

## Antrag P01: Gesundheit vor Profite

### 1 **Gesundheit vor Profite**

2 Gesundheit ist ein Menschenrecht. Die Sicherung dieses Menschenrechts ist Teil der  
3 staatlichen Daseinsvorsorge. Dazu gehört eine gute Verfügbarkeit von medizinischer,  
4 therapeutischer und pflegerischer Versorgung. Dies schließt sowohl die Versorgung von  
5 Erkrankten oder medizinisch Hilfsbedürftigen ein, aber umfasst ebenso verschiedenste  
6 präventive Aspekte für die gesamte Gesellschaft. Aufgabe unseres Gesundheitssystems  
7 ist es, allen Menschen eine Versorgung zu garantieren, die auf aktuellem  
8 wissenschaftlichen Stand basiert. Dieser Standard kann nur bestmöglich erfüllt  
9 werden, wenn die Arbeit von gut ausgebildeten Fachkräften durchgeführt wird und diese  
10 ausreichend Zeit für die Patient\*innenversorgung haben. Sind die genannten  
11 Rahmenbedingungen gegeben, kann die Versorgung möglichst individuell gestaltet werden  
12 und orientiert sich an den spezifischen Bedürfnissen der zu behandelnden Person.

13 In Deutschland sind moderne Behandlungsmethoden verfügbar und Fachkräfte können  
14 häufig auf ein großes Wissen sowie und eine große Vielfalt an medizinischen Geräten  
15 und Hilfsmitteln zurückgreifen. Trotzdem ist die Realität, dass dieser Standard der  
16 optimalen Gesundheitsversorgung aller Patient\*innen und guter Arbeitsbedingungen für  
17 die Beschäftigten im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik noch längst nicht  
18 erreicht, obwohl wir über eine stark ausgebaute Gesundheitsinfrastruktur verfügen.

19 Dies liegt auch zu großen Teilen an den kapitalistischen Zwängen, denen alle Akteure  
20 der Gesundheitsversorgung unterworfen sind. Aktuell erfolgt die  
21 Krankenhausfinanzierung dual. Betriebskosten, also Kosten für die Behandlung  
22 (Personalkosten, Materialkosten oder Energiekosten) werden von den Krankenkassen  
23 finanziert. Investitionskosten, zum Beispiel Umbaumaßnahmen oder kostenintensive  
24 Geräteneuanschaffungen werden von den Ländern getragen. Bei beiden Säulen der dualen  
25 Finanzierung gibt es große Herausforderungen und Fehlanreize.

26 Aufgrund dessen werden Behandlungsentscheidungen tagtäglich auf Grundlage  
27 finanzieller Erwägungen getroffen, um die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses, der  
28 Praxis oder der Abteilung sicherzustellen. Blutige Entlassungen (d.h. Entlassungen  
29 vor tatsächlicher Beendigung der Behandlung), fehlende Anschlussbehandlung oder  
30 unnötig lange stationäre Aufnahmen gehören zum ungeschönten Alltag im  
31 Gesundheitssystem. Die Erwägung finanzieller Fragen spielt in der Klinik permanent  
32 eine Rolle. Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens grenzt den ärztlichen und  
33 pflegerischen Entscheidungsspielraum in der Gestaltung von Therapie und Diagnostik  
34 stark ein. Dies führt einerseits zu einer medizinischen Überversorgung von  
35 Patient\*innen, andererseits zu Unterversorgung und am Ende schadet das System damit  
36 erkrankten Personen.

37 Medizinische Entscheidungen auch in Abhängigkeit von finanziellen Erwägungen zu  
38 treffen, ist fast nie den einzelnen Ärzt\*innen und Fachkräften vorzuwerfen. Dass das  
39 Fortbestehen der eigenen Abteilung oder Praxis auch an der Wirtschaftlichkeit der  
40 medizinischen Entscheidungen hängt, ist eine Tatsache, die medizinische  
41 Entscheidungen beeinflusst. So wird gerade in Anstellungsverhältnissen Druck auf  
42 Behandelnde ausgeübt, gewinnbringender zu arbeiten. Das Problem liegt hier also klar  
43 im System und nicht bei den einzelnen Behandelnden.

