

Operationen am offenen Geldbeutel

Seit Jahresanfang gilt das Krankenhausstrukturgesetz. Über die Misere im Gesundheitssystem und wie es verbessert werden könnte

Von Marianne Linke



Einträgliche Eingriffe: Seit der Einführung von »Fallpauschalen« werden immer mehr gewinnbringende Leistungen ungeachtet des medizinischen Bedarfs durchgeführt

Foto: Oliver Berg/dpa-Bildfunk

Jahreswechsel sind beliebte Anlässe, sich etwas zu wünschen. Schaut man sich im Freundeskreis oder bei einschlägigen Umfragen – wie die vom Meinungsforschungsinstitut Forsa vom 20. Dezember 2015 – um, rangiert bei den Befragten »Gesundheit« an erster Stelle, gefolgt von der »Hoffnung auf Verbesserung der gesellschaftlichen oder politischen Verhältnisse« – wobei sich die meisten »Frieden für die Welt« wünschen. Die Gesundheit hat also einen hohen Stellenwert – auch wirtschaftlich, denn immerhin betragen in der Bundesrepublik die Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) relativ konstant etwa elf Prozent, wobei der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenkassen am BIP bei 6,7 Prozent liegt.

Gesundheit ist uns also lieb und teuer! Teuer – ja, diesen Eindruck gewinnen wir unweigerlich beim Öffnen der Briefe, die uns dieser Tage die Krankenkasse schickt: Zusatzbeitragserhöhungen von 0,2 bis 0,6 Prozent. Vom GKV-Spitzenverband, der Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, erfahren wir, dass dies erst der Anfang sei und der Zusatzbeitrag in den kommenden drei Jahren auf insgesamt 1,9 Prozent erhöht werden könnte. Ursache seien die hohen Kosten durch

Gesetze, die im gerade zu Ende gegangenen Jahr vom Bundestag verabschiedet wurden: Präventionsgesetz, Hospiz- und Palliativgesetz und vor allem das Krankenhausstrukturgesetz schlagen bei den Beitragszahlern ordentlich zu Buche.

»Wir haben den teuersten Gesundheitsminister aller Zeiten«, resümierte Mitte Dezember die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen im Bundestag, Maria Klein-Schmeink. Da stellen sich unweigerlich Fragen: Wie hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) das geschafft? Was bedeutet eine solche Einschätzung perspektivisch für die Entwicklung des Gesundheitswesens und für die Versicherten?

Auflösung der Parität

Die Bundesrepublik Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, zu dessen Entwicklung maßgeblich die Bismarcksche Sozialgesetzgebung Ende des 19. Jahrhunderts beitrug. Arbeiter erhielten eine individuelle Absicherung gegen existentielle Risiken. Diese Gesetze waren klares politisches Kalkül des Reichskanzlers, galt es doch, das politische System angesichts einer stark entwickelten Arbeiterbewegung zu stabilisieren.

Gegenwärtig sind 72 Millionen Menschen (rund 90 Prozent der Bevölkerung Deutschlands) Mitglieder in einer der 123 gesetzlichen Krankenkassen. Sie haben Anspruch auf Leistungen, um ihre Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen bzw. deren Zustand zu verbessern.¹ Seit ihrer Gründung war die gesetzliche Krankenkasse eine Familienversicherung, in der nichtberufstätige Ehepartner und Kinder im Ausbildungsverhältnis automatisch mitversichert waren. Für Bezieher von Sozialleistungen wurde dieses bewährte System in diesem Jahr aufgehoben (siehe *jW* vom 7.1.2016).

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – ein weitestgehend beitragsfinanziertes System, das sich mittels öffentlich-rechtlicher Selbstverwaltungen organisiert – hat über die Jahre deutliche Wandlungen erfahren. Die Beiträge wurden bis zur Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, gültig ab 1.1.2004) »paritätisch« – also hälftig – von Beschäftigten und Unternehmen an die GKV entrichtet, wobei deren Umverteilung unter den Versicherten auf solidarische Weise erfolgte: Jeder zahlt nach Höhe seines Verdienstes und erhält im Bedarfsfall Leistungen entsprechend der Art sowie der Schwere seiner Erkrankung und nicht etwa nach der Summe der eingezahlten Beiträge. Somit werden die Ausgaben für diejenigen mit niedrigeren Einkommen von denen mit höheren, für die Kranken von den Gesunden und für die Kinder und Rentner von den lohnabhängig Beschäftigten mitfinanziert.

