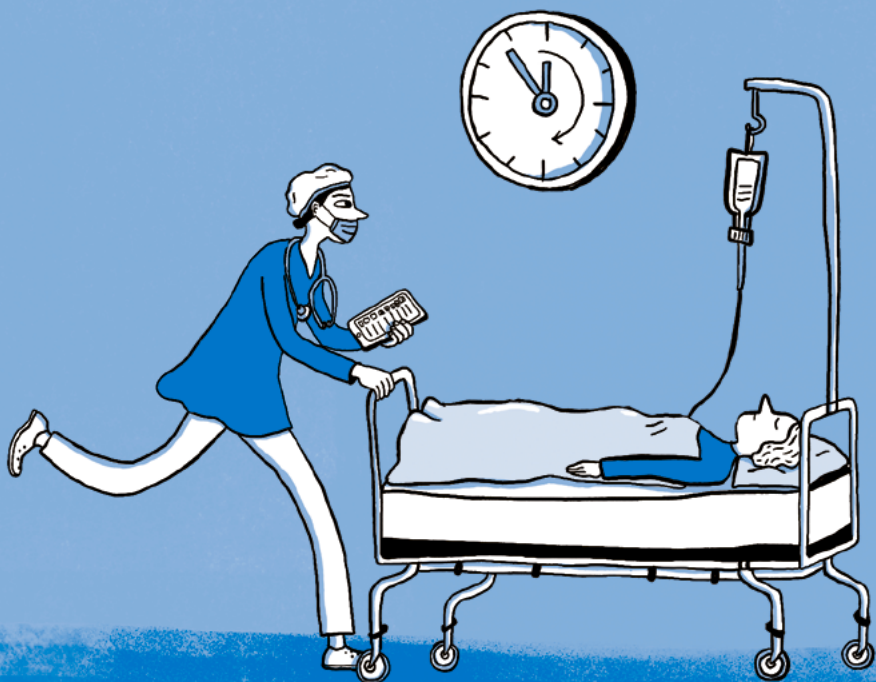


ROSA LUXEMBURG STIFTUNG



2., vollständig überarbeitete Auflage

MEHR PATIENT – WENIGER FALLPAUSCHALE

**Mythen und Fakten
zum Krankenhauswesen**

luxemburg argumente

«Applaus ist nicht genug», so lautete der Titel der 2021 erschienenen Vorgängerbroschüre zum Thema Gesundheitswesen. Sie war wie alle Diskussionen in dieser Zeit stark von der Corona-Pandemie geprägt. Die Bedeutung der Gesundheitsarbeiter*innen, insbesondere der Pflegekräfte, war endlich ins Zentrum gesellschaftlicher Aufmerksamkeit gerückt. Nach dem Ende der Pandemie sind die Debatten jedoch wieder ins alte Fahrwasser geraten: So wird zum Beispiel über zu viele Krankenhäuser in Deutschland geklagt. Dies ist auch der Hintergrund für die seit 2022 von der Ampelkoalition auf den Weg gebrachte Krankenhausreform, die angeblich der Entökonomisierung des Kliniksystems und einer Qualitätsverbesserung der Versorgung dienen soll. Doch stimmt das?

Wir greifen in dieser Broschüre einige neue und viele zum Teil bereits jahrzehntealte Streitpunkte und Kontroversen auf, die sich mit den angekündigten Plänen der Regierung etwa zur Militarisierung des Gesundheitswesens noch verschärfen werden. Die meisten beziehen sich auf die Situation in den Krankenhäusern, auf die Art, wie diese finanziert und organisiert werden. Denn das hat drastische Auswirkungen auf die Versorgung von Patient*innen und die dortigen Arbeitsbedingungen. Wir wollen deswegen genauer hinschauen und fragen: Welche Diagnosen werden gestellt und welche Begrifflichkeiten werden dabei verwendet? Welche Therapien bzw. Lösungen werden angeboten und welche Interessen stecken hinter diesen Vorschlägen?

Genau hinzuschauen ist deswegen so wichtig, weil die öffentliche Debatte von Mythen, ideologischen Argumenten und Halbwahrheiten bestimmt ist. Es geht hier um sehr viel Geld, um mächtige Interessen, um mehr als zehn Prozent aller Beschäftigten im Land und um einen gesellschaftlichen Bereich, der immer noch nicht vollständig kapitalistischen Verhältnissen unterworfen ist. Es handelt sich also bei der Gesundheitsversorgung um ein heiß umkämpftes Feld. Zugleich bedarf es Überlegungen und Konzepte, wie wir diese solidarischer und gerechter gestalten können. Es ist höchste Zeit, sich mit Argumenten und Reformvorschlägen für die Debatten und Kämpfe rund um das Krankenhaus- und Gesundheitswesen zu wappnen, die sich in nächster Zeit noch zuspitzen werden. Diese Broschüre will Orientierung, Anregungen und Hilfestellung dafür bieten.

INHALT

1	«Die Kosten im Gesundheitswesen explodieren»	2
2	«Gesetzlich Versicherte müssen künftig tiefer in die eigene Tasche greifen»	6
3	«Eine Bürgerversicherung würde dem Gesundheitssystem schaden»	10
4	«Weniger Krankenhäuser bedeuten bessere Qualität»	15
5	«Lauterbachs Reform schafft Fallpauschalen ab und dient der Entökonomisierung des Krankenhauswesens»	19
6	«Ein Zurück zur Selbstkostendeckung der Krankenhäuser ist nicht wünschenswert»	25
7	«Mit Künstlicher Intelligenz und ausländischen Fachkräften den Pfl egenotstand beheben»	31
	Schlussbemerkung	36

«DIE KOSTEN IM GESUNDHEITSWESEN EXPLODIEREN»

«Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Je nach Projektion könnten die Arzneimittelausgaben in Deutschland pro Kopf bis 2060 um bis zu 150% steigen.»

(Informationsdienst Wissenschaft, 31.5.2023)¹

Wie wird argumentiert?

Behauptet wird, dass die Ausgaben rasant und immer steiler ansteigen und deutlich über denen anderer Länder liegen würden und dass dies vor allem die Arbeitgeber belastet, weil die sogenannten Lohnnebenkosten im weltweiten Konkurrenzkampf zu hoch seien. Diese Debatte über eine vermeintliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist über 40 Jahre alt. Mal wird sie mehr, mal weniger aufgeregt geführt.

Was ist dran?

Seit genauso langer Zeit halten etwa Gewerkschaften und kritische Expert*innen dieser Behauptung entgegen: Die Kosten des Gesundheitswesens sind über die Jahrzehnte in etwa genauso schnell gestiegen wie der gesellschaftlich produzierte Reichtum, also wie das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Der Anteil des BIP, der in Deutschland für das Gesundheitswesen aufgewendet wird, beträgt seit Mitte der 1990er-Jahre zwischen rund 10 und knapp 13 Prozent. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen wachsen also parallel zum BIP. Es gab nur zwei Jahre, in denen das BIP schrumpfte (aber natürlich nicht das Gesundheitswesen): 2008/09 als Folge der großen Weltwirtschaftskrise und 2020 als Ergebnis des Lockdowns während der Coronapandemie.

Präzise Aussagen über die Gesundheitsausgaben lassen sich allerdings immer nur mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung und aktuell nur bis Ende 2022 treffen. Dem Statistischen Bundesamt zufolge beliefen sie sich in Deutschland im Jahr 2022 auf 497,7 Milliarden Euro oder 5.939 Euro pro Einwohner*in. Das entspricht 12,8 Prozent des BIP. Dieser eher hohe Wert, der klar über dem EU-Durchschnitt von 10,9 Prozent lag, resultier-

te aus den Zusatzausgaben für die Bewältigung der Corona-Pandemie. Den größten Ausgabenposten (40,1%) bildeten in diesem Zusammenhang mit 14,5 Milliarden Euro die in Testzentren, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen durchgeführten Corona-Tests. Die Ende Dezember 2020 begonnene Impfkampagne verursachte Kosten in Höhe von 9,4 Milliarden Euro (26,0% aller coronabedingten Ausgaben, u. a. für den Betrieb von Impfzentren und zentral beschaffte Impfdosen). Das Statistische Bundesamt geht für das Jahr 2023 von einem leichten Rückgang der Gesundheitsausgaben um 9,6 Prozent auf 494,6 Milliarden Euro aus.² Allerdings weiß bis jetzt noch niemand, welche Kosten auf das Gesundheitswesen und den Sozialstaat durch Erkrankungen, die unter dem Stichwort Long Covid gefasst werden, zukommen werden.

Zusätzlich gibt es weitere Unsicherheitsfaktoren. Der eine hat mit der ökonomischen Entwicklung Deutschlands zu tun, der zweite mit der sogenannten Zeitenwende. Nach einem Einbruch im ersten Corona-Jahr 2020 wuchs die deutsche Wirtschaft 2021 (+3,2%) und 2022 (+1,85%) zunächst wieder, allerdings kam es 2023 zu einem Rückgang des BIP um 0,3 Prozent. Die Ausgaben der Krankenhäuser sinken aber nicht mit, im Gegenteil: Wegen des Preisanstiegs bei allen möglichen Gütern und den relativ hohen Lohnabschlüssen steigen sie stärker als in den letzten Jahren. Hinzu kommt, dass es bei den Krankenhausinvestitionen eine Unterfinanzierung von ca. 50 Prozent gibt,³ weil die dafür hauptsächlich zuständigen Bundesländer seit Jahren ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen und der Staat sich allgemein immer mehr aus der Daseinsvorsorge zurückzieht.

