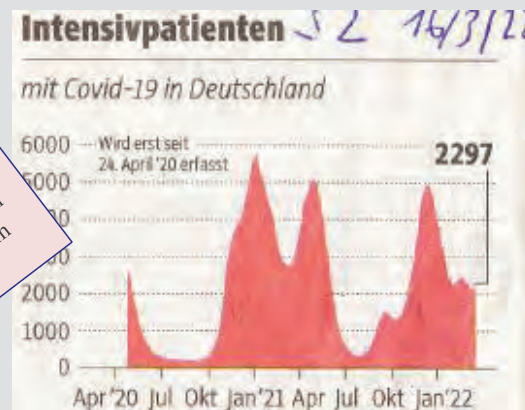


Gesundheits- und Pflegepolitik nach der Covid19-Pandemie

Große Handlungsnotwendigkeiten treffen auf
Ampelpläne des Klein-Kleins

**Wild-West-Kapitalismus mit
kostenlosen Corona-Bürgertests**
Die Delegation der Tests an den „Markt“ führte zu übersteuerten Preisen und der Abschöpfung von Steuermilliarden durch Betrüger. Schaden durch die Abrechnung von Tests, die gar nicht erbracht wurden: ca. 1,4 Mrd. €. Die KVen vertraute blind dem Markt. (Stand: 8-2022)



Die gesetzlichen Krankenkassen werfen Kliniken Falschabrechnungen im großen Stil vor – und fordern mehr Kontrollrechte. Die Krankenhäuser wehren sich gegen einen Generalverdacht. Lädt das System zum Schummeln ein?

LVZ, 31.08.21

Dr. Cornelia Heintze
Bielefeld-Sennestadt am 15. September 2022

Gliederung

Dr. Heintze

1) Pandemie – Lektionen gelernt?

- Covid-19-Todesbilanz nach der 3. Welle: Internationaler Vergleich + Ursachen
- Impfstrategien im Vergleich (EU, Bundesländer) – Bremen Top, Sachsen Flop – Die Gründe
- Gesundheitspolitik in der Pandemie: **Wildwest-Kapitalismus** ohne öffentliche Kontrolle
- Lektion gelernt? Schlussfolgerungen gezogen?

2) Sehr hohe Ausgaben, mittelmäßige Ergebnisse, Pflege unterfinanziert

- Legenden contra Fakten: Wie gut ist das deutsche Gesundheitssystem?
- Defizitäre Datenlage – Selbstverwaltung schafft Intransparenz
- Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge + des kollektiven Gesundheitsschutzes
- Das DRG-Regime liefert Fehlanreize; es belohnt kommerzielle Geschäftsmodelle
- **Pflegenotstand hat sich verschärft** – im Krankenhaus und in der Altenpflege
- Zweitteuerstes Gesundheitssystem – trotzdem ist die Pflege unterfinanziert
- Das hoch-fragmentierte deutsche Gesundheitssystem ist kaum zu steuern

3) Heime, Pflegedienste, Arztpraxen usw. als Renditeobjekte – der nähere Blick

- Profitorientiert statt Gemeinwohlorientiert – Finanzinvestoren drängen auf den Markt
- Rückgewinnung öffentlicher Kontrolle ist möglich – in anderen Ländern

4) Stellt sich die Ampel den Herausforderungen? Kritische Bewertung

- **Gesamtbewertung:** Einige Lichtblicke, aber die Marktlogik bleibt unangetastet
- **Krankenhausreform:** Themenfelder und Expertenkommission
- **Bessere Arbeitsbedingungen für die Pflege?**
 - Personalbemessung: Umsetzung fraglich
 - Aufwertung der Pflege im Verhältnis zur Medizin? Ein bisschen, nicht wirklich

