

1. Einführung einer Bürgerversicherung

Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV

Ist-Zustand

Zwei-Klassen-Krankenversicherungssystem mit gesetzlichen und privaten Krankenkassen

Vorzugsbehandlung privat Versicherter

Reduzierte Leistungen und extrem steigende Beiträge im Alter für privat Versicherte

Reduzierte Leistungen und steigende Beiträge für gesetzlich Versicherte

Aktuell gibt es ca. 100 gesetzliche und über 40 private Krankenkassen

Forderungen von *aufstehen*

Einheitliche Pflegeversicherung (Leistungen sind heute schon gleich)

Zusammenführung aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen zu einer Bürgerversicherung (alle Bürger zahlen in das gleiche System)

Beitragsbemessungsgrenze anheben (Mehrkosten für Gutverdiener)

Vergütungssystem der Ärzte anpassen bzw. vereinheitlichen

Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen

Wahlrecht einer Krankenversicherung unabhängig vom beruflichen Status oder Einkommen

Einen solidarischen Ausgleich auf allen Ebenen schaffen

Vorteile der Bürgerversicherung

Gleiche Leistung für alle

Beiträge sind einkommensabhängig und dadurch gerechter (in den meisten Fällen sinken sie)

Solidaritätsprinzip (gemeinschaftliche Finanzierung) wird gestärkt

Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität

Einheitliches Abrechnungssystem

Der größte Anteil der Verwaltungskosten im Umfang von jährlich knapp 12 Milliarden Euro kann eingespart werden

Eventuelle Nachteile der Bürgerversicherung

Ob und wie bereits privat Versicherte in eine solidarische Versicherung überführt werden können

Inwieweit die Beihilfe bei Beamten weiter vom Dienstherrn gezahlt wird

2. Entprivatisierung der Kliniken/ Krankenhäuser und Verhinderung der Privatisierung der medizinischen Versorgungszentren

Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser sichern die notwendige Versorgung für alle Menschen im gesamten Land. Es darf nicht die Gewinnerwirtschaftung wie bei z. B. privaten Kliniken im Mittelpunkt stehen.

Krankenhäuser gehören als Daseinsvorsorge in die öffentliche Hand!

Ist-Zustand

Seit 1991 gibt es eine deutliche Zunahme privater Krankenhäuser (zunehmend KH-Konzerne) von 14,8 % auf 38,8 % im Jahre 2021.

1991	Freie Träger	39,1 %
	Öffentliche Krankenhäuser	46,1 %
	Private Krankenhäuser	14,8 %
2021	Freie Träger	32,2 %
	Öffentlich Krankenhäuser	29 %
	Private Krankenhäuser	38,8 % (auf Betten bezogen 20 %)

Die Rendite (Gewinn) liegt bei den privaten Krankenhäusern bei 10 – 15 %, die aus dem Gesundheitswesen abfließen. Sie ist ein Anreiz zur Gewinnmaximierung durch Lohndumping, Arbeitsverdichtung und schlechter bzw. einseitiger Patientenversorgung.

Selbst der Gesundheitsausschuss des Bundestages sieht die zunehmende Privatisierung von medizinischen Versorgungszentren im ambulanten Bereich mit undurchsichtigen Besitzverhältnissen kritisch.

Forderungen von **aufstehen**

- Privatisierungsstopp im Krankenhaus-Bereich
- Rekommunalisierung der privaten Krankenhäuser
- Verbot der Übernahme von Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren durch nicht-ärztliche Träger und Ketten (Konzerne)

3. Weg mit den Fallpauschalen

Marktwirtschaftlich orientierte Fallpauschalen haben den Wettbewerb seit über 20 Jahren in den Krankenhäusern verstärkt, aber zu keiner Kostenreduktion geführt. Denn der Anreiz, mehr lukrative Behandlungen durchzuführen, um den Gewinn zu steigern, führt zu mehr Kosten für die Steuer- und Beitragszahlenden. Demgegenüber war es vorteilhaft, Personal abzubauen, um Kosten einzusparen. Vor allem kleine ländliche Kliniken und kommunale Allgemeinkrankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten werden in den finanziellen Ruin getrieben, wodurch das vorrangige Gebot der flächendeckenden klinischen Versorgung unterlaufen wird. Die Folgen sind fatal. Der Anteil defizitärer und insolvenzgefährdeter Krankenhäuser beträgt derzeit über 90 %.