44 Die Bundesländer haben laut Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Aufgabe, bei

45 allen Einrichtungen, die im Landeskrankenhausplan genannt werden, die  
46 Investitionskosten zu tragen. Aus dieser Aufgabe haben sie sich in den letzten Jahren  
47 immer weiter zurückgezogen und die Krankenhäuser sind somit gezwungen, die  
48 Investitionen über die Betriebskosten mitzufinanzieren. Das hat bis zur Ausgliederung  
49 des Pflegebudgets aus den Fallpauschalen (Diagnoses related Groups) dazu geführt,  
50 dass insbesondere an Personalkosten gespart wurde. Die fehlende Finanzierung ist  
51 insbesondere für kommunale Kliniken und Klinikverbände fatal. Es übersteigt die  
52 finanzielle Möglichkeit kleinerer Kommunen, die roten Zahlen zu kompensieren und  
53 viele haben über kurz oder lang nur die Wahl: privatisieren oder schließen. Im Jahr  
54 1991 gab es noch rund 2.400 Kliniken, im Jahr 2022 zählt das Statistische Bundesamt  
55 aktuell noch 1.903 Kliniken. Die privaten Träger konnten dabei ihren Anteil von 21,7  
56 Prozent im Jahr 2000 auf rund 38 Prozent der Häuser im Jahr 2020 ausbauen. All diese  
57 Umstände zeigen auf, dass das derzeitige Finanzierungskonzept vielerlei negative  
58 Konsequenzen für Patient\*innenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten  
59 mit sich bringt.

#### 60 **Gesundheitsplanung statt Krankenhausplanung**

61 Gesundheitspolitik und ihre Umsetzung sollten darauf ausgelegt sein, Menschen gesund  
62 zu halten, anstatt Krankheiten zu verwalten. Für uns steht fest, wir brauchen eine  
63 Umstrukturierung des Gesundheitssystems! Wir müssen dazu übergehen, dass  
64 intersektoral zusammengearbeitet wird, um Menschen gesund zu halten und die Anreize  
65 minimieren, mit Krankheiten oder Überversorgung Geld zu verdienen.

66 Aktuell werden Krankenhäuser vor allem daran gemessen, wie die Bettenbelegungsquote  
67 aussieht. Diese soll Aussagen über die Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses  
68 treffen. Anhand dieser Quote leiten sich viele Entscheidungen in Politik und Justiz  
69 ab. Es braucht eine stärkere Fokussierung und Relevanz verschiedenster Indikatoren,  
70 die tatsächlich Aussagen über die Qualität eines Krankenhauses treffen und die  
71 Bedürfnisse der Patient\*innen und Arbeitnehmer\*innen im Blick haben. Wir müssen neu  
72 definieren, wie wir Qualität messen wollen und wie diese sichergestellt werden soll.  
73 Unserer Meinung nach muss unter anderem das Outcome für die Patient\*innen im  
74 Mittelpunkt des Interesses stehen, insbesondere die einschränkungsfreie bzw.  
75 einschränkungsarme Zukunft sollte anstelle der reinen Überlebenszeit nach der  
76 Therapie Berücksichtigung finden. Außerdem muss neben der individuellen  
77 Behandlungszufriedenheit der Patient\*innen auch verstärkt die  
78 Mitarbeiter\*innenzufriedenheit eine Rolle spielen.

79

80 In Deutschland stehen wir mittlerweile außerdem vor der Problematik, dass Kliniken  
81 auch dann geschlossen werden, wenn sie im Landeskrankenhausplan gelistet sind und  
82 einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Versorgungsinfrastruktur leisten. Diese  
83 Tatsache ist untragbar. Gemessen an der Bevölkerungsgröße hat Deutschland im  
84 europäischen Vergleich zwar die meisten stationären Krankenhausbetten, jedoch sind  
85 regionale Unterschiede und vor allem das Gefälle der Patient\*innenversorgung zwischen  
86 Ballungszentren und ländlichen Räumen enorm. Wir wollen uns der Konsolidierung der  
87 vorhandenen Infrastruktur nicht verschließen. Diese soll aber nicht nach  
88 ökonomischen, sondern nach Qualitätskriterien stattfinden, wie beispielsweise gute  
89 Arbeitsbedingungen und die Gewährleistung einer wohnortnahen Erstversorgung. Das kann  
90 aber nur dann gelingen, wenn sektorenübergreifend geplant wird: Krankenhäuser,

91 niedergelassene Allgemein- und Fachmediziner\*innen, Physio-, Psycho-,  
92 Ergotherapeut\*innen, Logopäd\*innen, Hebammen, Geburtshäuser, ambulante und stationäre  
93 pflegerische Infrastruktur - sie alle sind Gewährleister\*innen einer wohnortnahen  
94 Versorgungsinfrastruktur. Deshalb wollen wir die Landeskrankenhausplanung durch eine  
95 sektorenübergreifende Gesundheitsplanung ersetzen. Das bedeutet auch, dass die  
96 Kompetenz zur Bedarfsplanung der Kassen(zahn)ärztlichen Kassensitze von der  
97 Kassen(zahn-)ärztlichenvereinigung weg und hin zu einem neu zu schaffenden  
98 demokratischen Gremium verlagert werden muss.

