

Beschluss

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen - Bundesvorstand

Projektgruppe Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitssystem

Die Bundeskonferenz stellt fest, dass die im letzten Jahrzehnt die in Deutschland verstärkt praktizierten Steuerungsmodelle im deutschen Gesundheitssystem weder die Versorgungsqualität verbessert, noch die Wirtschaftlichkeit des Systems erhöht haben. Das profitorientierte Handeln der Akteure hat z.T. negative Folgen für die Versorgung: Die Vorenthaltung notwendiger Leistungen und regionale Versorgungsdefizite nehmen zu.

Die Bundeskonferenz beauftragt den Bundesvorstand, kurzfristig eine Arbeitsgruppe zu berufen, die bis zur Bundeskonferenz 2012 eine Neukonzeption der Planung, Steuerung und Versorgungsorganisation in Deutschland entwirft sowie eine kritische Bilanz des Wettbewerbsgedankens im Gesundheitssystem zieht.

Begründung:

In den 80 und 90 Jahren war die Diskussion um die gesellschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens geprägt von Ressourcenverschwendung und der vermeintlichen Kostenexplosion. In einem gesellschaftlichen Klima eines neoliberal geprägten ökonomischen Diskurses auch im Gesundheitswesen wurden vorrangig ökonomische Steuerungsinstrumente eingeführt, um die Verschwendung der Versichertenbeiträge zu stoppen und die Versorgung zu steuern. Beispiele sind der Beitragswettbewerb der Krankenkassen, die Fallpauschalen, die Budgetierung und die Ausgabenbegrenzung im Rahmen der ambulanten Einzelleistungsvergütung.

Die angestrebte Kostendämpfung war teilw. erfolgreich. Allerdings wird inzwischen zunehmend der Konflikt zwischen Qualität und Kostendruck erkennbar. Akteure orientieren sich an vorrangig an wirtschaftlichen Notwendigkeiten zurück statt an Versorgung. Die rechtliche und noch mehr materielle, gewinnorientierte Privatisierung von Einrichtungen beschleunigen diesen Vorgang dramatisch. Am Ende werden die kostendämpfenden Absichten durch konsequent betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise der Akteure weitgehend konterkariert. Das Ergebnis ist eine gewerbliche Orientierung des Gesundheitswesens.

So kommt es im Krankenhausbereich zunehmend zu übermäßigem und gefährlichem Personalabbau. Berichte über Überlastungen im Pflegebereich sind Legion, die Personalzahlen bei steigender Fallzahl deutlich unter denen des sog. „Pflegetotstands“. Personalmangel bedeutet aber ein wichtiges und wachsendes Qualitätsrisiko. Hingegen ist der erwartete Abbau von Überkapazitäten nur bedingt eingetreten, weil das Einzelkrankenhaus sich im Wettbewerb vor allem durch Expansion behaupten kann.

Auch im ambulanten Bereich zeigt sich eine zunehmende Ausrichtung der Akteure an wirtschaftlichen Parametern – mit desaströsen Folgen für die Versorgung: Hausarztmangel,

- 40 Versorgungsengpässe auf dem Land und noch stärker in sozial benachteiligten Stadtteilen, Berichte über Vorenthaltung von Leistungen bis hin zu kriminellen Verhalten in Form illegitimer Rationierungen sind nur einige Beispiele für die erreichten Grenzen wirtschaftlicher Steuerungsmethoden.
- 45 Medizin und medizinischen Versorgung ist aber nach unserer Überzeugung kein Gewerbe, sondern eine öffentliche Versorgungsaufgabe. Ökonomische Steuerung kann nur so weit legitim sein, wie sie nicht mit den vorrangigen Zielen der gerechten Versorgungssicherung in Konflikt gerät. Deshalb bedarf es einer umfassenden Überprüfung und Neuordnung der Steuerungsverfahren in Gesundheitswesen.
- 50 Für Sozialdemokraten gilt: jeder Bürger und jede Bürgerin soll jede notwendige und zweckmäßige Versorgung erhalten. Nachgeordnet soll die wirtschaftlichste Möglichkeit gewählt werden. Deshalb bedarf der Einführung einiger Regeln, die in anderen gesellschaftlichen Bereichen selbstverständlich sind.
- 55 Insbesondere müssen präventive Standards Vorgaben liefern, welche Ausstattungen an Gerät und Personal vorzuhalten sind. Personalmindestzahlen sind hier ein zentrales Instrument an der wichtigsten Schnittstelle. Eine Intensivierung der Aufsicht und die Stärkung von Planungs- und Ordnungskompetenzen auf regionaler und lokaler Ebene verhindern unsinnige Entwicklungen im Wettbewerb um Patienten.
- 60 Der Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und optimaler Behandlung hat am Krankenbett nichts verloren. Entsprechend müssen wirtschaftliche Anreize darauf überprüft werden und die Vermengung medizinischer und wirtschaftlicher Interessen weitgehend ausgeschlossen werden..
- 65 Gerade Ärztinnen und Ärzte sollen immer zuerst Sachwalter ihrer Patienten sein. Mit der Pauschalierung der ambulanten Honorierung ist dazu ein wichtiger Schritt geleistet worden, der auch im Krankenhaus durch ein Verbot wirtschaftlich erfolgsabhängiger Chefarzt- und Abteilungsleitervergütung im Krankenhaus ergänzt werden muss.
- 70 Wir wollen, dass die Krankenhausversorgung auch in Zukunft durch öffentliche oder gemeinnützige Krankenhäuser erfolgt. Nur so wird in öffentlicher Verantwortung gehandelt. MVZ sollen an öffentliche oder frei-gemeinnützige Krankenhäuser angeschlossen oder als öffentlich-rechtliche oder – analog der KV – quasi öffentlich-rechtliche Sicherstellungsinstrumente, vergleichbar einer Praxisgemeinschaft, betrieben werden. Der Betrieb als oder durch Kapitalgesellschaften ist auszuschließen.
- 75