Lauterbachs Krankenhausreform – der falsche Weg

Die geplante Krankenhausreform mit Vorhaltepauschalen von 20 – 40 % ersetzt „nicht“ die Fallpauschalen, die weiterhin gelten mit allen Fehlanreizen. Die Krankenhäuser sollen verschiedenen Versorgungsstufen zugeteilt werden. Dabei werden aber viele Krankenhäuser herabgestuft, dürfen also verschiedene Leistungen nicht mehr erbringen oder erhalten keine Vorhaltepauschalen. In der Geburtshilfe könnte das 190 Standorte betreffen. Das wird das Ende Hunderter Kliniken bedeuten!

Forderungen von *aufstehen*

- vollständiger Ersatz der Fallpauschalen durch die Selbstkostendeckung
- Ausgleich von Vorhaltekosten
- Investitionskosten/ Neuinvestitionen sind vom Staat ausreichend zu finanzieren

4. Gegen Krankenhausschließungen

Die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung für alle Bürger auch in strukturschwachen Gebieten, muss über den Verbleib oder die eventuell notwendige Schließung eines Krankenhauses entscheiden. Grundlage darf nicht die finanzielle Situation des Krankenhauses sein.

Die Wiedereinführung der Selbstkostendeckung muss die Finanzierung durch die Fallpauschale ablösen.

Ist Zustand

Seit 1991 haben über 20 % der Krankenhäuser geschlossen.

1991 gab es über 2.400 Krankenhäuser mit 665.000 Betten. Das waren 832 Betten auf 100.000 Einwohner.

2019 gab es ca. 32 % unterfinanzierte Krankenhäuser. Durch die Corona-Pandemie stieg die Zahl auf 49 %.

2021 gab es nur noch etwa 1.880 Krankenhäuser mit 483.000 Betten. Das waren 581 Betten auf 100.000 Einwohner.

2022 stieg die Zahl aufgrund der von der EU verhängten Sanktionen und der dadurch entstandenen höheren Energiekosten auf dramatische 96 % defizitäre Krankenhäuser.

Die neue Krankenhausreform von Lauterbach ist keine Zeitenwende. Sie sieht die Ergänzung der Fallpauschalen durch „Vorhaltevergütungen“ vor, die sich ebenfalls an der Patientenfallzahl orientieren. Die Fallpauschalen sollen weiterhin 40 – 60 % der Vergütung ausmachen! Bis jetzt sind keine zusätzlichen finanziellen Mittel vorgesehen.

Forderungen von **aufstehen**

- Finanzielle Soforthilfe durch den Bund zum Auffangen der Energie- und anderer zusätzlicher Kosten durch die Sanktionen und Corona
- Krankenhausfinanzierungsreform mit Abschaffung der Fallpauschalen durch Investitionskostenausgleich, Selbstkostendeckung und Vorhaltepauschalen
- Sicherstellung der flächendeckenden stationären Versorgung, ambulanter Nachbetreuung und Notfallversorgung durch einen Krankenhausreformplan nach medizinischem Bedarf unter Einbeziehung aller Beteiligten!
- Um die Krankenhäuser aus der Abwärtsspirale zu befreien und vor Schließungen zu bewahren, brauchen wir die flächendeckende Finanzierung

per Selbstkostendeckung. Das heißt, das Krankenhaus erhält die Kosten für seine behandelten Fälle komplett erstattet.

- Die Selbstkostendeckung setzt enorme personelle Ressourcen durch den verringerten Abrechnungsaufwand frei und stoppt die auf Kosten der Allgemeinheit seit Jahren stattfindenden Gewinnabflüsse aus dem Krankenhauswesen. Außerdem geht sie mit einer an medizinischen Bedarfen orientierten Krankenhausplanung einher.

