Gesundheit ist keine Ware

Foto: dpa

Krankenhäuser gehören zur Öffentlichen Daseinsvorsorge

Krankenhäuser sind ein wichtiger Teil der öffentlichen (kommunalen/regionalen/bundesweiten) Daseinsvorsorge und dürfen als Ziel nicht die Gewinnmaximierung für Aktionäre haben

Alternativen zur Privatisierung des Gesundheitswesens

- Wie könnte ein Gesundheitswesen und hier vor allem die Krankenhäuser gestaltet werden, damit sie den Bedürfnissen von kranken Menschen gerecht werden?
- Was ist unabdingbar?
- Dazu gehören bedarfsorientierte Krankenhaus-Versorgungsstrukturen
- Sicherstellung der bestmöglichen Aus- und Weiterbildung für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten
-
-

Alternativen zur Privatisierung der Krankenhäuser

- Die flächendeckende Sicherstellung der Notfall-
- versorgung
- Die Gefahrenabwehr bei Goßschadensereignissen sowie den Schutz und die Eindämmung von Pandemien, wie wir sie aktuell mit der Covid-19-Pndemie erleben

Alternativen zur Privatisierung der Krankenhäuser

1. Bei wirtschaftlicher Leistungserbringung werden die notwendigen Kosten des Krankenhauses bezahlt. Das bedeutet nach Abschaffung der DRGs eine Finanzierung aller Kostennotwendiger Behandlungen (Gesundheit ist keine Ware)
2. Die Einführung einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsplanung und Versorgung

Alternativen zur Privatisierung der Krankenhäuser

- Seit 2004 haben wir Erfahrungen mit dem Fallpauschalensystem (DRGs) in den Krankenhäusern gemacht.
- Fallpauschalen setzen einen finanziellen Anreiz für eine Fehl- und Überversorgung (siehe Vortrag zu DRGs von meinem Vorredner) mit all den negativen Auswirkungen

Alternativen zur Privatisierung der Krankenhäuser

- Bedarfsgerechte Planung und Steuerung müssen Ziele eines alternativen Finanzierungskonzeptes für Krankenhäuser sein.
- Alle Aufwendungen für medizinisch sinnvolle und ethisch vertretbare, der Heilung oder gesundheitlichen Besserung der Patient*innen dienliche Maßnahmen (festgelegt im Konsens mit Fachgesellschaften und Patientenvertreter*innen) müssen vergütet werden

Alternatives Finanzierungssystem

- Jede(r) Patient*in hat Anspruch auf die für sie/ihn notwendige Behandlung - keine Unterschiede zwischen Privatversicherten und gesetzlich Versicherten
- Medizinische Entscheidungen dürfen nicht durch betriebswirtschaftliche Erwägungen beeinflusst werden
- Krankenhäuser dürfen keine betriebswirtschaftlichen Gewinne erzielen

Grundzüge eines alternativen Finanzierungssystems

Krankenhausbudgets werden jährlich mit den gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen des abgelaufenen Jahres verhandelt. Krankenkassen können Wirtschaftlichkeitsprüfung durch ein unabhängiges Institut veranlassen.

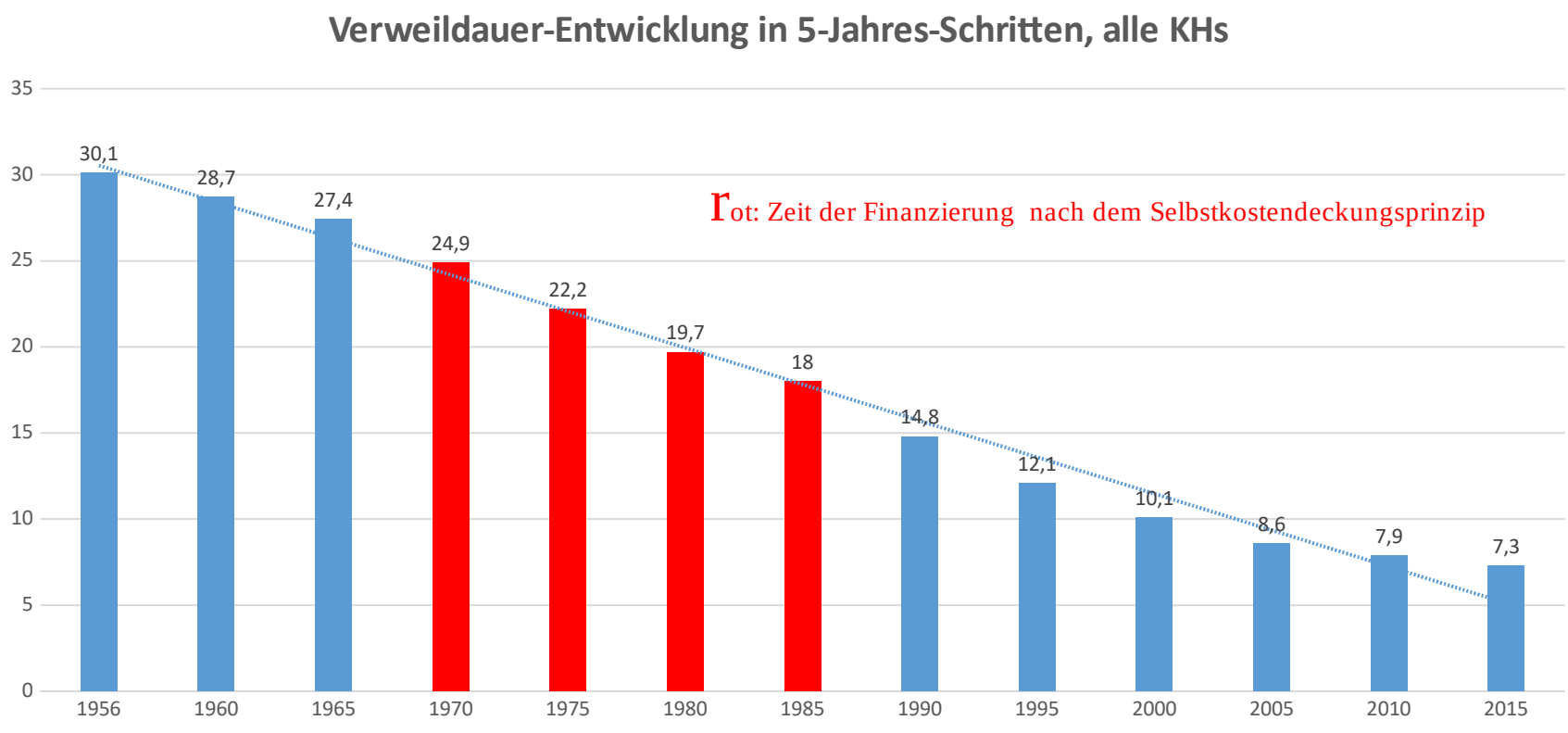
Grundzüge eines alternativen Finanzierungssystems

