Vergütung fördert die Abwanderung des Angebots aus der Fläche.
8. Wir wollen, dass verlässliche Vorgaben für die Versorgungsstandards und eine ausreichende Finanzierung durch Bund und Land einhergehen mit einer **Stärkung der Rolle der Kommunen für die Umsetzung der verlässlichen Versorgung für ihre Bevölkerung vor Ort.** Mittelfristig wollen wir die flächendeckende **Gründung von echten Gesundheitsregionen**, in denen die zuständige kommunale Ebene, die Krankenkassen und die Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie weiterer medizinischer Berufe in enger Verzahnung mit weiteren Akteuren wie den Rettungszweckverbänden die regionale Sicherstellung des Mindestversorgungsstandards gemeinsam verabreden. Dazu muss die zuständige kommunale Ebene die erforderliche dauerhafte Ausstattung mit kompetentem Personal erhalten. Aus den Versicherungsbeiträgen müssen insbesondere ländlichen Gesundheitsregionen Mittel zur selbständigen Schließung von Versorgungslücken zur Verfügung gestellt werden. Wenn die Sicherstellungsverantwortung für die ambulante Versorgung von den heute zuständigen Selbstverwaltungen nicht wahrgenommen wird, muss die Zuständigkeit auf die Gesundheitsregionen übergehen.
9. Qualitätsmessungen auf Bundesebene für Krankenhäuser, die nur die Versorgungsqualität ab der Krankenhausschwelle einbeziehen, ignorieren die Risiken, die für Patientinnen und Patienten durch immer weitere Wege entstehen. Eine top ausgestattete Abteilung, die oft nur für einen geringen Teil der Fälle erforderlich ist, nützt den Patientinnen und Patienten

nichts, wenn sie diese nicht mehr rechtzeitig erreichen können. Wir fordern, dass die **Nachteile aus schlechterer Erreichbarkeit und Aufwand und Belastung aus Transport und Verlegung von Patientinnen und Patienten mit in die Qualitätsbewertung einbezogen** werden. Versorgungsstandards, die nur für einen geringen Anteil der Menschen einer bestimmten Diagnose erforderlich sind, dürfen nicht zur Voraussetzung für die Vergütung sämtlicher Diagnosen für Menschen mit dieser Diagnose definiert werden.