99 Die bedarfsgerechte Finanzierung ist keinesfalls ein Widerspruch zur  
100 Wirtschaftlichkeit. Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser muss sich anhand einer  
101 optimalen Versorgungsqualität und guten Arbeitsbedingungen von Beschäftigten messen  
102 lassen. Durch eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung können vermeidbare  
103 Folgeerkrankungen, -behandlungen und somit auch -kosten verhindert werden. Ebenso  
104 verringern adäquate Arbeitsbedingungen das Risiko für Berufskrankheiten sowie  
105 psychische Belastung und beugen daraus resultierende Personalausfälle vor. Eine  
106 bedarfsgerechte Finanzierung ist somit auch eine wirtschaftlich effiziente  
107 Finanzierung.

108 Ein System der Gewinnerwirtschaftung und marktförmigen Organisation im  
109 Gesundheitswesen lehnen wir entschieden ab. Stattdessen brauchen wir ein System, das  
110 eine bedarfsgerechte Finanzierung sicherstellt und die Patient\*innen im Blick hat.

111

112 Deshalb fordern wir:

- 113 • Rekommunalisierung aller Privaten Krankenhäuser
- 114 • Interdisziplinäre Gesundheitsplanung (& -wesen)
- 115 • Gesundheitsplanung statt Krankenhausplanung
- 116 • Gemeinsames Wirken von Kommunen, Ländern und Bund in der  
117 Landesgesundheitsplanung
- 118 • Flächendeckende Grundversorgung des Gesundheitswesens sicherstellen
- 119 • Flächendeckende Grundversorgung mit Krankenhäusern + Maximalversorger
- 120 • Sozialgerechte Planung der Primärversorgung und der Krankenhäuser
- 121 • Festhalten an der zunehmenden Spezialisierung von Fachbereichen und der Bildung  
122 von Zentren zur Erhöhung der Versorgungsqualität
- 123 • Evaluation der Bedarfsplanung auch anhand sozialer Kriterien + sinnvolle,  
124 weitreichende Erforschung der Bedarfe
- 125 • Ausbau der psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung
- 126 • Intersektorale Zusammenarbeit mit dem Ziel, funktionsgerecht zu verzahnen
- 127 • Orientierung für Patient\*innen schaffen - hausärztlich zentrierte Versorgung &  
128 community-health nurses
- 129 • Demokratisierung der Kassenplatzvergabe (mehr Plätze, weniger Geld)
- 130 • Qualitätssteigerung für Arbeitnehmer\*innen und Patient\*innen
- 131 • Soziale Gerechtigkeit in Ausbildung und Studium stärken
- 132 • Morbiditäts- und Qualitätsorientierte Planung

133 **Betriebskosten – DRG Fallpauschalen abschaffen und dann?**

134 Die Betriebskostenfinanzierung erfolgt durch die Fallpauschalen oder auch DRGs  
135 (diagnosis related groups). Demnach werden bestimmte Diagnosen mit jeweiliger  
136 Therapie in Gruppen zusammengefasst und pauschal vergütet. Wenn die Kosten für einen  
137 Fall höher ausfallen, bleibt das Krankenhaus auf den Kosten sitzen, schafft das  
138 Krankenhaus die Versorgung mit weniger Kosten, erwirtschaftet es Gewinne.

139 Anreize finden zum Beispiel in Form von pauschalen sogenannten „oberen Verweildauern“  
140 statt, nach denen das Krankenhaus durch die Verlängerung des stationären Aufenthaltes  
141 Verluste erwirtschaftet. Diese Zeitpunkte werden im Alltag im Krankenhaus als  
142 Verweilgrenze kommuniziert. Auch die pauschalen Vergütungen unabhängig von der  
143 tatsächlich benötigten Versorgung setzen Anreize, zum Beispiel zum Durchführen  
144 besonders lukrativer Eingriffe. Das DRG -System ist stark auf die Vergütung  
145 operativer Leistungen ausgerichtet. Beispielsweise ist der Einsatz einer Hüft- oder  
146 Knieprothese im Vergleich zu konservativen Behandlungsformen viel gewinnbringender.