Und seit 2022 drohen mit der Aufrüstung der Bundeswehr und der angekündigten Kriegsertüchtigung aller möglichen gesellschaftlichen Bereiche die Verteilungskämpfe wieder deutlich schärfer zu werden. Kurz nach dem Überfall Russlands auf die Ukraine hat die Bundesregierung beschlossen, zusätzliche 100 Milliarden Euro in Form eines Sondervermögens für Investitionen und Rüstungsvorhaben zur Verfügung zu stellen, mit dem Ziel, aus der Bundeswehr «im Laufe dieses Jahrzehnts eine der handlungsfähigsten, schlagkräftigsten Armeen in Europa» zu machen. Für 2024 sind umgerechnet mehr als 73 Milliarden



Euro für den Verteidigungshaushalt vorgesehen, ein Rekordwert für die Bundesrepublik, der noch über dem von der NATO vorgegebenen 2-Prozent-Ziel liegt.⁴ Bereits 2022 hatte Finanzminister Christian Lindner (FDP) klargestellt: «Wir werden in den nächsten Jahren alle öffentlichen Ausgaben priorisieren müssen.»⁵ Dies wird neben anderen zivilen öffentlichen Einrichtungen ganz sicher auch die Gesundheitsversorgung und die Pflege treffen. Viele Kürzungen in diesem Bereich, wie etwa die Schließung von Krankenhäusern, werden bereits jetzt schon mit Geldmangel begründet. Zugleich hat Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) bis zur nächsten Bundestagswahl 2025 die Verabschiedung eines neuen Gesetzes in Aussicht gestellt, mit dem das Gesundheitswesen auf große Katastrophen und militärische Konflikte besser vorbereitet werden soll (Gesundheitssicherstellungsgesetz). Dazu arbeite man eng mit Spezialisten der Bundeswehr und dem Verteidigungs- und dem Innenministerium zusammen.⁶

Zusammenfassung: Bislang stiegen die Gesundheitsausgaben in Deutschland mehr oder minder parallel zum Wachstum des Bruttoinlandsprodukts. Für die Rede von einer Kostenexplosion, die wir uns nicht leisten können, gab es also kaum objektive Gründe. Mit dem aktuellen negativen Wirtschaftstrend, schwer zu kalkulierenden Preisanstiegen und der veränderten Prioritätensetzung der herrschenden Politik stehen uns jedoch neue Verteilungskämpfe bevor. Wie schon bei der kostspieligen Bankenrettung in der großen Finanzkrise 2008 deutlich geworden ist, ist nicht fehlendes Geld, sondern die falsche Prioritätensetzung die Ursache des Mangels.

«GESETZLICH VERSICHERTE MÜSSEN KÜNFTIG TIEFER IN DIE EIGENE TASCH GREIFEN»

«Selbst ohne die geplanten teuren Reformen ließen sich erneute Beitragserhöhungen wohl kaum verhindern.»

(Sprecherin des GKV-Spitzenverbands, 2024)⁷

Wie wird argumentiert?

Auf das befürchtete Milliardendefizit der gesetzlichen Krankenkassen – für 2024 wird es auf zwischen 3,5 und 7 Milliarden Euro geschätzt – gebe es keine andere Antwort, als die (Zusatz-) Beiträge zu erhöhen. In diesem Punkt sind sich der Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen, das von der SPD geführte Bundesgesundheitsministerium und neoliberale Ökonomen einig. Da ein grundsätzlich anders finanziertes System (siehe Mythos 3) ausgeschlossen wird, sollen gesetzlich Versicherte nach den Vorstellungen von einflussreichen Beratern und Lobbyisten bei Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten noch tiefer in die eigene Tasche greifen, um die Lücke zu schließen. So war nach Ansicht von Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am Rheinisch-Westfälischen Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), die Abschaffung der Praxisgebühr ein Fehler, zudem brauche es eine «gewisse selbststeuernde Selbstbeteiligung von Versicherten». Wirtschaftswissenschaftler Bernd Raffelhüschen, der der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft nahesteht, geht sogar noch weiter und fordert «eine gehaltsunabhängige Gesundheitspauschale von 250 Euro pro Monat sowie eine Selbstbeteiligung von bis zu 1.000 Euro im Jahr».⁸

Was ist dran?

Bereits zum Jahreswechsel 2023/24 hatte rund die Hälfte aller gesetzlichen Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag erhöht. Während der allgemeine Beitragssatz derzeit bei 14,6 Prozent des Bruttolohns liegt und bei allen gesetzlichen Krankenkassen gleich ist, ist es diesen erlaubt, seit 2015 einen Zusatzbeitrag zu erheben und über dessen Höhe selbst zu bestimmen. Für das Jahr 2025 droht die größte Steigerung dieses Zusatzbeitrags,

die es bis dato gegeben hat: von derzeit durchschnittlich 1,7 auf 2,45 Prozent.⁹

Wenn die Ausgaben schneller steigen als die Einnahmen, gibt es verschiedene Möglichkeiten, mit dem Problem umzugehen: Man kann Leistungen einschränken oder streichen, man kann die Kosten durch Personalabbau und Ähnliches senken oder man kann die Einnahmeseite stärken. Gesundheitsminister Lauterbach hat vorläufig noch Leistungskürzungen ausgeschlossen, aber die Bevölkerung auf weitere Beitragsanhebungen eingestimmt, nicht zuletzt deswegen, weil der Koalitionspartner FDP höhere Bundeszuschüsse oder andere steuerfinanzierte Lösungen blockiert. Auf Dauer werden immer höhere Mitgliedsbeiträge vermutlich jedoch auf größeren Widerstand stoßen – nicht nur vonseiten der Arbeitnehmer*innen, sondern auch von Unternehmerseite. Da die Krankenkassenbeiträge zur Hälfte von den Arbeitgebern getragen werden, schlagen diese als Lohnnebenkosten zu Buche. Gerade in Zeiten von Wirtschaftskrisen sind deren Erhöhung aufgrund vermeintlicher Wettbewerbsnachteile gewisse Grenzen gesetzt.

Das Problem bei den öffentlichen Debatten um die Finanzierung des Gesundheitswesens ist, dass immer nur bestimmte Lösungsansätze in Betracht gezogen werden, die in der Regel hauptsächlich zulasten von gesetzlich Versicherten, abhängig Beschäftigten und/oder Patient*innen gehen. Bevor im Folgenden auf grundsätzliche Strukturreformen und Alternativen wie eine Bürgerversicherung eingegangen wird, soll hier auf einige naheliegende Einsparmöglichkeiten hingewiesen werden. Was die Ausgabenseite betrifft, wird gegenwärtig viel zu wenig die medizinische Überversorgung in bestimmten Bereichen thematisiert. So ist es wichtig, endlich bedarfsgerechter zu planen, denn aktuell haben wir zum Beispiel in reicheren Stadtvierteln häufig ein medizinisches Überangebot, während in ärmeren Stadtvierteln und auf dem Land Arztpraxen fehlen, obwohl die Zahl der tätigen Ärzt*innen von Jahr zu Jahr wächst. In den Krankenhäusern erleben wir darüber hinaus seit der Einführung der Fallpauschalenfinanzierung 2004 einen Anstieg an Operationen zum Beispiel in der Orthopädie. Dieser ist nicht allein medizinisch begründet, sondern hängt mit einem – aus Sicht der Versorgung der Patient*innen – schlechten finanziellen Anreiz-

system zusammen (siehe Mythos 5). Zudem wird ein nicht unbeträchtlicher Teil der Kassenbeiträge für die (Steigerung der) Profite privater Unternehmen verschwendet. Inzwischen ist mehr als ein Drittel aller Krankenhäuser in der Trägerschaft von zum Teil international agierenden Konzernen, die jeweils stattliche Anteile der Einnahmen für sich beanspruchen (siehe Mythos 6). Im ambulanten Sektor erleben wir gerade, dass große Finanzinvestoren beginnen, Arztsitze in lukrativen Sparten aufzukaufen, um hier kapitalistisch organisierte Versorgungsketten aufzubauen.

Zusammenfassung: Seit den 1990er-Jahren gab es immer wieder Reformen und Anpassungen der Beitragssätze, wobei in jüngster Zeit die gesetzlichen Kassenkassen vor allem ihre Zusatzbeiträge angehoben haben. Bei einer Beibehaltung des derzeitigen Systems, so warnen Expert*innen, könnten die Beiträge bis 2030 auf 20 Prozent und mehr steigen. Dabei gibt es vielversprechende Ansätze und Vorschläge von verschiedenen Parteien, allen voran Die Linke, wie man diese senken und die Finanzierung einer öffentlichen Krankenversicherung sozial gerechter gestalten könnte (siehe Mythos 3).



«EINE BÜRGERVERSICHERUNG WÜRD DEM GESUNDHEITSSYSTEM SCHADEN»

Eine Bürgerversicherung «würde unser hervorragend funktionierendes Gesundheitssystem aufs Spiel setzen und nur Verlierer erzeugen».

(Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., 2024)¹⁰

«Eine starre Einheitsversicherung für alle und jeden ist eine Idee aus der sozialistischen Mottenkiste.»

(Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2021)¹¹

Wie wird argumentiert?