Land	26.06.2020		01.04.2021		31.08.22/6.09.22	
	Absolut	Tote je 100.000 EW	Absolut	Tote je 100.000 EW	Absolut	Tote je 100.000 EW
Island	10	2,8	29	8	213	59,7
Norwegen	249	4,7	663	12	3.980	74,7
Finnland	327	5,9	844	15	5.690	103,1
Dänemark	603	10,4	2.419	42	6.953	119,8
Niederlande	6.100	35,4	16.518	96	22.605	130,8
Schweiz	1.681	19,7	9.622	113	13.532	158,4
Irland	1.727	35,6	4.687	96	7.839	159,8
Deutschland	8.948	10,8	76.543	92	147.861	178,1
Schweden	5.230	51,4	13.465	132	19.904	194,6
Estland	69	5,2	908	69	2.657	200,6
Frankreich	29.752	44,4	95.667	143	154.039	229,9
Österreich	698	7,9	9.086	103	20.671	233,3
Spanien	28.330	60,6	75.459	161	112.456	239,6
Portugal	1.549	15,1	16.848	164	24.886	242,2
UK	43.230	65	126.713	190	188.242	282,4
Belgien	9.726	85,2	23.016	201	32.561	284,2
Italien	34.678	57,4	109.346	181	175.872	291,4
Griechenland	191	1,8	8.093	75	32.552	303,5
Polen	1.412	3,7	53.045	140	117.174	308,6
Litauen	78	2,8	3.574	128	9.297	332,7
Slowakei	28	0,5	9.719	178	20.349	373,3
Tschechien	345	3,2	26.586	250	40.857	383,6
Slowenien	111	5,4	4.329	208	8.153	391,8
Ungarn	577	5,9	20.995	215	47.857	489,7
China			4.851	0,3	25.058	1,8
USA			545.887	163,5	1.036.882	310,6

Stand 06.09.2022

Weltweit **6,48 Mio.** Tote. Davon entfallen 2,96 Mio. **(45,7 %)** auf nur 5 Länder (USA, Brasilien, Indien, Mexiko + Russland), obwohl diese nur ca. ein Viertel der Weltbevölkerung stellen.

Quellen: WHO

(<https://covid19.who.int/>) und ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control): <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>; 07.09.2022

Durch Übersterblichkeit ist die Lebenserwartung gesunken: regional große Unterschiede

**Internationale Einordnung:**

Höherer Rückgang in Ost-Europa
In Polen z.B. gab es bei den Männern Rückgänge von 2,4 und bei den Frauen von 2 Jahren.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), 17.08.2022

Erklärungsfaktoren für große Spannweite bei den tödlichen Krankheitsverläufen

➤ Entschiedenes und konsistentes politisches Handeln:

Positivbeispiele: Island, Norwegen, Finnland, Dänemark, Neuseeland, China

Negativbeispiele: USA unter Trump, UK (Boris Johnson), Indien (Modi), Brasilien

➤ Altersstruktur: Länder mit alter Bevölkerung wie Italien und Deutschland (fast 12% der EW sind 75 Jahre und älter) sind stärker verletzbar als Länder mit jüngerer Bevölkerung wie etwa Irland, wo der 75+EW-Anteil nur 6% beträgt

➤ Wohn- und Familienverhältnisse: Länder mit engen Familienbanden sind verletzlicher (**mehr soziale Kontakte = höheres Übertragungsrisiko**)

➤ Leistungsfähigkeit des Gesundheits- und Krankenhauswesens: Qualität der Versorgung auf den Normal- wie Intensivstationen

➤ Personalausstattung in Alten- und Pflegeheimen: In Kanada z.B. sind 54% der Heime privat. Bilanz nach der 1 + 2 Welle: In den For-Profit-Heimen starben 6,5% der Heimbewohner, in privaten Non-Profit-Heimen 5,5%, in kommunalen aber nur 1,7%. Studien (u.a. Webster 2021*) erklären die Diskrepanz mit der besseren Versorgungsqualität aufgrund des besser qualifizierten Personals.