147 Das Problem geht aber über die pauschale Vergütung von Erkrankungen und Behandlungen  
148 noch einmal weit hinaus. Bei den DRG Fallpauschalen handelt es sich um  
149 Verhältniszahlen der Anteile oder ein Vielfaches eines Basisfallwertes, welcher zuvor  
150 zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften ausgehandelt wird. An die  
151 tatsächlich entstehenden Kosten sind diese Basisfallwerte grundsätzlich nicht  
152 gebunden und auch die DRG Fallpauschalen werden durch defacto nicht repräsentative  
153 Methoden ermittelt.

154 Durch die Fallpauschalen kommt es beispielsweise zu Personaleinsparung, zur  
155 Verkürzung der Liegedauer, zur Einsparung von Medikamentenkosten, zur Verlängerung  
156 von Beatmungsdauern oder zur vorzeitigen Entbindung von Frühchen. Diese Fehlanreize  
157 müssen sich durch eine bedarfsgerechte Finanzierung erübrigen.

158 Bedarfsgerecht bedeutet für uns, die tatsächlich entstandenen Kosten müssen  
159 refinanziert werden. Unabhängig vom Modus der unterjährigen Auszahlung an die  
160 Krankenhäuser muss klar sein, dass am Ende das Krankenhaus nicht auf entstandenen  
161 Kosten oder notwendigen Vorhaltekosten sitzen bleibt. Des Weiteren dürfen  
162 Einsparungen an Personal oder Verlängerungen von Beatmungsdauern nicht zu  
163 finanziellen Belohnungen führen. Dies kann erreicht werden, indem die Ausgaben der  
164 Krankenhäuser vollumfänglich mit den Krankenkassen abgerechnet werden. In einem  
165 solchen System können Krankenhäuser keinen Gewinn und auch keinen Verlust  
166 erwirtschaften. Denn unabhängig davon, wie die Abrechnung mit den Krankenkassen  
167 monatlich stattfindet, werden am Ende des Geschäftsjahres die tatsächlichen Kosten  
168 abgerechnet. Dabei darf kein Platz für Beliebigkeit oder verschwenderischen Umgang  
169 mit den Geldern der Krankenkassen und damit mit den Versicherungsbeiträgen aller  
170 Versicherten bleiben. Natürlich kann nicht beliebig viel Material erworben oder das  
171 teuerste der Medikamente eingekauft werden. Dabei geht es um einen  
172 verantwortungsbewussten Umgang, der ausdrücklich nicht zu Lasten der  
173 Versorgungsqualität gehen darf. Jedoch gibt es im Gesundheitssystem genau wie in  
174 allen anderen kapitalistisch funktionierenden Systemen immer einen gewissen Markt.  
175 Beispielsweise werden Medikamente mit dem selben Wirkstoff und der identischen  
176 Wirkweise von unterschiedlichen Herstellern angeboten und an diesen Stellen gibt es  
177 preisliche Unterschiede. Bereits vor der Einführung der DRG Fallpauschalen war  
178 gesetzlich geregelt, dass die Krankenhäuser wirtschaftlich handeln und angemessen mit

179 den Geldern der Versicherten umgehen mussten. Daraufhin müssen sich die Krankenhäuser  
180 regelmäßig überprüfen lassen.

181 Deshalb fordern wir:

- 182 • Einführung einer gemeinwohlorientierten Finanzierung anstelle der marktförmigen
- 183 Organisation der Betriebskostenfinanzierung durch die DRG
- 184 • Finanzierung von Krankenhäusern nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, mit
- 185 jährlichen Budgetverhandlungen unter Einbeziehung der Beschäftigten
- 186 • Abrechnung der tatsächlichen Kosten
- 187 • Gewinnerzielungsverbot - Krankenhäuser dürfen keine Gewinne erzielen
- 188 • Einführung einer Bürger\*innenversicherung für die gerechte Finanzierung unseres
- 189 Gesundheitssystems
- 190 • Krankenkassen nicht länger als Aktiengesellschaften organisieren
- 191 • Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze
- 192 • Verbeitragung aller Einkünfte statt ausschließliche Verbeitragung von Einkommen
- 193 • Klar progressive Beitragshöhen mit im Vergleich zu heute niedrigeren Beiträgen
- 194 für Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen
- 195 • Abschaffung von Selektivverträgen
- 196 • Pädagogische Gespräche zwischen Ärzt\*innen, Sozialarbeiter\*innen und Eltern
- 197 müssen ebenfalls als abrechenbare Leistungen gezählt werden.