5. Verbesserungen der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Es besteht ein erheblicher Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, der durch die schlechten Arbeitsbedingungen verursacht wird:

Schlechte Bezahlung, Arbeitsverdichtung, Überstunden, fehlende Wertschätzung, starre hierarchische Strukturen, hoher Krankenstand durch Überlastung und überbordende Bürokratie haben zu einer Flucht aus den Gesundheitsberufen geführt.

Beispielsweise gibt es 860.000 Aussteiger aus der Pflege, die ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben wollen oder können.

Es fehlen so viele Fachkräfte, dass Betten aus Personalmangel unbelegt bleiben müssen.

Aber viele der Aussteiger würden zurückkehren, wenn sich die Arbeitsbedingungen und der Verdienst verbessern würden. Das wäre schneller und in größerem Umfang zu realisieren als eine Neuanwerbung im Ausland.

Forderungen von *aufstehen*

- bedarfsgerechte Personalschlüssel für alle Berufe im Gesundheitswesen und deren konsequente Durchsetzung
- Erhöhung der Vergütung
- Akademisierung der Ausbildung der Pflegeberufe (Fachhochschule) wie in vielen europäischen Ländern
- Beteiligung aller Berufsgruppen an den Entscheidungen in den Kliniken (Verringerung der Hierarchie/ Einbindung aller Beteiligten auf Augenhöhe)

6. Mehr Transparenz bei den Arztkosten bzw. ärztlichen Abrechnungen

Derzeit haben gesetzlich Versicherte keinen Einblick über die Höhe der Kosten ihrer Behandlung/Therapie. Sie können auch nicht erkennen, ob der Arzt exakt das abgerechnet hat, was an Behandlung vorgenommen wurde. Dieses „Privileg“ haben nur Privatversicherte. Jedoch ist nicht erkennbar, wenn der Arzt mehr Leistung erbringt, als ihm vergütet wird.

Das Abrechnungssystem für Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich zurzeit nach dem EBM, einem Punktesystem, in dem die Leistungen bewertet werden. Der Wert der Punkte wird zwischen den Krankenkassen und den Ärztevereinigungen ausgehandelt. Da jedoch die Gesamtvergütung der Ärzte gedeckelt (budgetiert) ist, werden pro Praxis bzw. Arzt nur eine begrenzte Anzahl an Behandlungen bezahlt, auch wenn mehr Leistung erbracht wurde.

Forderungen von *aufstehen*

- Erstellung von Rechnungen:
Ziel ist die Herstellung von Kostentransparenz. Somit wächst gegenseitiges Vertrauen und es entsteht parallel eine Wertschätzung gegenüber dem monetären Wert der medizinischen Behandlung, da für den Patienten ersichtlich wird, was real wie viel kostet und vergütet wird.
- Vereinfachung der ambulanten Vergütung mit festen Preisen für ärztliche Leistungen

7. Patientenrechte stärken

Jeder Patient willigt vor einer Operation (OP) schriftlich in diese ein; inklusive aller Risiken. Bei einem OP- bzw. Behandlungsfehler muss der Patient beweisen, was bzw. dass etwas falsch lief. Dabei gibt es nur wenige Ausnahmen (z. B. ein grober Behandlungsfehler). Da der Patient zumeist in Narkose ist, kann er selbst nichts bezeugen. Auskunft geben die Krankenunterlagen. Diese müssen vollständig und vor allem zuverlässig sein. Der Patient kann nur hoffen, dass dem so ist. Bei einem vermuteten Behandlungsfehler muss er vor Gericht klagen. Das Gericht beurteilt selbst nichts, sondern beauftragt einen Gutachter (meist Ärzte).

Ferner dauern Schadenersatzprozesse oftmals sehr lange (bis zu 10 Jahre). Grund dafür ist, dass die Versicherungen der Ärzte an einem schnell abgeschlossenen Prozess kein Interesse haben. Sie müssen nicht die Folgen der OP (Schmerzen usw.) erleiden und haben auch keine finanziellen Probleme. Es folgen Gegengutachten auf Gutachten, die jeweils bis zu 6 Monate dauern können. Reine „Zermürbetaktik“, damit der Kläger, so er überhaupt eine Chance hat, einem Vergleich zustimmt.