Während Gewerkschaften, Sozialverbände, Die Linke und eingeschränkt auch Bündnis 90/Die Grünen sowie die SPD schon seit Längerem die Einführung einer Bürgerversicherung fordern, in die möglichst alle einzahlen sollen, lehnen FDP, CDU/CSU und die AfD sowie etliche einflussreiche Akteure im Gesundheitswesen dies ab. Die Argumente reichen von verfassungsrechtlichen Bedenken bis zu dem Einwand, eine solche Einheitsversicherung störe den «Systemwettbewerb» zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen und bedrohe somit Innovationen und das gesamte Versorgungs- und Leistungsniveau. Damit seien medizinische Standards in Deutschland, aber auch Zigtausende Arbeitsplätze gefährdet. Private Versicherungsunternehmen und die meisten Ärzteverbände behaupten ferner, dass die privaten Krankenversicherungen aufgrund der damit einhergehenden Mehreinnahmen unbedingt notwendig seien für das ökonomische Überleben der niedergelassenen Praxen.

Was ist dran?

Die Grundidee hinter einer Bürgerversicherung ist, die Zweiteilung in Deutschland zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung aufzuheben und die Lasten der Gesundheitsversorgung gerechter zu verteilen. Neben einer Vermögensabgabe oder «Reichensteuer» wäre die Einführung einer einheitlichen Kranken- oder Bürgerversicherung ein großer Schritt in Richtung mehr Umverteilung und mehr Solidarität. Die Linke schlägt vor, die gesamte Wohnbevölkerung (auch Beamte) miteinzubeziehen, private Krankenversicherungen nur noch als Zusatzversicherungen zuzulassen (mit Übergangsregelungen für privat Versicherte) und Menschen ohne Einkünfte beitragsfrei zu versichern. Um die Finanzierungsgrundlage zu stärken, sollen Beiträge auch auf Kapitaleinkommen und Gewinne erhoben werden, zudem ist geplant, die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze abzuschaffen. Dabei handelt es sich um einen festgelegten Wert, bis zu dem vom sozialversicherungspflichtigen Einkommen Beiträge für die Krankenversicherung abgeführt werden müssen (2024 lag die Grenze bei einem Monatsverdienst von 5.175 Euro brutto). Laut einem von der Linken im Bundestag in Auftrag gegebenen Gutachten könnten die Beiträge auf diese Weise um bis zu 3,5 Prozentpunkte gesenkt werden. Für die Versicherten würden keine Zusatzbeiträge und für Kranke keine Zuzahlungen mehr anfallen. Der Leistungskatalog, in dem festgelegt ist, welche medizinische Krankenbehandlung als notwendig und angemessen gilt, wäre für alle einheitlich.

Während die gegenwärtigen unterschiedlichen Vergütungssysteme von gesetzlicher und privater Krankenversicherung Unterschiede bei der Versorgung begünstigen (Stichwort: Zwei-Klassen-Medizin), könnten mit der Einführung einer solchen Bürgerversicherung, wie sie unter anderem auch vom Sozialverband VdK Deutschland gefordert wird,¹² sogar Spielräume entstehen, den Leistungsumfang bei Bedarf auszuweiten. Denn wenn der gesamte gesellschaftliche Reichtum stärker als in der Vergangenheit zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen wird, werden die Einnahmen stabiler. Entsprechend könnten mit einer solchen Ausweitung der Beitragsbasis die finanziellen Herausforderungen, die zum Beispiel mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung oder unvorhersehba-



ren Pandemien einhergehen, wesentlich besser bewältigt werden. Auch die Bezahlung der Ärzt*innen und das Versorgungsniveau müssten dadurch nicht schlechter werden, wie von den Gegner*innen der Bürgerversicherung behauptet. Vielmehr wäre zu prüfen, ob die Vergütung von Leistungen nicht grundsätzlich anders geregelt werden sollte. Dass weniger Geld im System wäre, ist keine zwingende Konsequenz – im Gegenteil.

Genauso sinnvoll erscheint es, die Pflegeversicherung in eine solidarische Pflegebürgerversicherung zu überführen. Das heißt, deren Leistungen sollten genauso wie Leistungen der Gesundheitsversorgung ab dem ersten und kleinsten Bedarf gewährt werden und nicht erst beim Erreichen des sogenannten ersten Pflegegrads. Aktuell bekommt man Leistungen aus der Pflegeversicherung erst, wenn man nachweisen kann, dass man eine bestimmte Anzahl an Minuten am Tag Hilfe braucht. Und diese Hilfe ist wiederum gedeckelt, was bedeutet, man bekommt sie nur in Höhe einer bestimmten Geldsumme. Alles, was darüber hinaus an Kosten entsteht, muss die oder der zu Pflegenden selbst tragen. Dieses derzeit gültige «Teilkaskomodell» mit verschiedenen Pflegegraden und massiven privaten Zuzahlungen, das ärmere Menschen und Familien benachteiligt, sollte durch eine Vollversicherung ersetzt werden. Nach vorliegenden Studien und Modellrechnungen würden sich die damit verbundenen finanziellen Mehrbelastungen in Grenzen halten.¹³ Man könnte das Problem der krisenbedingten Ausweitung der Kosten der Gesundheitsversorgung und -prävention sowie der Pflege also über eine Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums angehen. Wie dringend dies geboten ist, zeigen die neuesten Zahlen zur Pflegebedürftigkeit: War das Bundesministerium für Gesundheit für das Jahr 2023 noch von einem demografisch bedingten Anstieg von 50.000 ausgegangen, waren es tatsächlich 360.000 Pflegebedürftige mehr.¹⁴ Alarmiert von dieser Meldung stellten die Pflegekassen sofort Anhebungen ihrer Beitragssätze in Aussicht.

Zusammenfassung: Mit der Überführung des bestehenden dualen Systems, in dem sich Privatversicherte dem solidarischen Risikoausgleich entziehen können, in eine Bürgerversicherung für alle wären entgegen den Einwänden von FDP, CDU/CSU und AfD etliche Chancen verbunden. Würden alle zur Finanzierung dieser Bürgerversicherung herangezogen (auch Beamte, höhere Einkommensgruppen und Vermögende), könnten vor allem die Beiträge spürbar reduziert und der soziale Zusammenhalt gestärkt werden.

«WENIGER KRANKENHÄUSER BEDEUTEN BESSERE QUALITÄT»

«Mit weniger als der Hälfte der Krankenhäuser wären Patienten in Deutschland besser versorgt.»

(Bertelsmann Stiftung, 2019)¹⁵

«Jedes Jahr sterben Tausende Patienten, weil Kliniken nicht spezialisiert und entsprechend ausgestattet sind.»

(Tagesschau, 2023)¹⁶

Wie wird argumentiert?

Vor Corona war die gesundheitspolitische Debatte in Deutschland stark von der Frage nach der angemessenen Anzahl von Krankenhäusern und Betten bestimmt. Bereits 2016 hatten Wissenschaftler*innen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina mit folgender These provoziert: Würde sich Deutschland an dem Erfolgsmodell Dänemark orientieren, bräuchten wir hierzulande lediglich 330 (statt der damals über 2.000) Kliniken.¹⁷ 2019 folgte ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen, das zu einer Zentralisierung riet, womit vor allem gemeint war, kleine Krankenhäuser zu schließen.¹⁸ 2023 kam die von Lauterbach eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu dem Schluss, dass die Behandlungsqualität deutlich besser werde, wenn komplizierte medizinische Behandlungen ausschließlich in dafür spezialisierten Kliniken durchgeführt würden.¹⁹ Das Argumentationsmuster: Viele «Kleine» behandeln Herzinfarktpatient*innen, obwohl ihnen die Voraussetzungen dazu fehlen und obwohl «Große», die es besser können, in der Nähe sind. Weniger Krankenhäuser heißt schneller gesund, weniger Herztote, kürzere Wartezeiten – so lauten die Verheißungen der Gesundheitsökonom*innen, die verstärkt direkte Politikberatung betreiben.

Was ist dran?

Obwohl im Zuge der Corona-Pandemie solche Stimmen zunächst leiser wurden, sind laut Statistischem Bundesamt allein zwischen 2020 und 2022 hierzulande 20 Krankenhäuser ge-

geschlossen worden.²⁰ Das Bündnis Klinikrettung dokumentierte von 2020 bis Frühjahr 2024 über 60 Schließungen.²¹ Mit den aktuellen Reformvorhaben der Regierung hat die Debatte über Zentralisierung und Reduzierung der Krankenhauszahl wieder volle Fahrt aufgenommen. In der hiesigen Debatte geistert immer noch das Vorbild Dänemark herum. Die Zahl von 330 Krankenhäusern kam in der Leopoldina-Studie zustande, weil man die Bevölkerungszahlen Dänemarks und Deutschlands ins Verhältnis zur Anzahl der Krankenhäuser gesetzt hatte. Dänemark hat ein Krankenhaus pro 250.000 Einwohner*innen, macht für rund 82 Millionen Einwohner*innen in Deutschland 330 Krankenhäuser. Oder anders kalkuliert: 2016 gab es in Deutschland 8,0 Betten pro 1.000 Einwohner*innen, in Dänemark waren es lediglich 2,6.²² Rechnerisch ist das korrekt, gesundheitspolitisch ist der Vorschlag, sich an Dänemark zu orientieren, allerdings genauso problematisch wie die Empfehlungen des oben zitierten Gutachtens der Bertelsmann Stiftung. So wird zum Beispiel angenommen, dass Gegebenheiten in anderen europäischen Ländern ohne Weiteres auch für das hiesige Gesundheitssystem gelten. Dazu gehören Aspekte wie die Verknüpfung und interne Organisation der verschiedenen Sektoren (ambulant, stationär, Reha etc.), die Finanzierung und Trägerschaft der Krankenhäuser oder die Geografie und Verkehrsinfrastruktur. Das alles hat Einfluss auf die Versorgungslage.

Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik hat sich die Mühe gemacht, die Zahlen und Argumente der «Zentralisierungsbefürworter*innen» genauer zu prüfen.²³ Dessen Analysen machen darauf aufmerksam, was in der Regel verschwiegen wird: So trifft es durchaus zu, dass in Dänemark weniger Menschen als in Deutschland an einem Herzinfarkt oder einem anderen Herzleiden sterben, dafür gibt es dort aber mehr Krebstote und mehr Tote aufgrund von Atemwegs- und Nervenerkrankungen. Die Grundthesen der Regierungskommission zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung (bessere Ergebnisse der Krebsbehandlung in zertifizierten Zentren, bessere Ergebnisse der Schlaganfallbehandlung in Stroke-Units, bessere Ergebnisse des Gelenkersatzes bei hohen Zahlen) stellen sie nicht infrage, allerdings die Begründung durch die angebotenen Zahlen und die politische Schlussfolgerung einer notwendigen Ausdünnung der Kliniklandschaft zulasten der



kleinen Häuser. Zum einen sind etliche kleinere Krankenhäuser Teil von wichtigen Kooperationsnetzwerken (z. B. von onkologischen Zentren oder Schlaganfallnetzwerken) mit gutem Outcome für die Patient*innen und bieten eine wichtige wohnortnahe Versorgung an, zum anderen ist die Krankenhausgröße nicht der einzige und nicht der wesentliche Faktor, der die Krankheitsentstehung und Sterblichkeit beeinflusst.

So wie es unredlich ist, bei Ländervergleichen einzelne Diagnosen und Daten herauszugreifen und andere, die nicht ins Bild passen, einfach wegzulassen, so dürfen auch die Rahmenbedingungen, unter denen die aktuelle Krankenhausreform in Deutschland vollzogen wird, nicht ausgeblendet werden. So besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Ländern darin, dass die Krankenhäuser in Dänemark alle in öffentlicher Hand sind und nicht über ein Preissystem finanziert werden. Hätte also Deutschland ein Gesundheitswesen wie in Dänemark, in dem der Staat Eigentümer, Planer, Betreiber und Finanzier der Krankenhäuser ist, gäbe es auch viele der Probleme nicht, mit denen Patient*innen, Beschäftigte und Betreiber heute bei uns konfrontiert sind. Unter den Bedingungen eines Krankenhausmarktes, auf dem der Anteil von Kliniken in privater Trägerschaft unaufhörlich wächst wie derzeit in Deutschland (aktuell liegt er hier bei knapp 40%), ist eine Reformierung der Krankenhauslandschaft im Sinne des Gemeinwohls nur dann möglich, wenn stattgefundene Privatisierungen und Ökonomisierungstendenzen (insbesondere der durch das DRG-Finanzierungssystem erzeugte Kostendruck) konsequent zurückgedrängt werden (siehe hierzu Mythos 5 und 6).

Zusammenfassung: Weniger Kliniken in Deutschland, so das Versprechen vieler Expertenkommissionen und auch der aktuellen Krankenhausreform, sollen zu weniger Todesfällen und einer höheren Qualität der Versorgung führen – Ziele, gegen die wohl niemand etwas einzuwenden hat. Es steht allerdings zu befürchten, dass wir es hier mit einem Etikettenschwindel zu tun haben und die Motive hinter den Bestrebungen, vor allem kleinere Krankenhäuser zu schließen oder sie in die Insolvenz zu treiben, eher ökonomischer Natur sind und damit die kapitalfreundliche Zu- und Ausrichtung des Krankenhauswesens (mehr Effizienz, Verschlinkung und Rationalisierung etc.) gestärkt werden soll.

«LAUTERBACHS REFORM SCHAFFT FALLPAUSCHALEN AB UND DIENST DER ENTÖKONOMISIERUNG DES KRANKENHAUSWESENS»

«Den Krankenhäusern wird der ökonomische Druck genommen: Durch eine Vorhaltevergütung sollen bedarfsnotwendige Krankenhäuser künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden.»

(Bundesministerium für Gesundheit, 2024)²⁴

Wie wird argumentiert?

Im Oktober 2022 kündigte Gesundheitsminister Lauterbach an, dass die von ihm eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gerade an einem Konzept für eine «Überwindung des aktuellen Systems der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG)» arbeite. Das Fallpauschalensystem habe sich seit seiner Einführung derart verselbstständigt, dass der ökonomische Druck zu stark geworden sei. Bereits die 2021 angetretene Ampelregierung hatte in ihrem Koalitionsvertrag versprochen, hier Abhilfe zu schaffen und die Mengenorientierung in Kliniken zu überwinden. Lauterbachs Ankündigung sowie Verlautbarungen des Bundesministeriums für Gesundheit erwecken den Eindruck eines bevorstehenden Systemwechsels: «Die Medizin wird wieder in den Vordergrund gestellt und folgt nicht mehr der Ökonomie.» Plötzlich ist wieder von Daseinsvorsorge und Verantwortung für das Wohl der Patient*innen und der Beschäftigten die Rede, in einer Talkshow nahm Lauterbach für seine Pläne sogar das Wort «Revolution» in den Mund.

Was ist dran?

Auch hier handelt es sich um einen Etikettenschwindel. Denn die Mechanismen, die zum jetzigen Notstand – chronischer Personalmangel insbesondere in der Pflege (siehe hierzu Mythos 7), sinkende Versorgungsqualität, Existenzbedrohung insbesondere kleinerer Kliniken – geführt haben, werden mit dem im Mai 2024 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) in vielerlei Hinsicht fortgeschrieben. Weder soll nach dem vorliegenden Entwurf das bisher gültige Preissystem abgeschafft werden – vielmehr ist ein komplizierter Finanzierungsmix aus Fall- und sogenannten Vorhaltepauschalen vorgesehen –, noch wird mit diesem Gesetz das Kliniksterben ein Ende finden.

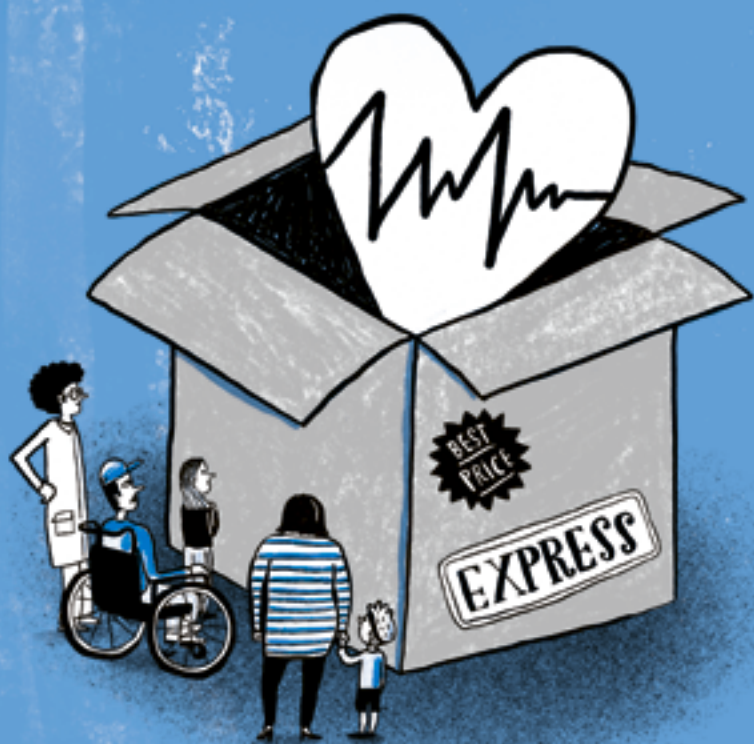
Zur Erinnerung: 2004 löste das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG-System) das bis dahin weithin geltende Selbstkostendeckungsprinzip (siehe hierzu Mythos 6) bei der Krankenhausfinanzierung ab. Seitdem werden Patient*innen anhand von medizinischen Daten (Diagnosen, durchgeführte Behandlungen, Verweildauer etc.) und persönlichen Merkmalen (Alter, Geschlecht etc.) Fallgruppen zugeordnet und darüber die Höhe der Erlöse für das Krankenhaus bestimmt. Damit liegt der Fokus auf abrechnungsfähigen Prozeduren. Um möglichst profitabel zu wirtschaften, müssen Krankenhäuser möglichst viele Patient*innen in möglichst kurzer Zeit behandeln. Deshalb sind die Fallzahlen zwischen 2004 und 2019 insgesamt um etwa fünf Millionen gestiegen, während sich gleichzeitig die Verweildauer der Patient*innen im Krankenhaus halbiert hat und die Zahl der Beschäftigten zunächst drastisch gesenkt wurde. Entsprechend hoch ist die Anzahl der Patient*innen pro Pflegekraft und die Arbeitsbelastung für alle. Geld für leere Betten, für die dennoch Personal, Material und Maschinerie vorgehalten werden müssen, sieht dieses System nicht vor. Es ist, als ob man die Feuerwehr nur für den Fall bezahlen würde, dass es tatsächlich brennt.

Bis zur Corona-Pandemie haben fast alle Gesundheitsökonom*innen und wichtigen Lobbygruppen diagnosebezogene Fallpauschalen als die bessere, weil angeblich leistungsgerechtere und transparentere Finanzierungslogik verteidigt. Seitdem reißt die Kritik an den von ihr ausgelösten Fehlentwicklungen

(rein preisgetriebener Wettbewerb zulasten der Patient*innen und Beschäftigten, Anreize für eine weitere Privatisierung der Krankenhauslandschaft, Benachteiligung zum Beispiel von kleinen Häusern in ländlichen Gegenden oder solchen mit Geburtshilfestationen oder Abteilungen für Kinderheilkunde) nicht ab und hat auch die Politik erreicht. Abhilfe soll nun nach dem vorgelegten Gesetzesentwurf eine sogenannte Vorhaltevergütung sowie eine Neuordnung der Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen schaffen.