198 **Aus aktuellem Anlass:**

199 Eine grundlegende Reform der Finanzierung im Gesundheitswesen ist längst überfällig.  
200 Trotzdem hat es dieses Ziel nicht in den Koalitionsvertrag geschafft. Dort beschränkt  
201 sich die Regierungskoalition aktuell ausschließlich auf das Ziel, eine Reform der  
202 Finanzierung der Pädiatrie (Kinderheilkunde) und der Geburtshilfe als Teilbereich der  
203 Gynäkologie vorzunehmen und die fehlende Vergütung der Vorhaltekosten in der  
204 Notfallversorgung in den Blick zu nehmen. Die ersten Pläne, die zu diesem Thema  
205 aktuell bekannt geworden sind, alarmieren uns. Statt die Chance zu ergreifen, diese  
206 Bereiche zu Vorreitern einer grundlegenden Reform in Richtung einer bedarfsgerechten  
207 Finanzierung durch das Selbstkostendeckungsprinzip zu machen, ist der Grundgedanke  
208 der aktuellen Überlegungen weiterhin mit Hilfe von finanziellen Anreizen bestimmte  
209 Qualitätskriterien zu erreichen oder die Zahl der Kliniken zu regulieren. In der  
210 Stellungnahme des wissenschaftlichen Gremiums ist von „Anreizen für eine hohe  
211 Versorgungsqualität und Angemessenheit, bezogen auf die regionalen Bedarfe und die  
212 regionale Bevölkerung“ die Rede, die Qualität wird also als Vergütungskriterium  
213 eingeführt. Mit dem Ziel zur Schließung von kleinen Abteilungen, die vermeintlich  
214 nicht dem Bedarf entsprechen, statt eine Landeskrankenhausplanung zu etablieren, die  
215 diese Regulierungsaufgabe der Bedarfsfeststellung übernimmt, wird dies dem Markt  
216 überlassen. Weiter formuliert die Regierungskommission, dass eine Zentrumsbildung und  
217 die Aufgabe kleiner Geburtshilfen mit wenigen Geburten zu forcieren seien.  
218 Kurzfristig sollen pädiatrische Abteilungen jenseits der Budgetverhandlungen und der  
219 DRG Pauschalen ein zusätzliches Vergütungsvolumen, das nicht leistungsabhängig  
220 vergeben wird, erhalten. So sollen sie vom betriebswirtschaftlichen Druck befreit  
221 werden. Für geburtshilfliche Abteilungen, die nur eine geringe Zahl an Geburten

222 haben, aber bei ihrem Wegfall eine Versorgungslücke hinterlassen würden, sollen  
223 kurzfristig ebenfalls nicht leistungsabhängige zusätzliche Finanzmittel ergänzt  
224 werden.

225 Weil wir die Chance für einen ersten Schritt in Richtung Selbstkostendeckung im  
226 Gesundheitssystem nicht verstreichen lassen dürfen fordern wir:

- 227 • Kurzfristige zusätzliche Vergütungsvolumen zur Verhinderung von Schließungen  
228 weiterer pädiatrischer und geburtlicher Abteilungen
- 229 • Flächendeckende Auszahlung der DRG unabhängigen Zuschläge
- 230 • Mittelfristige Anpassung der Finanzierung an tatsächlich entstandene Kosten ohne  
231 Anreizsetzung nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung
- 232 • Das Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu organisieren, teilen wir. In  
233 Häusern, die eine gewisse Zahl an Fällen unterschreiten, kann dies  
234 möglicherweise nicht gegeben sein und eine Zentrumsbildung oder Zusammenlegung  
235 von Kliniken möglicherweise erforderlich werden. Eine solche Entscheidung muss  
236 durch die politischen Verantwortungsträger\*innen im Rahmen der Krankenhaus- oder  
237 Gesundheitsplanung getroffen werden, statt durch marktförmige Organisation der  
238 Gesundheitsinfrastruktur Abteilungen bis in den betriebswirtschaftlichen Ruin zu  
239 führen, um so eine Schließung zu erreichen. Außerdem muss die Schließung kleiner  
240 Abteilungen oder Kliniken immer eine Einzelfallentscheidung sein, in der immer  
241 auch die regionale Versorgung eine Rolle spielt. Die schnelle Erreichbarkeit von  
242 medizinischer Behandlung ist ein Standortfaktor, der bei seinem Wegfall  
243 strukturschwache Regionen weiter entwertet.
- 244 • Zentrumsbildung oder Zusammenlegung von Kliniken zur Sicherung qualitativ  
245 hochwertiger Versorgung, wenn notwendig
- 246 • Entscheidungen über derartige Zentralisierungsprozesse sind durch politische  
247 Verantwortungsträger\*innen im Rahmen der Krankenhaus- oder Gesundheitsplanung zu  
248 treffen