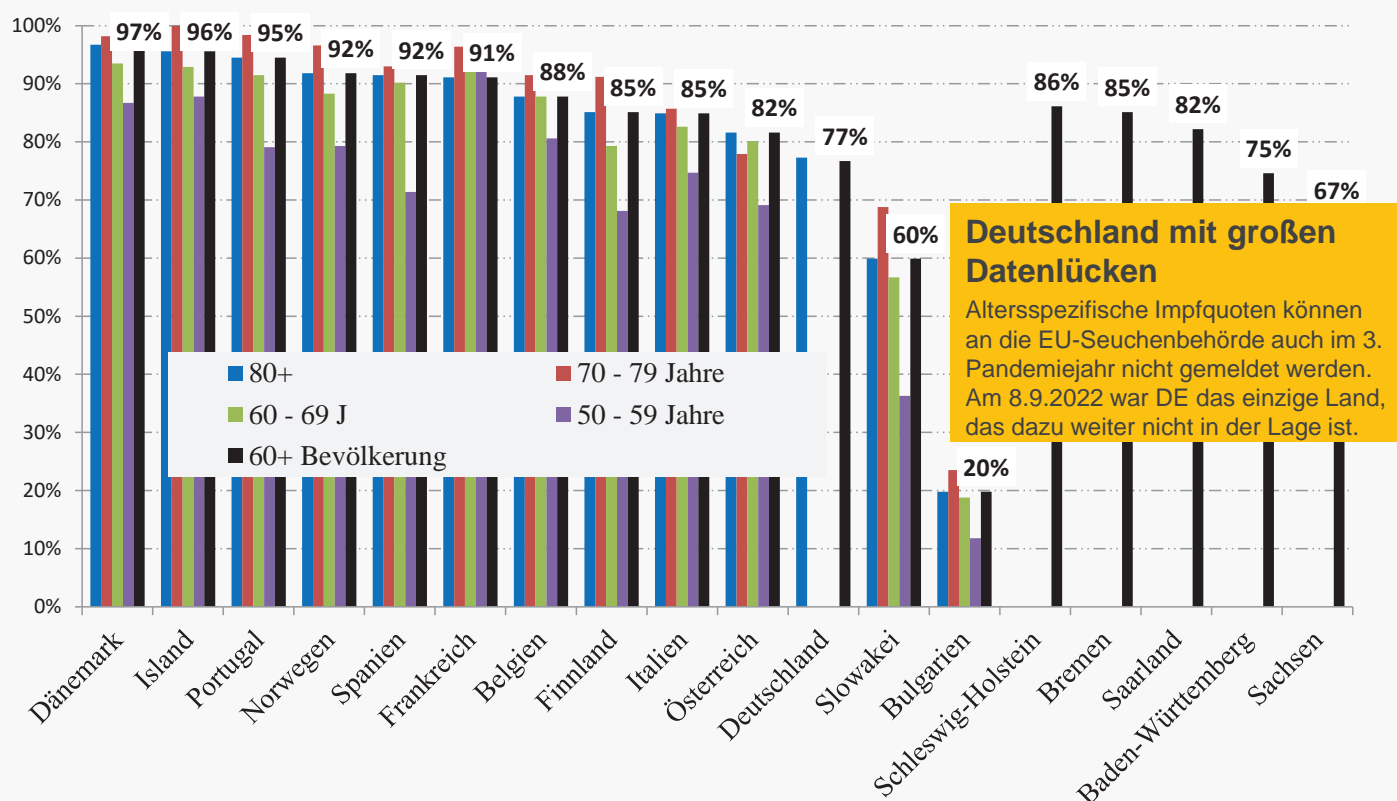
➤ Belastung mit Luftschadstoffen und Feinstaub: Bevölkerungsteile, die aufgrund ihrer Wohnlage einer erhöhten Luftverschmutzung ausgesetzt sind, erleiden im Infektionsfalle überproportional häufig schwere Krankheitsverläufe. Befund anhand der Auswertung verschiedener Studien durch die OECD („Health at a Glance 2020, S. 83ff.): **Weltweit hätten 19% der Covid-19-Toten die Krankheit ohne langjährige Luftschadstoff-Exposition wohl überlebt.** Dabei große Spannweite. Bei Deutschland beläuft sich die Schätzung auf relativ hohe 26%.