Vorgesehen ist, in Zukunft 40 Prozent aller Betriebskosten über eine Vorhaltepauschale abzudecken, 40 Prozent sollen weiterhin über das alte DRG-System abgerechnet werden, 20 Prozent entfallen auf «die Pflege am Bett». Das Bundesgesundheitsministerium preist dies als eine «Art Existenzgarantie» für solche Kliniken an, die vergleichsweise wenige Behandlungen anbieten. Zentraler Bestandteil des KHVVG-Entwurfs ist zudem die Einführung von 65 Leistungsgruppen (LG), denen sämtliche medizinische Behandlungen/Leistungen (also alle DRG) der Krankenhäuser zugeordnet und mit denen bundesweit einheitliche Qualitätsstandards und Mindestanforderungen an deren personelle und technische Ausstattung festgelegt werden. Das Leistungsgruppensystem soll die Patientensicherheit erhöhen, indem es dafür sorgt, dass ein*e Patient*in nur dort behandelt wird, wo auch die entsprechenden Kapazitäten und Erfahrungen vorhanden sind. Krankenhäuser sollen sich auf die Leistungen und Behandlungen spezialisieren, die sie erwiesenermaßen gut ausführen können.

Damit, so das Versprechen, würden zukünftig wieder stärker medizinische Erwägungen und nicht länger wirtschaftlicher Druck die Versorgung bestimmen.²⁵ Der große Haken dabei ist: Weder die Verteilung des Vorhaltebudgets noch die Auszahlung an die Krankenhäuser werden mengen- oder fallunabhängig erfolgen, sondern das System der bisherigen Fallpauschalenvergütung wird hier in gewisser Weise fortgesetzt. Für jede Leistungsgruppe sollen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Bewertungsrelationen ermittelt und für jedes Bundesland ein Vorhaltebudget anhand der den Krankenhäusern im jeweiligen Land zugewiesenen Leistungsgruppen und Fallzahlen aus dem Vorjahr festgelegt werden. Die Kran-



kenhäuser erhalten die Vorhaltevergütung für jede ihnen zugewiesene Leistungsgruppe, soweit sie die für diese vorgegebenen Qualitätskriterien und sogenannte Mindestvorhaltezahlen (das heißt eine Mindestzahl am Krankenhausstandort erbrachter Behandlungen in der jeweiligen Leistungsgruppe) erfüllen und ihnen diese Leistungsgruppen noch zugewiesen werden. Verändern sich Patientenzahlen und die Fallschwere bundes- bzw. landesweit, verändert sich damit auch die Verteilung der Gesamtsumme. Die Ermittlung des jeweiligen Anteils der Bundesländer und des Leistungsgruppenanteils soll jährlich, die Neuberechnung des Standortanteils zunächst nach zwei Jahren und dann jeweils nach drei Jahren erfolgen. Allerdings erhalten die Krankenhausstandorte nur einen größeren Teil des Kuchens, wenn sich ihre Fallzahlen in drei Jahren um mehr als 20 Prozent erhöhen, womit neue Leistungsanreize geschaffen werden. Die geplante Vorhaltevergütung kann also dazu führen, dass kleine Krankenhäuser mit weniger Behandlungsfällen in Zukunft noch weniger Geld erhalten werden als bisher und damit endgültig in die Insolvenz getrieben werden. Damit ist diese Form der Umverteilung auch ein Instrument der ökonomischen (und nicht bedarfsgerechten) Strukturbereinigung. Es wird die kleinen Häuser also nicht vor finanziellen Problemen schützen und durchbricht nicht die alte Handlungs- und Wettbewerbslogik. Das belegt auch eine erste Simulationsanalyse zu den möglichen Auswirkungen der geplanten Änderungen vom Mai 2024 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft.²⁶

Zusammenfassung: Mit der aktuellen Reform wird die Ökonomisierung, genauer: die finanzielle Steuerung der Krankenhäuser über ein Preissystem, nicht aufgehoben. Weder die neuen Vorhaltepauschalen noch die Leistungsgruppen sind in der vorgesehenen Form geeignet, die Probleme insbesondere kleinerer Krankenhäuser zu beheben. Der Anreiz zur Mengenausdehnung bleibt bestehen bzw. könnte sogar noch größer werden. Gerade weil die finanziellen Gestaltungsspielräume eingeschränkt werden, ist zu erwarten, dass der Leistungswettbewerb im «Rest-DRG-Bereich» noch mehr angefacht wird. Die geplante Vorhaltevergütung ist nicht gleichbedeutend mit einer Finanzierungsgarantie unabhängig von den erbrachten Leistungen. Und sie ist auch nicht zweckgebunden, das heißt, es können daraus Gewinne bzw. Dividenden an Kapitaleigner ausgezahlt werden. Für einen wirklichen Systemwechsel und eine bedarfsorientierte Versorgung braucht es daher dringend eine Rückkehr zum Prinzip der Selbstkostendeckung.

«EIN ZURÜCK ZUR SELBSTKOSTENDECKUNG DER KRANKENHÄUSER IST NICHT WÜNSCHENSWERT»

Leistungsanreize müssen erhalten werden, «weil eine ausschließlich leistungsunabhängige Vergütung – etwa in Form [...] einer Selbstkostendeckung – Fehlanreize setzt und erhebliche Risiken für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung» bedeuten würde.

(Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022)²⁷

Wie wird argumentiert?

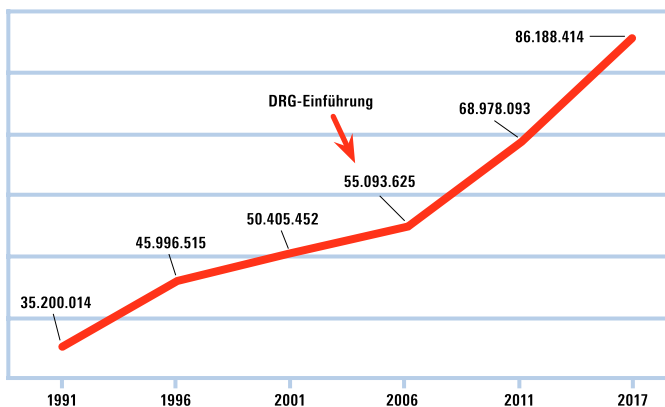
Selbstkostendeckung war in Deutschland zwischen 1973 und 1985 die vorherrschende Form der Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen.²⁸ Dies bedeutete, dass die Krankenhäuser für jeden Behandlungstag einen Pauschalbetrag als Abschlagszahlung erhielten, der für alle Patient*innen und für jede Abteilung unabhängig vom jeweiligen Behandlungsaufwand gleich war. Die Aufweichung des Selbstkostendeckungsprinzips Mitte der 1980er-Jahre wurde vorrangig mit der angeblichen Kostenexplosion im Gesundheitswesen begründet (siehe hierzu Mythos 1). Zudem wurde bemängelt, dass es keinerlei Anreize biete, die Effizienz von Krankenhäusern zu steigern, weil es etwa für besonders leistungsstarke und kostenbewusste Kliniken und deren Betreiber keinerlei Belohnung vorsehe. Bis heute kritisieren viele Ökonom*innen und Politiker*innen dieses Vergütungssystem deshalb als unwirtschaftlich und intransparent. Es leiste einer Selbstbedienungsmentalität bei den Krankenhausbetreibern und einer unkontrollierbaren Kostenentwicklung Vorschub. Ein weiterer Vorwurf lautet, es biete Anreize, die Verweildauer der Patient*innen unnötig auszudehnen, und befördere damit «Ressourcenverschwendung» und «Freiheitsberaubung».

Was ist dran?

Tatsächlich war das Prinzip der Selbstkostendeckung bis 1985 – was heute kaum mehr vorstellbar ist – mit dem Verbot für Krankenhäuser verbunden, Gewinne zu erzielen. Hatte eine Klinik Überschüsse erwirtschaftet, wurden diese im nächsten Jahr von den Pflegesätzen abgezogen, kam es zu Verlusten, wurde nachfinanziert. Nach Ablauf des Jahres mussten die Krankenhäuser ihre Kosten den Krankenkassen offenlegen. Diese hatten sie vollständig zu übernehmen, soweit sie wirtschaftlich nachvollziehbar waren. Wenn es Zweifel gab, konnte gründlich geprüft werden.

Ansonsten lassen sich fast alle genannten Einwände gegen die Selbstkostendeckung empirisch widerlegen: So sind die Gesamtausgaben für die Krankenhäuser nach Aufweichung dieser Finanzierungslogik steiler gestiegen als in der Zeit ihrer Gültigkeit. Besonders drastisch (um +60 %) fielen die Kostensteigerungen zwischen 2005 und 2017, also nach Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG), aus (siehe Abb. 1). Selbst wenn man zugesteht, dass ein Teil der Zunahme demografisch und technisch bedingt ist, bleibt als Resultat: Mit Abschaffung der Selbstkostendeckung und der vom Gesetzgeber ausgebauten Möglichkeit, Gewinne aus dem Krankenhausbetrieb abzuschöpfen, ist das Krankenhaussystem aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht günstiger geworden. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall.