#### 249 **Investitionskosten**

250 Wie bereits thematisiert steht die Krankenhausfinanzierung auf zwei Säulen, also  
251 unterliegt einer sogennaten dualen Finanzierung. Die Bundesländer kommen jedoch den  
252 Verpflichtungen zur Finanzierung betriebsnotwendiger Investitionskosten schon  
253 jahrzehntelang nicht im erforderlichen Umfang nach. Der reale Wertverlust der  
254 Investitionsfinanzierung beträgt von 1991 bis 2020 bundesweit 45 %, die Kosten  
255 stiegen aber auf mehr als das Zweieinhalbfache (lt. DKG). In den letzten Jahren hat  
256 sich dadurch ein Investitionsstau von ca. 30 Milliarden aufgebaut, der jährlich um  
257 ca. 4-6 Milliarden ansteigt.

258 Aus diesem Grund ist es praktisch oft notwendig, nicht geleistete  
259 Investitionsförderungen durch die DRGs querzufinanzieren. Die DRGs sind ohnehin kaum  
260 kostendeckend. Über 60 % der Krankenhauskosten sind Personalkosten. Es ist also klar,  
261 wo gespart werden muss: massive Engpässe durch Stellenabbau in der Pflege,  
262 Outsourcing, sogar Krankenhausschließungen gehören dazu. Eine Alternative wäre dann  
263 noch, Krankenhäuser an private Konzerne zu verkaufen, die mehr Möglichkeiten haben,  
264 Verluste zu umgehen. Dieser Umstand darf nicht akzeptiert werden.

265 Gute Gesundheitsplanung und Investitionsfinanzierung sind unerlässlich. Unser Ziel

266 ist eine wirklich kostendeckende Krankenhausfinanzierung entsprechend des Grundsatzes  
267 der dualen Finanzierung. Experimente wie eine monistische Finanzierung lehnen wir ab.  
268 Die Investitionskostenförderung muss bedarfsgerecht erfolgen. Grundsätzlich sollten  
269 Investitionen, deren Erforderlichkeit den zuständigen Landesbehörden nachvollziehbar  
270 dargelegt wird, in vollem Umfang übernommen werden. Bisher wird oft - wenn überhaupt  
271 - eine zu geringe Teilförderung unter Einberechnung eines Eigenanteils bewilligt. Es  
272 bedarf einer Investitionskostenfinanzierung, die den jahrzehntelangen  
273 Investitionsstau, sowie den aufkommenden Kosten durch Klimaanpassungen, der  
274 Erreichung von Klimaneutralität, sowie Digitalisierung und Energiekostensteigerungen  
275 gerecht wird.

276 Unterfinanzierung ist ein Mittel zur Marktberichtigung, aber auch Fonds und  
277 Förderzahlungen, welche die hinkende Investitionsförderung kompensieren sollen,  
278 verfolgen dasselbe Ziel. Ein Beispiel ist der sogenannte Krankenhaus-Strukturfonds,  
279 der zum „Abbau von Überkapazitäten“ und zur „Konzentration von stationären  
280 Versorgungsangeboten und Standorten“ (§ 12 KHG) ins Leben gerufen wurde. Der Bund  
281 zahlt über den Gesundheitsfonds 500 Mio. Euro pro Jahr an den Strukturfonds unter der  
282 Maßgabe, dass die Länder die gleiche Summe aufbringen. Was noch hinzukommt, ist ein  
283 Vetorecht der gesetzlichen Krankenkassen bei der Bewilligung der Investitionsmittel.

284 Eine weitere „Alternative“ wäre die Investitionsförderung nach leistungsorientierten  
285 Investitionspauschalen. Der Unterschied zur monistischen Finanzierung ist, dass diese  
286 sogenannten „Invest-DRGs“ bereits auf Bundesebene ab dem Jahr 2012 beschlossen wurden  
287 und nur durch ein Kontra des Bundesrats in eine mögliche Investitionsform mit  
288 Wahlfreiheit für die Bundesländer umgemünzt werden konnten. Die Einbeziehung der  
289 Investitionskosten in die DRGs spiegelt ähnlich - wie den DRGs innewohnend - nicht  
290 den wirklichen Bedarf wider und verschärft sowohl Investitionsprobleme als auch  
291 Konkurrenzdenken. Wir fordern daher deren Abschaffung.