- Einrichtung eines bundesweit geltenden Dokumentationssystems, das für Transparenz des Leistungsgeschehens in den Krankenhäusern sorgt.
- Gesetzlich verpflichtende Personalausstattung und Standards sind vorzuschreiben und zu finanzieren

Kostendeckung als Prinzip

- Kritik der historischen Selbstkostendeckung
- Mythos: Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip gab es Anreize zur Ausweitung der Verweildauer (Selbstbedienungsladen)
- Mythos: DRGs mussten eingeführt werden um das Festhalten der Patient*innen im Krankenhaus zu beenden („Freiheitsberaubung“)

Mythen über die Selbstdeckung



Warum ist die Abschaffung der DRGs notwendig?

- Geldverschwendung durch Profitwirtschaft durch ökonomische Fehlanreize
- Fehlversorgung durch Über- und Unterversorgung
- Verschwendung von Versichertenbeiträgen durch entnommene Gewinne zur Erzielung hoher Renditen für die Aktionäre der Klinikkonzerne

Vorschläge für Kostenstendeckung neu
KH-Finanzierungssäulen

-
- Öffentliche KH-Planung reaktivieren > Investitionsmittel verdoppeln
- Leistungen statt Betten als Planungsgrundlage > definiert notwendige Vorhaltekosten
- Gesetzliche Personalbemessung > definiert Personalbudget
-

Kostendeckung neu entwicklen

- Einbeziehung der Krankenkassen sicherstellen
- Personalbemessung mitverhandeln
- Offenlegung einer transparenten IT-Dokumentation von Sachkosten
- Unabhängige, demokratisch gebildete gemeinwohlorientierte Instanz zur ökonomischen Qualitätssicherung bilden (Regionalkonferenzen: KH, Kassen und Patientenvertreter*innen)
- Patientenombudsfrauen oder -männer
- Erprobung von Modellen ermöglichen

Integrierte Versorgung

- Durch die Förderung von Medizinischen Versorgungszentren MVZ (GKV-Modernisierungsgesetz 2004) und die Neugestaltung der sogenannten Integrierten Versorgung IV soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werden. (Idee der Polikliniken in der ehem. DDR)
- Ziel: Verbesserung ist die koordinierte und abgestimmte Patientenbehandlung

Intergration von sttionärer und ambulanter Versorgung

- Aktueller Trend: privatwirtschaftlich geführte Klinken gründen MVZ mit dem Ziel der Gewinnmaximierung
- Hier wurde ein neues Geschäftsmodell auch im ambulanten Sektor für die konernbetriebenen privaten Krankenhäuser ermöglicht
- Wachsender „Markt“ (Ausweitung der Konzernstrategie auf den ambulanten Sektor, so W. Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Kliniken bereits 2008)
- Folgen: Lohndumping, selektive Versorgung zulasten der wohnort-nahen Grundversorgung in Spezialbereichen
- Weitere Aushöhlung der öffentlichen geminnützigen Versorgungsstruktur

Integrierte Versorgung geht auch anders

- Schaffung fortschrittlicher und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch MVZ und IV, die ausschließlich in gemeinnütziger oder öffentlicher Hand sein müssen.
- Kein kommerzielles Betätigungsfeld für private Gesundheitskonzerne (Gewinnverbot)

Gesundheit ist keine Ware

Vielen Dank für Eure/Ihre Aufmerksamkeit

Foto: dpa