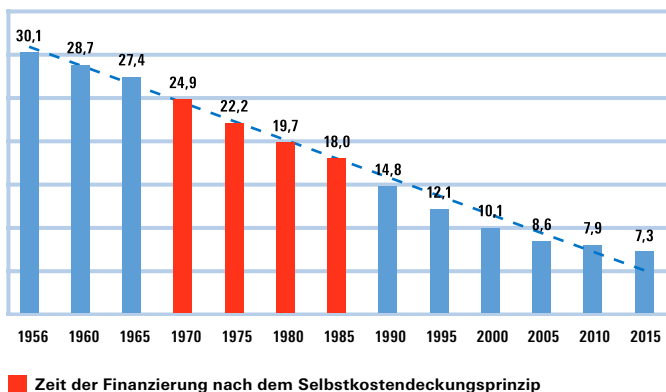
Abb. 1: Kostenentwicklung der Krankenhäuser in Deutschland (Angaben in Euro)



Quelle: Destatis: Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnung; vgl. Krankenhaus statt Fabrik 2020, S. 41.

Auch der in der öffentlichen Diskussion noch heute gern erhobene Vorwurf, das Selbstkostendeckungsprinzip habe zu unnötig langen Verweildauern von Patient*innen im Krankenhaus geführt, lässt sich mit Blick auf die Statistik nicht halten. Bis 1984 bestand kein ökonomischer Anreiz zur Verlängerung der Krankenhausaufenthalte und auch nicht zu Sparmaßnahmen auf Kosten des Personals. Eine Erhöhung der Liegezeiten, um mehr Tagessätze einzunehmen, hätte finanziell keinen Sinn ergeben, da Überschüsse am Ende des Jahres zurückgezahlt werden mussten. Zudem zeigen Daten zu den sogenannten Liegezeiten, dass diese bereits im Zeitraum zwischen 1970 und 1985 um fast 30 Prozent zurückgingen (siehe hierzu Abb. 2).

**Abb. 2: Entwicklung der Liegezeiten
(Angaben in Tagen) in Krankenhäusern**



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge;
eigene Berechnungen; vgl. Krankenhaus statt Fabrik 2020, S. 39.

Das heißt nicht, dass es in der Vergangenheit keinerlei Fehlreize gegeben hätte: So ist etwa bekannt, dass die Zahl der jährlichen Belegungstage von Abteilungen in der Konkurrenz zwischen Chefärzten eine wichtige Rolle spielte. Die «Vollbelegung» war ebenfalls relevant für die im Krankenhausplan der Länder ausgewiesene Bettenzahl eines Hauses, von der auch die Höhe der pauschalen Zuweisungen von Investitionsmitteln abhing. Es gab also Anreize zur Verlängerung der Liegedauer, die aber nicht mit dem Selbstkostendeckungsprinzip zusammenhingen. Heute gilt die umgekehrte Logik: Immer häufiger müssen Patient*innen möglichst schnell die Betten räumen, weil Krankenhäuser für ihre Versorgung nur Pauschalsummen erhalten. Nach Expertenmeinung werden fast 20 Prozent aller Patient*innen zu früh aus dem Krankenhaus entlassen. Nicht nur für viele ältere, alleinstehende oder sozial schlechter gestellte Menschen wäre es für die Genesung oftmals besser, wenn sie nach einer Operation noch ein paar Tage länger im Krankenhaus bleiben dürften.

Was aus einer bedarfs- und gemeinwohlorientierten Perspektive ein weiterer wichtiger Fakt ist: Die Aufgabe der Selbstkostendeckung und die Einführung leistungsbezogener Vergütungen machten den Krankenhaussektor erst interessant für private Investoren. Wer also die fortgeschrittene Privatisierung von Kliniken oder Pflegeeinrichtungen in Deutschland zurückdrängen will, kommt um eine Diskussion über eine grundsätzlich andere Finanzierungsform nicht herum. Für viele Einrichtungen der Daseinsvorsorge (Schulen, Feuerwehr etc.) ist das Prinzip des Ersatzes der tatsächlich entstandenen Kosten eine Selbstverständlichkeit. Warum sollte dies nicht auch (wieder) für einen so gesellschaftlich relevanten Sektor wie das Krankenhauswesen gelten?

Aktuell sind fast 40 Prozent aller Kliniken in Deutschland in privatwirtschaftlicher Hand (1992 waren es noch 15,5%), allein die vier größten hier tätigen Krankenhauskonzerne (Helios, Asklepios, Sana und Rhön-Klinikum) konnten sich 2021 (also mitten in der Corona-Pandemie) über einen Gewinn von 931 Millionen Euro freuen.²⁹ Die Wiedereinführung der Selbstkostendeckung würde dieser Gewinnabschöpfung zugunsten von Aktionären und Kapitaleignern ein Ende bereiten. Diese Mittel könnten in einem neuen System wesentlich sinnvoller eingesetzt werden, zum Beispiel für das dringend benötigte Personal (siehe hierzu Mythos 7). Zusätzlich würde verhindert, dass breit aufgestellte Kliniken in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft zur Vermeidung von finanziellen Defiziten ihr Leistungsangebot einschränken müssten. «Verbleiben würden gesunde Krankenhäuser, die nicht um ihre Existenz bangen müssen und die sich auf ihre Patient*innen konzentrieren können.»³⁰

Zusammenfassung: Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, das in Deutschland im Krankenhauswesen bis Mitte der 1980er-Jahre vorherrschte, wäre neben einem Gewinnverbot für Krankenhäuser und der Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung (siehe hierzu Mythos 3) der richtige Weg, um dem Ziel eines gemeinwohlorientierten und gerechter finanzierten Gesundheitswesens näherzukommen. Der große Vorteil der Selbstkostendeckung liegt darin, dass damit die bedarfsgerechte Versorgung im Mittelpunkt steht, unbelastet von finanziellen Zwängen oder Erwägungen. Mit einem solchen «Gesamtpaket» wäre Schluss mit der dauerhaften Unterfinanzierung etlicher Krankenhäuser, weitere rein ökonomisch bedingte Schließungen und Privatisierungen könnten verhindert werden.

«MIT KÜNSTLICHER INTELLIGENZ UND AUSLÄNDISCHEN FACHKRÄFTEN DEN PFLEGENOTSTAND BEHEBEN»

«KI und ChatGPT haben das Potenzial, die Patientenversorgung in Krankenhäusern zu verbessern.»

(Newsletter für die IT im Gesundheitswesen, 2023)³¹

«Im besten Fall, so lautete der Ampel-Plan, sollten 700 Pflegerinnen aus Brasilien im Jahr nach Deutschland kommen.»

(Die Welt, 31.5.2024)³²

Wie wird argumentiert?

Während die Meinungen über die richtige Organisation des Gesundheitswesens sehr weit auseinandergehen, sind sich in einem Punkt (fast) alle einig: Deutschland leidet unter einem Pflegenotstand. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass der Bedarf an erwerbstätigen Pflegekräften ausgehend vom Vor-Corona-Jahr 2019 voraussichtlich um ein Drittel auf 2,15 Millionen im Jahr 2049 steigen wird.³³ Nach Berechnungen der Gewerkschaft ver.di fehlen aktuell insgesamt 162.000 Vollzeitbeschäftigte allein in den Krankenhäusern, der größte Anteil davon in der Pflege. Wie bei vielen anderen gesellschaftlichen Herausforderungen (z. B. der Klimakrise) drängen Stimmen aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik auf technische Lösungen. So sei das Gesundheitswesen zur Bewältigung des Fachkräftemangels auf digitale Innovationen wie etwa Künstliche Intelligenz (KI) angewiesen. Die Bundespolitik setzt darüber hinaus seit 2012 vor allem auf eine offensive Abwerbung von Pflege- und medizinischem Personal aus dem Ausland. Um die Versorgung kurz- und langfristig sicherzustellen, sei eine ergänzende Fachkräftenwerbung aus Drittstaaten dringend erforderlich. Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD) spricht von einer «Win-win-Situation».³⁴

Was ist dran?

Auch wenn einzelne Kliniken bereits mit Künstlicher Intelligenz ausgestattete Roboter in der Patientenbetreuung zum Einsatz bringen und die Entwicklungen in diesem Bereich rasant voranschreiten, sind sich die meisten Expert*innen einig: KI und Roboter werden Pflegefachkräfte höchstens entlasten, aber nicht ersetzen können. Dagegen stemmen bereits heute international angeworbene Gesundheitsarbeiter*innen bei uns einen beträchtlichen Teil der Pflege und medizinischen Versorgung: Im Jahr 2022 hatten 9,6 Prozent der Pflegekräfte und 13,8 Prozent der Ärzt*innen, die in Deutschland tätig waren, ihre Ausbildung im Ausland absolviert.³⁵ Die Bundesregierung bemüht sich vor allem um Fachkräfte aus Südosteuropa und Ländern des Globalen Südens, obwohl sich Deutschland dazu verpflichtet hat, sich an den 2010 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal zu halten. Dieser sieht unter anderem vor, auf die Anwerbung aus Ländern mit einem «kritischen Mangel» an medizinischen Fachkräften zu verzichten. Trotzdem wurden seit 2013 etliche staatliche Anwerbeabkommen im Rahmen des sogenannten Triple-Win-Programms abgeschlossen, unter anderen mit Tunesien, Bosnien-Herzegowina, Indonesien, den Philippinen und dem indischen Bundesstaat Kerala.³⁶ Das Programm verspricht Nachhaltigkeit, Fairness und Vorteile für alle Beteiligten, obwohl die Abwanderung von Fachkräften und der damit verbundene Braindrain bekanntlich teilweise katastrophale Folgen für die Herkunftsländer haben. So sind zum Beispiel viele ländliche Regionen in diesen Anwerbestaaten medizinisch völlig unterversorgt und zeichnen sich durch entsprechend hohe Mortalitätsraten aus.