292 Die Investitionskostenfinanzierung könnte darüber hinaus als Anknüpfungspunkt zur  
293 Steuerung und zur sozialen Transformation des Gesundheitswesens dienen. Wenn  
294 insbesondere Krankenhauskonzerne Gewinne erwirtschaften, muss dieser vollständig  
295 refinanziert werden. Dies ist lückenlos nachzuweisen. Bei anderweitiger Verwendung  
296 sollen Mittel der Investitionsförderung entsprechend verweigert werden. Langfristig  
297 streben wir eine vollständige Rekommunalisierung von Kliniken an. Die Länder müssen  
298 ihrer Verantwortung nachkommen und die notwendigen Investitionskosten finanzieren. Um  
299 dem aktuellen Investitionsbedarf gerecht zu werden, ist eine feste Investitionsquote  
300 für die Länder notwendig.

301 Daher fordern wir:

- 302 • Investitionsquote für die Länder
- 303 • vollständige Übernahme der Investitionskosten durch die Länder, keine  
304 Querfinanzierung von Investitionen durch die Betriebskostenfinanzierung und  
305 damit die Krankenkassenbeiträge
- 306 • nachträgliche zweckgebundene Investitionserstattung ermöglichen
- 307 • Abkehr vom Krankenhausstrukturfonds
- 308 • Gewinnerzielungsverbot - ein Krankenhaus darf keine Gewinne erzielen

309 **Beschäftigte**

310 Unsere aktuelle Krankenhauspolitik und die damit verbundene Finanzierung beutet  
311 Fachkräfte im Gesundheitsbericht systematisch aus, um Profite zu generieren.  
312 Besonders prekär betroffen sind Pflegekräfte, die Tag für Tag heillos unterbesetzt  
313 Höchstleistungen erbringen müssen. Es bedarf tiefgreifender Maßnahmen, um die Arbeit  
314 im Krankenhaus endlich menschenwürdig zu gestalten!

315 Die Abkopplung der Pflegepersonalkosten vom Fallkostenpauschalensystem war ein erster  
316 Schritt in die richtige Richtung. Durch die Abkopplung vom Fallkostenpauschalensystem  
317 ist zwar dieser Anreiz akut beseitigt, allerdings bedarf es immer noch einer wirklich  
318 bedarfsgerechten Personalbemessung, durch welche die Arbeitsbedingungen von  
319 Pfleger\*innen nachhaltig verbessert werden.

320 Natürlich muss ein bedarfsgerechter Personalschlüssel auch in der Praxis umgesetzt  
321 werden; es braucht genug Fachkräfte. Oft wird behauptet, dass der Pflegenotstand  
322 zustande komme, weil zu wenige Pfleger\*innen existierten; dieses Narrativ ist jedoch  
323 zu kurz gegriffen. Das Problem ist nicht ausschließlich, dass es zu wenig Personal  
324 gibt, sondern auch, dass zu Wenige langfristig im Beruf bleiben. Immer mehr  
325 Pflegekräfte verlassen trotz einer starken Verbundenheit zum Beruf die Branche, weil  
326 sie unter den gegenwärtigen Bedingungen die an sie gestellten Anforderungen nicht  
327 mehr tragen können oder wollen. Um den aktuellen Pflegenotstand zu beenden, bedarf es  
328 neben einer Fachkräfteinitiative auch Entlastungsmaßnahmen, damit Pflegende  
329 langfristig ihren Beruf ausüben können.

330 Beim Thema Entlastungsmaßnahmen spielen Tarifverträge und Partizipationsmöglichkeiten  
331 der Beschäftigten eine entscheidende Rolle. Wenn es nach den Beschäftigten gehen  
332 würde, würde es schon längst eine 25h Woche und neue Arbeitszeitmodelle geben. Die  
333 Arbeitskämpfe 2022 der Beschäftigten der Universitätskliniken in NRW, aber auch die  
334 vergangenen Kämpfe in Berlin der Charité und Vivantes, zeigen, dass die Beschäftigten  
335 nicht länger die aktuellen Bedingungen für Personal und Patient\*innen in  
336 Krankenhäusern akzeptieren wollen.

337 Die Streikenden des „Notruf NRW“ forderten dabei nicht nur einen  
338 Entlastungstarifvertrag für Pflegende, sondern für nahezu alle Berufsgruppen und  
339 Arbeitsbereiche der Kliniken. Denn viel zu oft werden in Debatten um Beschäftigte im  
340 Gesundheitswesen bestimmte Beschäftigtengruppen vergessen. Nicht nur Pflegepersonal,  
341 sondern auch das Reinigungs- oder Servicepersonal ist überlastet und wird trotz ihrer  
342 elementaren Rolle für das Funktionieren eines Krankenhauses wenig gesellschaftlich  
343 wertgeschätzt.