Zur Entlastung gibt es Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern der Bundesländer, deren Entscheidungen aber nicht bindend sind.

Forderungen von *aufstehen*

Beweisumkehr: Der Arzt bzw. das Krankenhaus sollte belegen müssen, warum ein (schlechtes) OP-Ergebnis zustande gekommen ist. Dabei sollte es Abstufungen geben. Weicht das OP-Ergebnis etwas vom Durchschnitt ab oder sogar extrem? Danach sollte sich die Höhe der Entschädigung richten. Es darf in keinem Fall so sein, dass der Patient alles beweisen muss.

Zum Zeitfaktor beim Schadenersatzprozess: Schadenersatz sollte spätestens nach 2 Jahren gerichtlich festgestellt worden sein. Für den Fall, dass diese zeitliche Grenze überschritten wird, sollte zumindest ein Teilbetrag ausgezahlt werden.

8. Sicherheit der Medikamentenversorgung

80 % der Wirkstoffe für Medikamente werden in China und Indien unter fragwürdigen Arbeits- und Umweltbedingungen billig hergestellt. In Deutschland werden die Mittel dann am Schluss kontrolliert. Aufgrund des globalen Wettbewerbs und eines intransparenten Systems wissen viele (auch Mediziner) nicht, wie und wo die Medikamente hergestellt werden.

Die Medikamentenversorgung liegt in der Hand weniger Firmen.

Von 500 verschreibungspflichtigen Medikamenten, die das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)** als „versorgungsrelevant“ einstuft, werden 300 nach Angaben der Behörde von drei oder weniger Unternehmen produziert. **2020 waren 16,7 Millionen Packungen Arzneimittel in Deutschlands Apotheken nicht lieferbar.**

Medikamente werden bislang nur für **zwei Wochen bevorratet**.

Forderungen von **aufstehen**

- Die Gesundheit aller muss an erster Stelle stehen!
- Deutschland braucht eine gesicherte Produktion von Arzneimitteln im Land und auch eine Vorratshaltung für längere Zeiträume.
- Wir fordern mehr Transparenz für Medikamente (Herstellungsland etc.)
- Arbeits- und Umweltbedingungen müssen konsequent im In- und Ausland kontrolliert werden.
- Die Versorgung mit Medikamenten und deren gute Qualität muss im Vordergrund stehen, deshalb müssen Monopole aufgelöst und die Herstellung auf mehrere Anbieter aufgeteilt werden.
- Durch eine Überarbeitung des Patentrechtes könnten auch in Deutschland Generika schon vor Ablauf des Patentes für die Produktion vorbereitet werden.
- Auch die Zulassung wirksamerer Präparate aus anderen Ländern muss beobachtet und in Einklang gebracht werden.

Sicherheit der Medikamente

Die EU muss immer wieder Medikamente vom Markt nehmen, weil die Studien dazu gekauft wurden, also real nicht stattgefunden haben. Das hat zur Rücknahme vieler Präparate geführt, die bereits seit Monaten oder Jahren auf dem Markt waren. Auch Pfizer war in solche Skandale verwickelt. Trotzdem werden mit diesem Konzern Verträge abgeschlossen und manchmal übernimmt der Staat die Kosten bei Nebenwirkungen und Folgeschäden.

Pharmazeutische Studien sind sehr teuer. Eine universitäre Studie kostet im Vorfeld über 1 Million Euro. Deshalb liegt die Studienerstellung in der Hand weniger Firmen der Pharmaindustrie.

Eine Offenlegung der Studienergebnisse muss nicht erfolgen und kann selbst für zugelassene Präparate nicht eingeklagt werden.