Die Beitragssätze wurden bis zur Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009 von den jeweiligen Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen festgelegt. Es wurden hierbei die verschiedensten Interessen abgewogen: Die Einnahmen sollten die Ausgaben decken, und dennoch sollten die Belastungen für die Beitragszahler – gerade auch im Vergleich mit anderen Kassen – vertretbar bleiben. Dieses System war von den Altvorderen klug eingefädelt: Solange die Unternehmen und die Versicherten selbst aushandelten, was jede Seite in die Kasse einzuzahlen hat, konnten sie Vorkehrungen treffen, die betrieblich bedingten Gesundheitskosten zu minimieren – oder besser: zu optimieren. Die Nutzung vielfältiger Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements und umfassende gesundheitsfördernde Vorsorgemaßnahmen am Arbeitsplatz waren dabei im Blick und in diesem Sinne auch im gemeinsamen Interesse von Unternehmen und Beschäftigten.

Seit den achtziger Jahren wird in dieses lohnzentrierte Beitragssystem der gesetzlichen Krankenkassen eingegriffen. Etwa durch das Ausscheren von gut verdienenden lohn- und gehaltsabhängig Beschäftigten in die privaten Krankenkassen, die stark zunehmende Langzeitarbeitslosigkeit ebenso wie den parallel zur Einführung der »Hartz-Gesetze« rapide

wachsenden Niedriglohnsektor. Im Zeitraum von 1992 bis 2014 sank in Deutschland die Lohnquote von 72,2 auf 67,9 Prozent.² Als Folge dieser Beschäftigungs- und Lohnentwicklung stiegen die Beitragssätze (Vergleich: 1970 = 8,2 Prozent, 2016 = 14,6 Prozent plus Zusatzbeitrag). Dieser Anstieg wurde in der Vergangenheit von den Unternehmerverbänden immer wieder medienwirksam als »Kostenexplosion im Gesundheitswesen« interpretiert und zum Anlass einer heuchlerischen Debatte um Lohnnebenkosten. Diese bildete die Kulisse für umfangreiche staatliche Eingriffe in die gesetzliche Krankenversicherung zugunsten der Unternehmer und mündete oft in der Privatisierung von Leistungen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Zuzahlungen und Gesundheitsfonds

Erinnert sei an die Zuzahlungen, die zu Beginn der neunziger Jahre eingeführt wurden und seither stetig wachsen. Diese belasten einseitig erkrankte Versicherte – die im Durchschnitt etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausmachen. Die Versorgung mit Brillen oder den »Bagatellmedikamenten« wurde 2004 in die »Eigenverantwortung« der Versicherten übertragen«. Seither sind auch Zahnersatz und Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert. Hierfür wurde ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent des Bruttolohns eingeführt, den allein die Versicherten zu zahlen hatten. Dieser ist zwar seit Anfang Januar 2015 abgeschafft, aber statt dessen wurden die Krankenkassen ermächtigt, Ausgabedefizite (mindestens für Zahnersatz und Krankengeld) allein durch Zusatzbeiträge der Versicherten zu kompensieren. 2011 wurde der Beitragssatz für die Unternehmenseite bei 7,3 Prozent »eingefroren«. Sie sind damit von der Kostenentwicklung abgekoppelt und müssen nicht mehr die entstehenden Ausgaben für die Gesundheit der Bevölkerung im ganzen mittragen.

Eine weitere gravierende Änderung in dem auf Beitragsautonomie der Kassen und Selbstverwaltungen beruhenden System stellte die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 dar, die mit einer staatlichen Festsetzung der Beitragssätze durch einen Schätzerkreis, dem Vertreter des Bundesversicherungsamtes, des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesministeriums für Gesundheit angehören, verbunden war. Die gesetzlichen Krankenkassen wurden durch diese Entscheidung in ihrer bedeutendsten Selbstverwaltungsaufgabe – der Finanzautonomie – drastisch eingeschränkt. Sie dürfen seit dem 1. Januar 2015 nur noch über die Höhe des Zusatzbeitrags ihrer Versicherten entscheiden. Als Resultat dieser Eingriffe müssen die Versicherten nunmehr statt der Hälfte bereits mehr als Zweidrittel aller Gesundheitskosten tragen