*Webster, Paul (2021): COVID-19 highlights Canada's care home crisis, in: The Lancet, World Report| Volume 397, ISSUE 10270, P183, January 16, 2021: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00083-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00083-0)

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

1.3a

Impfquoten (vollständig = geboostert): Deutschland im Vergleich



Quellen: 1) <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#age-group-tab>; 18.02.22 und 08.09.22; 2) RKI Digitales Impfquoten-Monitoring COVID-19 mit Stand 18.02.22

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

Bundesland	Trägerschaft von Impfzentren (Errichtung/Betrieb)	Impfregistrierung und Terminmanagement: 70+EW	Vergütungen (€) für das Impfpersonal (Std.-Sätze)		Impfquoten nach Alter (16.4.21) 60+-EW
			Ärzte	Nicht-Ärzte	
BW	Kommunen	Callcenter (116 117)	130	30 bis 50 €	32,8
BY	Kommunen	Callcenter (116 117)	130		k.A.
BE	Verschiedene Träger	Einladung	120		k.A.
BB	KV, DRK		120		k.A.
HB	Kommunen	Einladung	120		41,5
HH	Institut für Hygiene + Umwelt	Callcenter (116 117) + Online-Tool	120		32,3
HE	Gemischt (Kommunen, DRK)	Callcenter (116 117) und Online-Tool	Max. 120		k.A.
MV	Kommunen	0385 2027 115			27,1
NI	Kommunen		150		32,3
NW	Kommunen	Kven; teilweise Einladung	150		31,1
RP	Kommunen		140		32,2
SI	Regionalverband (ÖDG) + Kreise		124		36,0
SN	DRK	0800 0899089 + Online	175		k.A.
ST	K.A.	116 117	100		k.A.
SH	Geteilte Verantwortung	0800 455 655 0 oder 116 117	115 + 25		35,5
TH	KV		175		k.A.

Quellen: 1) Standorte, Trägerschaften + Terminmanagement (Stand 14.01.21: <https://kommunal.de/impfzentren-Standorte>; 18.04.21; 2) Vergütungen: Ärzte-Zeitung (verschiedene Ausgaben); Medical Tribune (<https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/corona-impfzentren-mediziner-verdienen-weit-ueber-100-euro-pro-stunde/>; Tageszeitungen

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

1.4a

Dr. Heintze

Das Momentum der Krise blieb ungenutzt – Stattdessen Bedienung der etablierter Machtstrukturen nach der Methode „**Wer hat, dem wird gegeben**“

Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 (BGBl. I Nr. 14, S. 580); Inkrafttreten: 28.03.2021

■ Ausgleich für Einnahmeausfälle

1) aufgrund der Aussetzung planbarer OP's zwecks Schaffung von Kapazitäten für COVID-19-Behandlungen: **Tagespauschale von 560 €** pro freiem Bett bis zunächst zum 30.9.2020; danach differenzierte Regelung. Summe der Auszahlungen in 2020: 10,2 Mrd. € 2021: bisher rd. 6 Mrd. € (Soll).

2) Aus-gleich für Umsatzeinbußen niedergelassener Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sowie von Zahnärzten (einmalige Ausgleichzahlung von 40% des Vergütungsvolumens vom 4. Quartal 2019).

In der Summe beliefen sich die Ausgleichszahlungen auf 14 Mrd. €

■ **Finanzieller Bonus für die Schaffung zusätzlicher Intensivbetten** (incl. maschinelle Beatmungsmöglichkeit): **50.000 € pro Bett. 686 Mio. €** erhielten Kliniken in 2020 für zusätzliche Intensivbetten. Rechnerisch müsste es rd. 13.700 neue Intensivbetten geben - zusätzlich zu 28.000 zuvor vorhandenen. Der Bundesrechnungshof kritisierte in seinem Bericht vom Juni 2021 das BGM dafür, dass sein Haus "bis heute nicht in der Lage ist, die Zahl der tatsächlich aufgestellten sowie der zusätzlich angeschafften Intensivbetten verlässlich zu ermitteln". Aus BGM-Excelldatei (Stand 28.05.21) ergeben sich erhebliche Zahlungen an kommerzielle Krankenhäuser, die vielfach gar nicht an der vordersten Front der Behandlung von Covid19-Patienten standen.