Hinzu kommt: Rund 75 Prozent aller Anwerbefälle nach Deutschland finden nicht über staatliche, sondern über private Vermittlungsagenturen statt,³⁷ deren Geschäfte schwer zu kontrollieren sind und deren Praktiken mitunter als «moderne Schuldknechtschaft» beschrieben werden.³⁸ Allgemein häufen sich die Berichte über die schlechte Behandlung und Überausbeutung von migrantischen Pflegekräften.³⁹ Ende 2023 wurde eine Rekrutierungsvereinbarung zwischen dem deutschen Bundesarbeitsministerium, der Bundesagentur für Arbeit und dem brasilianischen Arbeitsministerium sowie der brasilian-

nischen Pflegekammer ausgesetzt, denn auf brasilianischer Seite zweifelt man zu Recht an den versprochenen fairen Arbeitsbedingungen in Deutschland. Die Arbeitgeber hätten von den Bewerber*innen gefordert, «die Kosten für notwendige Deutschkurse, die Flugreise und die Anerkennungsprozedur zurück[zuzahlen]», wenn sie sich später dafür entscheiden würden, ihren Arbeitsvertrag zu kündigen. Darüber hinaus berichteten brasilianische Pflegekräfte, dass ihnen die berufliche Anerkennung verweigert werde und sie so nicht über den Status einer Pflegeassistentin hinauskommen – also deutlich niedriger bezahlt – würden.⁴⁰ Kurzum, es ist all das passiert, wovon der Verein demokratischer Ärzt*innen zusammen mit der gesundheitspolitischen Partnerorganisation Centro Brasileiro de Estudos de Saúde in einem Positionspapier gewarnt hatte.⁴¹

Was heißt das für uns? Wir müssen nach wie vor die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen hierzulande verbessern, damit alle dort Beschäftigten, egal wo sie herkommen, ihren Beruf gut ausüben können. Der Pflege-**33**notstand ist nämlich nicht einfach von heute auf morgen über uns hereingebrochen, sondern hat noch viele weitere Ursachen neben der oben erwähnten Alterung der Bevölkerung. Er ist unter anderem auch Resultat der bewussten Entscheidung von Pflegekräften, aufgrund der unhaltbaren Zustände nicht länger im Krankenhaus arbeiten zu wollen. Der Unmut und die Erschöpfung unter den Pflegekräften im Krankenhaus waren schon vor der Corona-Pandemie sehr groß. So fiel der Personalabbau in der Krankenpflege in Deutschland seit Mitte der 1990er-Jahre so drastisch aus, dass hierzulande inzwischen eine Pflegekraft durchschnittlich 13 Patient*innen zu versorgen hat. Das ist einer der schlechtesten Werte in Europa.⁴² Viele reagieren mit der Flucht aus dem Beruf oder entscheiden sich dafür, weniger zu arbeiten. Nirgendwo im Dienstleistungsbereich ist die Teilzeitquote höher als bei der Pflege im Krankenhaus. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist also kein unausweichliches Schicksal, sondern ist aus ökonomischen Beweggründen bewusst herbeigeführt worden (siehe hierzu auch Mythos 5 und 6). Will man Pflegekräfte zurückgewinnen und mehr junge Menschen für diesen Beruf begeistern, dann geht, so zeigen diverse Studien,⁴³ kein Weg daran vorbei, die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für sie deutlich zu verbessern.

Dieser Ansicht sind auch die vielen Menschen, die sich in den vergangenen Jahren in der Krankenhausbewegung in diversen Städten der Republik zusammengeschlossen haben. Die kämpfenden und streikenden Gesundheitsarbeiter*innen sind politisch wesentlich weitsichtiger und fortschrittlicher als die meisten Politiker*innen: Sowohl die Parole «Mehr von uns ist besser für alle» als auch «Wir sind im falschen System relevant» und «Menschen vor Profit» zeugen von einem genauen und kritischen Verständnis des Zusammenhangs zwischen Ökonomisierung/Privatisierung und ihrer Arbeitssituation. Vorbild für viele waren die Arbeitskämpfe der Pflegekräfte an der Berliner Charité, einer der größten Universitätskliniken Europas, mit denen die dort Beschäftigten ein neues Kapitel der Krankenhausgeschichte aufgeschlagen haben. 2015/16 haben sie erstmals einen Tarifvertrag für Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung erkämpft, 2021 folgte ein sogenannter Entlastungstarifvertrag, der mehr Personal pro Patient*in vorschreibt und viele an anderen Krankenhäusern und in anderen Städten beflügelt hat, den Berliner Kolleg*innen nachzueifern. Inzwischen gibt es in 16 Krankenhäusern sechs Entlastungstarifverträge. Längst wehren sich auch andere Berufsgruppen gegen die unhaltbaren Arbeits- und Versorgungsbedingungen im Gesundheitswesen.

Der von der Krankenhausbewegung aufgebaute Druck hat auch die Bundespolitik erreicht. So hat die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bereits 2019 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat ein Instrument für die gesetzliche Personalbemessung vorgelegt, das eine Fortschreibung und Weiterentwicklung der in den 1980er-Jahren für kurze Zeit geltenden Pflege-Personal-Regelung (PPR) darstellt: die PPR 2.0. Mit dieser lässt sich bestimmen, wie viele Pflegekräfte auf einer Station arbeiten müssen, damit Patient*innen bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig versorgt und die Beschäftigten entlastet werden. Nach vielen Verzögerungen und Widerständen (insbesondere aus der CDU) hat der Bundesrat Ende April 2024 schließlich einer Verordnung über die sogenannte PPR 2.0 zugestimmt, sodass es in allen Kliniken Deutschlands zukünftig eine gesetzliche Personalbemessung geben wird. Die Umsetzung wird voraussichtlich erst 2027 beginnen und trotzdem ist dies ein weiterer wichtiger Etappensieg des langjährigen Kampfes gegen den «Pflegenotstand». ⁴⁴

Zusammenfassung: Die Bemühungen der Bundesregierung, mit Abwerbungen von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland die Versorgung in hiesigen Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu verbessern, sind mit einer großen Skepsis zu betrachten. Nicht nur werden damit die Gesundheitssysteme in häufig ärmeren Ländern geschwächt und die Ausbildungskosten dort hin (ohne entsprechende Kompensationen) ausgelagert. Das «Personalproblem» hierzulande lässt sich nur nachhaltig lösen, indem die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen für alle wieder attraktiver werden. Dafür setzt sich seit vielen Jahrzehnten mit einigen wichtigen Teilerfolgen die Krankenhausbewegung ein, die unserer aller Unterstützung benötigt (siehe hierzu auch die Schlussbemerkung).

SCHLUSSBEMERKUNG

Der Reformbedarf im Gesundheitswesen ist weiterhin riesig. Wir sollten uns dabei jedoch nicht auf sozialdemokratische Minister und deren «revolutionäre Versprechen» verlassen. Spätestens seit Beginn der Streikbewegung für eine Personalentlastung in den Krankenhäusern 2015 haben Beschäftigte, die Gewerkschaft ver.di und andere aus Parteien und zivilgesellschaftlichen Bündnissen Konzepte für dringend benötigte Veränderungen vorgelegt: zu Personalquoten, die die Qualität der Versorgung und die dafür notwendigen Bedingungen verbindlich bestimmen; zum Selbstkostendeckungsprinzip, das die einzig sinnvolle Finanzierungsform in der Daseinsvorsorge ist; zur demokratischen Bedarfsermittlung und -planung oder zu einer solidarischen Bürgerversicherung, um nur einige zu nennen. Es mangelt also nicht an praxisorientierten Ideen und Vorschlägen.

36

Für deren Umsetzung wird es jedoch nicht ausreichen, bei den anstehenden Wahlen das Kreuz an den richtigen Stellen zu machen (obwohl das auch wichtig ist). Vielmehr brauchen die Bewegungen in den Betrieben und auf der Straße Verstärkung. Viele Gruppen und Bündnisse versuchen, über die falschen Versprechungen und Gefahren der aktuellen Krankenhausreform und anderer Pläne aufzuklären sowie Handlungs- und Widerstandsmöglichkeiten aufzuzeigen. Hier sollen nur einige genannt werden: Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik⁴⁵ stellt Argumentationshilfen zur Verfügung und organisiert Veranstaltungen und Aktiventreffen. Das Bündnis Klinikrettung fordert (unter dem Dach von «Gemeingut in Bürgerhand»)⁴⁶ den sofortigen Stopp aller Schließungen von Krankenhäusern. In etlichen Städten haben sich Bündnisse zur Unterstützung der Kämpfe der Klinikbeschäftigten für mehr Personal und gegen eine weitere Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung zusammengefunden.

Es gibt also neben dem direkten gewerkschaftlichen Engagement viele Möglichkeiten, sich einzumischen und für ein solidarisches und patientenorientiertes Gesundheitswesen zu streiten. Parallel dazu gilt es, die Debatten zur Care-Arbeit insgesamt und zu ihrer Funktion für die Gesellschaft zu stärken und dazu, wie wir uns als Gesellschaft die wesentlichen Bereiche der Daseinsvorsorge vorstellen. Eine Verknüpfung der Auseinandersetzung um das Gesundheitswesen mit der Wohnungsfrage, der Rolle privaten Kapitals und den Kämpfen der Gesundheitsarbeiter*innen im Globalen Süden könnte die Tür aufschlagen zu einer neuen Phase fortschrittlicher Politik.