Profitquelle Krankenhaus

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen beliefen sich 2014 auf 199,7 Milliarden Euro. Die gesamten Gesundheitsausgaben – bestehend aus denen der privaten Haushalte, der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, der privaten und der gesetzlichen Krankenkassen, der sozialen Pflegeversicherung sowie der öffentlichen Haushalte – betragen in Deutschland 314,9 Milliarden Euro. Die gesetzliche Krankenversicherung übernahm den größten Teil davon, nämlich 198,5 Milliarden Euro. Die größten Ausgabenbereiche bildeten 2014 die ärztlichen Behandlungen (33,43 Milliarden Euro), die Arzneimittelausgaben (33,36 Milliarden Euro) und die Krankenhausbehandlungen (67,86 Milliarden Euro).

Viele Akteure des Gesundheitswesens wittern hier ein gutes Geschäft, von dem sie meinen, es liefe noch besser, wenn weniger sozialstaatliche Regelungen gelten würden, statt dessen aber mehr Wettbewerb Einzug hielte. Mit der wachsenden einseitigen Belastung der Versicherten ging eine Privatisierungswelle von Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere von Krankenhäusern, einher. Die Kliniken wurden bis zum Beginn der neunziger Jahre überwiegend in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft (1992: 45 Prozent) oder als privat-gemeinnützige Einrichtungen geführt (1992: 40 Prozent). Das bis dato geltende Selbstkostendeckungsprinzip in den Häusern führte dazu,

dass Gewinne gar nicht oder nur zeitlich begrenzt erzielt wurden. Die Entwicklung der Kapazitäten erfolgte seit 1972 (Krankenhausfinanzierungsgesetz) im Rahmen einer von den Landesgesundheitsministerien zu verantwortenden Bedarfsplanung, verknüpft mit der dualen Finanzierung: Kliniken, die als notwendig für die Versorgung der Bevölkerung in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, haben somit einen Anspruch gegenüber den Ländern bezüglich der Erstattung ihrer Investitionskosten und gegenüber den Kassen auf Erstattung ihrer Betriebskosten.

Diese Art der Landeskrankenhausplanung mit dualer Finanzierung wurde immer wieder von Unternehmensberatern und Wirtschaftslobbyisten mit dem Ziel angegriffen, ein wettbewerbs-, sprich profitorientiertes Gesundheitssystem zu etablieren. Bereits 1992 wurde das Selbstkostenprinzip ausgehebelt. In den Jahren 2003 bis 2008 wurde flächendeckend das Diagnosis-Related-Group-System mit Fallpauschalen für die Leistungsvergütung eingeführt. Es konnten nunmehr Überschüsse oder Defizite erwirtschaftet werden. Der Zugriff privater Träger auf kommunale Krankenhäuser – die mit diesem System nicht zurecht kamen – entwickelte sich rapide. 2013 befanden sich von den 1.996 Krankenhäusern in Deutschland bereits 694 in privater Trägerschaft, 706 in freigemeinnütziger und lediglich noch 556 (27,9 Prozent) in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft.

Die defizitäre Haushaltslage hat in den letzten Jahren viele Kommunen veranlasst, sich von ihren Krankenhäusern zu trennen, um mit den gewonnenen Mitteln kurzfristig die eine oder andere Aufgabe erfüllen zu können. Erstaunlich ist diese Praxis schon, denn auch die Kommunen müssten wissen, dass die großen Krankenhausträger wie Rhön-Kliniken, Asklepios, die Kliniken von Fresenius Helios und all die anderen nicht als barmherzige Samariter daher kommen, sondern eigene unternehmerische Interessen verfolgen, die keineswegs immer mit den Versicherten-, den Beschäftigten- bzw. den Einwohnerinteressen konform gehen. Viele Bundesländer waren überdies in Folge relativ hoher Verschuldung, dem Wirken der Schuldenbremse oder einer anderen Prioritätensetzung nicht in der Lage, ihren Investitionsverpflichtungen nachzukommen. Inzwischen wird bundesweit ein Investitionsstau in Höhe von 50 bis 60 Milliarden Euro angenommen. Auch dieser Fakt beförderte den Verkauf so mancher Krankenhäuser bzw. die immer wieder erhobene Forderung, die Länder mögen aus der dualen Finanzierung aussteigen und auch die Investitionskosten allein von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden, was einer monistischen Finanzierung entspricht.