Forderungen von *aufstehen*

- Wir brauchen staatlich geförderte Studien ohne Interessenkonflikte, deshalb müssen Studien von Pharmafirmen abgelehnt werden.
- Studien der Pharmaindustrie müssen grundsätzlich von einer unabhängigen Institution konkret durchgeführt und durch den Staat kontrolliert werden.
- Die Ergebnisse der Studien müssen alle offengelegt werden!
- Die Veröffentlichung aller Ergebnisse einer Studie muss einklagbar sein.
- Mit Pharmaunternehmen, die schon mehrmals wegen Fälschung verurteilt wurden, dürfen keine Verträge mehr geschlossen werden.
- Die Preise der Pharma-Präparate müssen vom Staat festgelegt werden!
- Es müssen unabhängige Vergleichsstudien zwischen den verschiedenen Präparaten durchgeführt werden mit Wirkung und Nebenwirkung und die weniger wirksamen Präparate vom Markt genommen werden.
- Studien zu naturheilkundlichen Anwendungen und Präparaten sind entsprechend den Forderungen der WHO durchzuführen.
- Die vielen Studien zu Phytotherapeutika, die bereits in „PubMed“ veröffentlicht wurden, müssen auf Wirkung und Nebenwirkung mit Pharma-Präparaten verglichen werden.
- Grundsätzlich müssen alle Phytotherapeutika und auch andere naturheilkundlichen Anwendungen (z. B. Akupunktur), deren Wirkung in Studien bereits belegt ist, von den gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt werden.

9. Kinderkliniken

Unbegreiflich! Aus einem irrationalen Sparzwang heraus kommt es regelmäßig zu massiven Versorgungsengpässen in deutschen Kinderkliniken mit der Folge, dass Kinder in Lebensgefahr geraten oder tatsächlich sterben.

„Sie werfen keine Gewinne ab. Im Gegenteil: Sie sind ein Verlustgeschäft. Denn kranke Kinder kosten Zeit, Personal und Aufwand.“ Aufgrund dieser perversen Verwertungslogik mussten bereits mehrere Kinderstationen geschlossen werden.

So mussten schwerkranke Kinder Hunderte Kilometer transportiert werden und das nicht nur in ländlichen Gebieten, sondern auch in Großstädten.

Dabei sind genügend Intensivbetten vorhanden – nur keine Pflegekräfte.

Die Zahl der Kinderkrankenschwestern und -pfleger sinkt, während die Zahl der Fälle ansteigt. Rund 20 Prozent der Intensivbetten stehen deshalb häufig gar nicht zur Verfügung.

Die Kliniken beklagen, dass die Fallpauschalen den tatsächlichen Aufwand bei der Versorgung vor allem chronisch kranker Kinder nicht abbilden. Der reale Zeit- und Pflegeaufwand sei viel höher. Die Kliniken konzentrieren sich auf Bereiche, die einträglich sind. Demnach existiert ein Überangebot mit Level-1-Zentren für Frühgeborene unter 1500 Gramm, weil Frühchen lukrativ sind. Bei chronisch kranken Kindern mit komplexen Erkrankungen herrscht dagegen teilweise eine eklatante Unterversorgung.

Die Politiker diskutieren, aber Lösungen sind bisher keine in Sicht.

Die neue Krankenhausreform von Gesundheitsminister Lauterbach ist nur eine minimale Verbesserung, aber sie greift nicht an der Ursache des Problems an.

Forderungen von *aufstehen*

- Wir müssen gemeinsam zum Schutz der Gesundheit unserer Kinder für ein schnelles politisches Eingreifen und eine langfristige Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Kindern kämpfen.
- Wir fordern eine gesicherte dauerhafte Finanzierung von Kinderkliniken und Kinderarztpraxen, inklusive einer gerechten Entlohnung des gesamten in diesem Bereich tätigen Personals und eine Verbesserung seiner Arbeitsbedingungen.
- Wir fordern die sofortige Sicherstellung der ausreichenden Versorgung von Kindern mit den für sie wichtigsten Medikamenten.

10. Digitalisierung in der Medizin

Seit über 15 Jahren wird versucht, das Gesundheitswesen zu digitalisieren. Die bisherigen Versuche sind nicht zufriedenstellend. Das Trauerspiel um die elektronische Krankheitsakte spricht dabei für sich.