Anmerkungen

- 1 Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Buntes aus der Wissenschaft, Forschungsergebnisse, 31.5.2023, unter: <https://nachrichten.idw-online.de/2023/05/31/kostenexplosion-im-gesundheitssystem>.
- 2 Alle Zahlenangaben: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen, Pressemitteilung vom 25.4.2024, unter: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html.
- 3 Im dualen System der Krankenhausfinanzierung übernehmen die Krankenkassen die Betriebskosten der Krankenhäuser (d. h. alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Behandlung von Patient*innen entstehen), während vor allem die Bundesländer für die Investitionskosten zuständig sind (z. B. für Um- und Neubauten sowie die Ausstattung mit neuen Geräten).
- 4 Mehr Geld für Verteidigung, Deutschlandfunk, 21.2.2024, unter: www.deutschlandfunk.de/deutschland-gibt-erstmal-seit-jahrzehnten-zwei-prozent-seines-bruttoinlandsprodukts-fuer-die-nato-a-100.html.
- 5 Vgl. www.fdp.de/der-preis-der-freiheit.
- 6 Vgl. Rüter, Katrin: «Kriegstüchtige» Krankenhäuser?, 26.4.2024, unter: <https://daskrankenhaus.de/politik/politik/kriegstuechtige-krankenhaeuser> XY Lauterbach.
- 7 Zit. nach Rybicki, Britta: Zusatzbeitrag für die gesetzliche Krankenversicherung könnte höher ausfallen als erwartet, in: Handelsblatt, 17.5.2024, unter: www.handelsblatt.com/finanzen/bankenversicherungen/gesundheitskosten-zusatzbeitrag-fuer-die-gesetzliche-krankenversicherung-koennte-hoehere-ausfallen-als-erwartet/100037708.html.
- 8 Zit. nach Neue Debatte um Praxisgebühr und Eigenbeteiligung angestoßen, in: Deutsches Ärzteblatt, 23.4.2024, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/150881/Neue-Debatte-um-Praxisgebuehr-und-Eigenbeteiligung-angestossen?rt=f093e483de120507c1d41782038264ba.
- 9 Vgl. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/162965/umfrage/entwicklung-der-beitragssaetze-in-der-gesetzlichen-krankenkasse/>.
- 10 Zit. nach www.pkv.de/positionen/buergerversicherung.
- 11 Zit. nach KBV-Chef warnt vor Bürgerversicherung, in: Deutsches Ärzteblatt, 24.9.2021, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/B%FCrgerversicherung?s=8p=1&n=1&nid=127601.
- 12 Verena Bentele: Darum ist es Zeit für eine solidarische Krankenversicherung, in: Frankfurter Rundschau, 30.5.2024, unter: www.fr.de/wirtschaft/gastwirtschaft/gesundheitsreform-die-beitraege-sollten-sinken-solidarische-krankenversicherung-93100173.html.
- 13 Rothgang Heinz/Domhoff, Dominik: Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung, Hans-Böckler-Stiftung, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 150, Düsseldorf 2019.
- 14 Vgl. www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/lauterbach-zahl-pflegebeduerftiger-100.html.
- 15 Pressemitteilung der Bertelsmann Stiftung vom 15.7.2019, unter: www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/Pressemitteilung_Mit-weniger-als-der-Haelfte-der-Krankenhaeuser-waeren-Patienten-in-Deutschland-besser-versorgt_20190712.pdf.
- 16 Tausende vermeidbarer Todesfälle in Krankenhäusern, 22.6.2023, unter: www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/tote-krankenhaeuser-100.html.
- 17 Hacker, Jörg (Hrsg.): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Halle 2016, unter: www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf.
- 18 Gutachten – Kurzfassung: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Berlin 2019, unter: <https://broschuerenservice.nrw.de/mags/shop/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen-kurzfassung%7C736>.
- 19 Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung. Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen, Berlin 2023, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf.
- 20 Vgl. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html.
- 21 Bündnis Klinikrettung: Neue Untersuchung: Bettenverlust und kaum Ersatz nach Krankenhausschließungen, März 2024, unter: www.gemeingut.org/neue-untersuchung-bettenverlust-und-kaum-ersatz-nach-krankenhausschliessen/.
- 22 Balzer, Sebastian: Dänemark. Warum weniger Krankenhäuser gut für die Gesundheit sind, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 18.1.2020.

- 23 Vgl. z. B. Teusch, Achim: Kein Bett zu viel. Eine Kritik am Modellprojekt «Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen», luxemburg beiträge Nr. 10, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin 2022, unter: www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/luxemburg_beitraege/lux_beitr_10_KeinBettZuViel_web.pdf; Krankenhaus statt Fabrik: Bewertung der 5. Stellungnahme der Regierungskommission, 11.8.2023, unter: <https://krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/04/bewertung-der-5-stellungnahme-der-regierungskommission/>.
- 24 Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 15.5.2024, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemittelungen/krankenhausreform-kabinettpm-15-05-24.
- 25 Ebd.
- 26 Vgl. VEBETO MEMO: Kommentar zum Referentenentwurf des KHVVG, Mai 2024, unter: www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemittelungen/2024/04_Vebeto_Memo_-_Kommentar_zumReferentenentwurf_des_KHVVG.pdf. Vgl. zu den Plänen und komplizierten Berechnungsgrundlagen auch die Stellungnahmen und Erklärvideos auf der Website des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik (<https://krankenhaus-statt-fabrik.de>).
- 27 Vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH_Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.
- 28 Ab 1985 bis 2003 basierte die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser auf einem Mix aus Selbstkostendeckung, flexiblen Budgets und pauschalierten leistungsbezogenen Entgelten.
- 29 Vgl. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/322501/umfrage/gewinn-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/>.
- 30 Bündnis Klinikrettung (Hrsg.): Selbstkostendeckung der Krankenhäuser. Kritik am Fallpauschalensystem und Entwicklung eines alternativen Modells, 2022, unter: www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf, S. 26.
- 31 Wehrs, Kim: KI und ChatGPT zeigen Potenziale in der Patientenversorgung, in: Newsletter für die IT im Gesundheitswesen, 10.11.2023, unter: www.krankenhaus-it.de/item.2882/ki-und-chatgpt-zeigen-potenziale-in-der-patientenversorgung.html.
- 32 Klauth, Jan/Käufer, Tobias: In Brasilien droht Heils Fachkräfte-Plan in sich zusammenzufallen, in: Die Welt, 31.5.2024.
- 33 Vgl. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile.
- 34 Vgl. www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/pflegekraefte-ausland-brasilien-100.html.
- 35 Spannenkrebs, Karen: Personalengpässe im Gesundheitssystem. Kann internationale Fachkräfteanwerbung die Lösung sein?, in: impulse für Gesundheitsförderung, Nr. 122, März 2024, unter: www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr122-web.pdf.
- 36 Vgl. www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/projects-programs/health-and-care/triple-win/das-programm.
- 37 Güldemann, Heino: Pillars of Health report on health worker migration and mobility in Germany, 2022, unter: <https://pillars-of-health.eu/resource/country-report-on-health-worker-migration-and-mobilityin-germany/>, S. 31.
- 38 Spannenkrebs: Personalengpässe.
- 39 Vgl. www.labournet.de/branchen/dienstleistungen/gesund/gesund-arbeit/pflegenotstand-wiedermal-auslaender-rein-also-die-pflege-die-verzweifelte-hoffnung-stirbt-offensichtlich-zuletzt/.
- 40 Klauth/Käufer: In Brasilien.
- 41 Vgl. www.vdaee.de/wp-content/uploads/2023/07/Position-Paper-Brazil-Germany_23-07-07-deutsch.pdf.
- 42 Vgl. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, 2020, unter: https://krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KH_statt_Fabrik_Broschuere_2020.pdf, S. 83. Mit jedem zusätzlichen Patienten, um den sich eine Pflegekraft kümmern muss, steigt statistisch die Wahrscheinlichkeit, dass dieser innerhalb der ersten 30 Tage nach Aufnahme im Krankenhaus stirbt, um sieben Prozent.
- 43 Auffenberg, Jennie/Heß, Moritz: Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie «Ich pflege wieder, wenn ...» der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen, Januar 2021; vgl. auch <https://gesundheitssoziales.verdi.de/themen/fachkraeftemangel/++co++7bdb0e82-f6eb-11e8-a739-52540066e5a9>.
- 44 Ver.di: PPR 2.0 – was Du zur Pflegepersonalregelung wissen musst, 30.4.2024, unter: www.verdi.de/themen/gesundheitssoziales/++co++1beb381c-4665-11ed-ace9-001a4a160129.
- 45 Vgl. www.krankenhaus-statt-fabrik.de/.
- 46 Vgl. www.gemeingut.org/.

Impressum

luxemburg argumente Nr. 19; 2., vollständig überarbeitete Auflage
wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de
ISSN 2193-5831 · Redaktionsschluss: September 2024

Autorin: Nadja Rakowitz

Redaktion: Britta Grell, Fanni Stolz

Illustrationen: Marie Geißler

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Satz/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation
Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100% Recycling

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.
Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken
verwendet werden.

AKTUELLE VERÖFFENTLICHUNGEN



Tim Engartner und Tobias Heinemann

PÜNTKLICH WIE DIE EISENBAHN Mythen und Fakten zur Deutschen Bahn

luxemburg argumente Nr. 24

September 2024

43 Seiten

ISSN 2193-5831

Download und Bestellung unter:

www.rosalux.de/publikation/id/52526



Juliane Schumacher

«KLIMASCHUTZ FUNKTIONIERT AM BESTEN ÜBER DEN MARKT» Mythen und Fakten zum Klimawandel

luxemburg argumente Nr. 23

Mai 2024

47 Seiten

ISSN 2193-5831

Download und Bestellung unter:

www.rosalux.de/publikation/id/52059

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