Geldmacherei durch Fallpauschale

Der Erwerb von Krankenhäusern muss sich rechnen – und rechnet sich. Die bereits genannten privaten Krankenhausträger weisen inzwischen durch umfangreiche Ausgliederung von Leistungsbereichen, durch eigene Tarifverträge und vor allem durch vielfältige Spezialisierungen und Rationalisierungsmaßnahmen die größten Umsätze – und eben auch Gewinne – auf. Der Vorstandsvorsitzende des börsennotierten Gesundheitskonzerns Fresenius, Ulf Schneider, verlangt von seinen Einrichtungen mittlerweile 15 Prozent Rendite.³ Angebot und Nachfrage treten an die Stelle des medizinischen Bedarfs, und wo es an der Nachfrage fehlt, kann diese entsprechend befördert werden. Durch die Abrechnung der Krankenhausleistungen nach dem Fallpauschalensystem wurde geradezu eine Nachfrage nach bestimmten gewinnbringenden Gesundheitsleistungen (nach entsprechenden Diagnosen) entwickelt – ungeachtet des medizinischen Bedarfs. Deutschland steht mittlerweile im internationalen Vergleich bei der Implantation künstlicher Knie- und Hüftgelenke an der Spitze. Exorbitant ist der Anstieg bei Herzkatheteruntersuchungen. Die *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* titelte zu diesem Thema schon am 12. August 2012: »In der OP-Fabrik« – Herzkatheter, neue Knie, künstliche Hüften. Deutschlands Ärzte greifen sehr schnell zum Skalpell. Schuld sind falsche Anreize. Die Beitragszahler kostet das Milliarden«.

Das nach Fallpauschalen organisierte Abrechnungssystem hat neben diesen »falschen Anreizen« überdies den gravierenden Mangel, dass es die Personalkosten zwar kalkulatorisch berücksichtigt, aber nicht in Form von konkreten Personalstellen. Damit werden die in einem Krankenhaus tätigen Berufsgruppen – namentlich das Pflegepersonal – unzureichend ausgebildet. Im Ergebnis dieser Entwicklung wurden im Pflegebereich zwischen 1996 und 2012 elf Prozent der Vollzeitstellen abgebaut.⁴ Im Mittel betreut in Deutschland eine Pflegefachkraft 13 Patienten, in Norwegen hingegen lediglich 5,4 Patienten.⁵ Die daraus resultierenden Mängel in der Krankenhaushygiene führen jährlich zu etwa 500.000 Krankenhausinfektionen mit bis zu 15.000 vermeidbaren Todesfällen.⁶

Im November 2015 wurde nun vom Bundestag das Krankenhausstrukturgesetz beschlossen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurden hierin weitreichende Aufgaben übertragen. Zu deren Umsetzung hat zum Jahresbeginn 2016 an der Seite des G-BA das neugegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) seine Arbeit aufgenommen. Diese Gremien sind beauftragt, für die Landeskrankenhausplanung bis zum Jahresende Qualitätsparameter zu entwickeln. Sie sollen darüber hinaus Leistungsbereiche eines Krankenhauses bestimmen, die sich für den Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern eignen. Außerdem sollen für einzelne Behandlungsarten Mindestmengen bestimmt werden.

Zur Verbesserung der direkten pflegerischen Patientenversorgung soll ein Pflegestellenförderprogramm aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, das die angespannte Arbeitskräftesituation entlasten soll. Dieses Gesetz wird die Krankenhauslandschaft drastisch verändern. Es wird einen Leistungsdruck erzeugen, der weniger darauf ausgerichtet ist, kleinere Häuser in ihrem Versorgungsauftrag zu stärken. Statt dessen werden die auf Wettbewerb orientierten und Gewinn erzielenden Häusern mit einem hohen Spezialisierungsgrad und großen Fallzahlen einen neuen Schub bekommen, verbunden mit einer Ausdünnung des Angebots an Versorgungseinrichtungen und dem Wegfall von Arbeitsplätzen.