Die Daten von über 60 Millionen Versicherten müssten zentral verwaltet und zu einer Kommunikationsinfrastruktur für das gesamte Gesundheitsnetz aufgebaut werden. Erst dann sind auch Fortschritte in der medizinischen Versorgung möglich. Die Gefahr eines massiven Missbrauchs durch Versicherungen, Behörden oder Dritte besteht weiterhin, da die aktuelle IT-Struktur der Bundesrepublik keine Datensicherheit garantieren kann und auch nicht den europäischen Datenschutzrichtlinien entspricht.

Dieses Dilemma ist zurückzuführen auf fachliches und vor allem politisches Versagen der Bundesregierungen. Das wurde auf der Bundespressekonferenz 2020 mit Ulrich Kelber, dem Bundesdatenschutzbeauftragten, deutlich. Ohne ausreichenden Datenschutz würde der Versicherte zum gläsernen Bürger und seine Daten könnten von Dritten eingesehen und missbraucht werden.

Die Aushebelung des Datenschutzes in der EU und auch in Deutschland deutet darauf hin, dass Patientendaten ohne Zustimmung der Betroffenen zu vielfältigen Zwecken ausgewertet werden. Es ist davon auszugehen, dass am Ende des Prozesses die Betroffenen vielfältige Nachteile in fast allen Lebensbereichen zu erwarten haben, zum Beispiel bei der Kreditvergabe oder beim Aushandeln von Versicherungskonditionen.

Die Digitalisierung in der Medizin kann ein Werkzeug zur Verbesserung der Patientenversorgung sein. Die Patientendaten selbst und der Austausch von Patientendaten ist allerdings vor dem Zugriff durch Dritte nicht ausreichend geschützt.

Forderungen von *aufstehen*

- Patientendaten müssen ausreichend sicher geschützt sein durch eine Speicherung auf einem „nationalen“ Sicherungssystem, welches „für diesen Zweck“ eingerichtet wird.
- Patientendaten dienen dem Austausch zwischen den medizinischen Dienstleistern bei Behandlungen und sind Eigentum des Patienten, der Umfang und Dauer der Weitergabe zwischen den Dienstleistern im spezifischen Einzelfall kontrollieren und entscheiden kann.
- Die Weitergabe von Daten an Versicherungen, Behörden und Krankenkassen erfolgt ohne direkten Zugriff auf die Patientenakte und darf nur auf

ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgen. Dieser kann jederzeit widerrufen werden und muss nach einer Frist erneuert werden.

- Zugänglichkeit und Anwendbarkeit muss für alle Patienten möglich sein, auch für Ältere und sozial Benachteiligte.
- Keine Sanktionen bei Verweigerung der eGK (elektronische Gesundheitskarte) oder ePA (elektronische Patientenakte).
- Die hohen Kosten (Implementierung, Schulungen etc.) für Ärzte müssen vom Staat übernommen bzw. gefördert werden.
- Eine Sicherung der Daten, z. B. bei Ausfall der Technik ist zu garantieren.

Ein Beispiel für ein funktionierendes System wäre Folgendes:

Alle Systeme, die Patientendaten elektronisch verarbeiten, basieren auf Cloud Systemen. Es werden nur Cloud Systeme genutzt, welche die Patientendaten auf Systemen in den Nationalstaaten speichern. Sinn und Zweck dieser in der Cloud extern gespeicherten Daten ist der Austausch zwischen medizinischen Instanzen im Rahmen von Behandlungen oder für die Vorsorge. Jeder dort verarbeitete Datensatz ist Eigentum des Patienten. Direkt angeschlossen an dieses System sind ausschließlich medizinische Instanzen, wie zum Beispiel Arztpraxen, Krankenhäuser oder Apotheken, die im Rahmen von medizinischen Behandlungen und/oder zur medizinischen Vorsorge der Bürger arbeiten. Versicherungen, Kostenträger, nicht medizinische Dienstleister erhalten keinen direkten Zugriff auf die Daten. Dazu zählen auch private oder öffentliche Forschungseinrichtungen. Diese erhalten ggf. nach einem Zufallsprinzip ausgewählte anonymisierte Daten, die in dafür ausgelagerte Bereiche abgelegt werden. Diese Daten dürfen daraus nicht entfernt oder verändert werden und unterliegen einem Verfallsdatum. Über das Datum hinaus werden die Daten aus dem ausgelagerten Bereich gelöscht. Den Zugriff regeln Patienten über Schnittstellen bei den medizinischen Dienstleistern. Dort erlaubt der Patient zum Beispiel die Übermittlung von Röntgenaufnahmen oder Ergebnissen von Blutuntersuchungen etc.