344 Deutschland läuft sehenden Auges auch in einen Ärzt\*innenmangel. Neben der  
345 bevorstehenden Berentungswelle der Babyboomer und dem erhöhten Krankheitsaufkommen  
346 durch das steigende Alter der selben Generation sind auch immer mehr junge Ärzt\*innen  
347 nicht mehr bereit, das kranke System Krankenhaus durch unbezahlte Überstunden und  
348 Arbeit bis zur eigenen Erkrankung zu stützen. Daher solidarisieren wir uns mit allen  
349 Berufsgruppen im Krankenhaus und fordern gemeinsam mit ihnen flächendeckende  
350 Entlastungen im Sinne der bisher beschlossenen Entlastungstarifverträge. Außerdem  
351 muss das Medizinstudium in Deutschland massiv ausgebaut und modernisiert werden. Wir  
352 brauchen mehr Studienplätze an mehr Universitäten in ganz Deutschland. Die hier  
353 entstehenden Mehrkosten dürfen weder durch sinkende Qualität der Lehre, noch durch  
354 unbezahlte Mehrarbeit für Ärzt\*innen an Unikliniken finanziert werden.

355 Obwohl die Beschäftigten, allen voran das Pflegepersonal und auch das Reinigungs- und



356 Servicepersonal, unser Gesundheitssystem tragen, sind ihre Perspektive, ihre  
357 Überbelastung und ihre Bedürfnisse nicht maßgeblich im öffentlichen Diskurs präsent.  
358 Während zu Beginn der Corona-Pandemie das Thema Pflege omnipräsent war und viele ihre  
359 Dankbarkeit durch Klatschen am Fenster zeigten, schafften es die Arbeitskämpfe selten  
360 bis gar nicht, eine große Mediale Aufmerksamkeit zu erreichen. Und das, obwohl gerade  
361 diese Arbeitskämpfe die Aufmerksamkeit verdient hätten, denn „Klatschen reicht  
362 nicht!“

363 Wir fordern also

- 364 • Evidenzbasierte bedarfsgerechte Personalbemessung für Pflegekräfte
- 365 • sofortige Umsetzung des PPR 2.0 zur Personalbedarfsermittlung
- 366 • Personalbemessung/bedarfsermittlung für alle Berufsgruppen
- 367 • eine Fachkräfteinitiative und Entlastungsmaßnahmen beispielsweise durch
- 368 Entlastungstarifverträge für verschiedenste Berufsgruppen im Krankenhauskontext
- 369 • mehr Berichterstattung über den Pflegenotstand und die Krankenhausbewegungen
- 370 • TVöD und TVE für alle Berufsgruppen
- 371 • Beendigung des Outsourcings von bestimmten Aufgaben
- 372 • Trennung von Personal- und Sachkosten
- 373 • Förderung von Ausbildungszentren und Ausbildungsvergütung in der Pflege & in
- 374 Therapieberufen durch den Bund
- 375 • Investition in Teilakademisierung der Pflegeberufe
- 376 • Einen massiven Ausbau der Anzahl von Medizinstudienplätzen
- 377 • eine Möglichkeit auf einen vorgezogen, abschlagsfreien Renteneintritt für
- 378 Pflegekräfte, die länger als 20 Jahre in einem Wechselschichtmodell gearbeitet
- 379 haben.

### 380 **Überwindung des Kapitalismus- auch im Gesundheitssystem!**

381 Das deutsche Gesundheitssystem mit seiner dualen Finanzierung unterliegt  
382 kapitalistischen Zwängen. Aufgrund marktwirtschaftlicher Fehlanreize kommt es zum  
383 Qualitätsverlust bei der Patient\*innenversorgung und Beschäftigte arbeiten zumeist  
384 unter prekären Umständen. Die Sicherstellung einer optimalen Gesundheitsversorgung  
385 und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in allen Bereichen  
386 des Gesundheitswesens muss oberstes Ziel sein. Dafür muss das Finanzierungssystem von  
387 Krankenhäusern endlich weg von einem schlechten Anreizsystem hin zu einer  
388 Orientierung an der bestmöglichen Gesundheitsversorgung für alle.

389 Gesundheit ist ein Menschenrecht! Die kapitalistischen Zwänge stehen der  
390 bestmöglichen Erfüllung dieses Rechts im Weg, dabei haben diese im Gesundheitsbereich  
391 nicht zu suchen. Gesundheit vor Profite!