Angesichts dieser gesellschaftlichen Entwicklung müssen die Versicherten im eigenen, aber auch im Interesse der Beschäftigten des Gesundheitswesens für den Erhalt einer flächendeckenden, wohnortnahen bedarfsgerechten Versorgung kämpfen. Das Soziale muss wieder das Private dominieren.

Im Interesse der Versicherten

Die gesetzliche Krankenversicherung ist durch konsequente Wiedereinführung der Parität zu stärken. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist von den gesetzlich Versicherten und den Unternehmern in selbem Umfang zu tragen. Beamte müssen in die gesetzliche Krankenversicherung eingegliedert werden – bei Gleichstellung der Dienstherren mit den privaten »Arbeitgebern«. Beamte dürfen als freiwillig gesetzlich Versicherte für ihr solidarisches Verhalten nicht dadurch bestraft werden, dass sie die »Arbeitgeber«-Anteile selbst zahlen, weil sie keinem Unternehmen unterstehen, sondern einen Dienstherren haben. Weiterhin sind die Zuzahlungen für medizinisch notwendige Arzneimittel und Behandlungen zu streichen. Der Familienversicherung ist in ihrer ursprünglichen Form wieder Geltung zu verschaffen.

Die am medizinischen Bedarf orientierte staatliche Landeskrankenhausplanung mit einer dualen Finanzierung unter Ausschluss jeglicher renditeorientierter Wettbewerbskriterien ist zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Der auf Gewinnmaximierung und Kapitalrendite ausgerichtete Betrieb eines Krankenhauses sollte gesetzlich ausgeschlossen werden. Überschüsse, die in einem Krankenhaus aus den Beitragsgeldern anfallen, müssen wieder in das Gesundheitswesen zurückfließen. Forderungen nach einer monistischen Finanzierung, also ausschließlich durch die Kassen, bei welcher sowohl die Investitions- als auch die Betriebskosten allein aus Mitteln der

GKV erbracht werden, sind abzulehnen, da das nur die gesetzlich Krankenversicherten betreffen würde. Die ausstehenden Investitionsmittel für die Modernisierung der Einrichtungen sollten vielmehr aus dem Bundeshaushalt zu Lasten der militärischen Ausgaben bereitgestellt werden. Für Krankenhäuser, die im Zuge der Landeskrankenhausplanung entbehrlich werden, sollten gesetzliche Möglichkeiten der Umwidmung zur Wahrnehmung anderer sozialer Dienstleistungen geschaffen werden. Personalbemessungskriterien sollten als verbindliche Parameter in die Krankenhausplanung eingebunden werden.

Die Preisgestaltung für Arzneimittel sollte sich an den Kosten für ihre Entwicklung und Produktion orientieren. Denn nach wie vor können die Hersteller im ersten Verkaufsjahr für neue Präparate jeden denkbaren Preis fordern. Hier wäre eine gesetzliche Regelung erforderlich, die nach entsprechenden Verhandlungen den vereinbarten Preis auch rückwirkend gelten lässt und nicht erst nach einem Jahr. Die privaten Krankenkassen sollten perspektivisch als Vollversicherung abgeschafft werden.

So können alle Einwohner mit ihren verschiedensten Einkunftsarten (also neben Löhnen, Gehältern, Besoldungen auch Kapital- und Mieteinnahmen) in einer paritätisch finanzierte und solidarische Bürgerversicherung in die Beitragsbemessung der Krankenversicherung einbezogen werden.

Anmerkungen

1 Für Selbständige, Freiberufler oder Beamte ist die gesetzliche Krankenversicherung selten eine Alternative, müssten sie doch als GKV-Mitglieder auch den Arbeitgeberanteil entrichten. Lohnabhängig Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze hingegen können in die private Krankenkasse (PKV) wechseln.

2 Siehe www.statista.com: Lohnquote

3 Siehe www.aerzteblatt.de vom 14.7.2014: Fresenius-Chef fordert 15 Prozent Rendite von seinen Krankenhäusern

4 Bundestagsdrucksache 18/5381, Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen

5 Siehe C. Heintze im *Neuen Deutschland* vom 13.7.2015

6 Siehe P. Gastmeier/C. Geffers in der *Deutschen Medizinischen Wochenschrift*, Band 133, Jahrgang 2008

<p>Dr. Marianne Linke war von 2002 bis 2006 für die PDS Sozialministerin in Mecklenburg-Vorpommern.</p>
--