11. Gegen die Herausnahme von Hebammen und Physiotherapeuten aus der Krankenhausvergütung

Durch die Fallpauschalen ist es zu einem erheblichen Kostendruck auf die Krankenhäuser gekommen. Diese haben durch Personalabbau versucht, ihre Kosten zu senken. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wollte der damalige Gesundheitsminister Spahn ab 2020 einen weiteren Abbau in der Pflege verhindern. Nun werden die Kosten der Krankenhäuser für das Pflegepersonal über ein Extra-Pflegebudget abgerechnet.

In dem am 20.10.2022 beschlossenen GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach verfügt, dass ab 2025 nur noch qualifizierte Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett durch das Pflegebudget bezahlt werden sollen. Damit fallen Hebammen und Physiotherapeuten aus dem „Extrabudget“ und müssen durch die Fallpauschalen mitfinanziert werden. Die Gefahr, aus Kostengründen hier noch mehr einzusparen, ist zu groß. Aber wie soll eine Schwangere ohne Hebamme oder ein Schlaganfallpatient ohne Physiotherapeuten auskommen?

Protest zeigt Wirkung:

In einer Petition auf change.org wurden über 1,6 Millionen Unterschriften gesammelt, um die Hebammen im Pflegebudget zu belassen. Am 06.12. 2022 korrigierte Lauterbach mittels des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes die geplante Hebammenvergütung. Damit bleiben die Hebammen auf den Stationen weiterhin im Pflegebudget ab 2025. Darüber hinaus werden auch in Zukunft die Hebammen in den Kreißsälen aus dem Pflegebudget refinanziert. Die Geburtshilfe wird für 2023 und 2024 außerdem mit jeweils 120 Millionen Euro unterstützt.

Forderungen von *aufstehen*

- Kurzfristig: Belassung der Hebammen und Therapeuten im Pflegebudget
- Langfristig: Übernahme der Kosten für alle Therapeuten und Hebammen im Rahmen der Selbstkostendeckung

Quellenverzeichnis

Auffenberg, Dr. Jennie (2023): Bundesweite Pflegepotenzialstudie. „Ich pflege wieder, wenn ...“ In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.). Bremen, unter: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Ich_pflege_wieder_wenn_-_bundesweit__aktualisiert.pdf (letzter Abruf am 22.08.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Sofortprogramm Pflege. Berlin, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> (letzter Abruf am 22.08.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2022): GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Berlin, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finanzstabilisierungsgesetz.html> (letzter Abruf am 22.08.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungen. Berlin, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-verguetung.html> (letzter Abruf am 22.08.2023).

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2023): Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission. „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“. Kurzbewertung. In: Rakowitz, Nadja (Hrsg.): Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Maintal, unter: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/index.php?get=download&cfilename=BRwTBQoFUFcdckURQ1EMEWQBEB4IDW5hV19fEVRFBhYSEAwHOTVWVhxJVAU%3D> (letzter Abruf am 22.08.2023).

Deutsches Ärzteblatt (2022): Hebammen sollen ins Pflegebudget aufgenommen werden. Berlin, unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139224/Hebammen-sollen-ins-Pflegebudget-aufgenommen-werden> (letzter Abruf am 22.08.2023).

Institut DGB-Index Gute Arbeit/ ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2023): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin, unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada> (letzter Abruf am 22.08.2023).