Bundeszuschüsse an die GKV zum Ausgleich pandemiebedingter Belastungen: Die Ausgleichszahlungen an den Gesundheitsfonds fielen in 2021 höher aus als in 2020 (**2020: 12,2 Mrd. €**). Vorläufiger Haushaltsabschluss: **13,5 Mrd. € + 4,5 Mrd. €** Für 2022 sieht der HP weitere 14 Mrd. € vor (Quelle: BFM, Monatsbericht Januar 2022). Der EP15 (Gesundheit) sieht Ausgaben von 52,6 Mrd. € vor (+ 2,7 Mrd. € gegenüber 2021)

Folge: Die Gesundheitsausgaben am BIP lagen **2020 bei 13,1 % entsprechend 440,6 Mrd. €** (2019: 11,9%; Quelle: Destatis PM v. 7.4.2022).

Die fehlende Bevorratung von Schutzausrüstungen schuf ein Einfallstor für windige Geschäftemacher u.a. auch aus den Kreisen von CDU/CSU (siehe die Maskenaffäre). Für die Vermittlung von FFP2-Masken gab es Provisionszahlungen in Höhe von **11,5 Mio. €** mit Abwicklung über eine Karibik-Insel und eine Liechtensteiner Privatbank, die sogenannte „diskrete Dienstleistungen“ anbietet (siehe Bericht von Klaus Otte in der SZ vom 19.04.21 und DLF, 20.04.21). Keine Rückzahlung der Provisionen, weil es dafür keine gesetzliche Grundlage gibt (BGH-Urteil aus 2022).

Schnelltests und PCR-Tests: Schwache Regulierung führte zu Marktwild-Wuchs mit Schädigung der Allgemeinheit

1) Zahlung komplett überhöhter Preisen für auch Test ohne Aussagekraft; andernorts lief es besser

- **Schnell-Tests:** Nach Bewertung des Paul-Ehrlich-Instituts existieren zahlreiche Schnelltests mit einer Gesamtsensitivität von über 90%. Trotzdem keine Vorgabe, dass nur solche Tests eingesetzt werden dürfen mit Kostenübernahme durch den Staat. Folge: Testzentren setzen Billigtests mit einer Gesamtsensitivität von nur knapp über 50% ein. **Für einen Antigen-Schnelltest erhalten die Labore 11,50 € pro Test.**
- **PCR-Tests:** Wien (Stadt und Bundesland) praktiziert ein striktes Testmanagement. **Pro PCR-Test zahlte Wien 6 €** Die deutschen Krankenkassen dagegen erstatten **43,56 € resp. 35 €** bei Patienten mit Symptomen (bei von einem Gesundheitsamt angefordertem PCR-Test).

2) Betrieb privater Bürgertest-Centren war ein Eldorado für Betrüger: Focus am 9.8.22: „*Rechneten sogar für Tote ab; Betrüger kassieren 1,2 Milliarden mit Corona-Tests - Staat schaut zu*“ : Ermuntert von Spahns Politik, eröffneten private Betreiber ab Sommer 2020 viele Tausend Teststationen in ganz Deutschland. Die Kosten holten sie sich von den Kassenärztlichen Vereinigungen zurück – insgesamt mehr als 14 Milliarden Euro. (Bis Juli 2021 wurden pro Test 12 €, danach 8,50 € erstattet.)

GESAMT-FAZIT: Der Staat sicherte die Finanzierung der pandemiebedingten Gesundheitsausgaben. Dass viele Akteure im hochfragmentierten und stark vermarktlichten deutschen Gesundheitssystem sich dabei eine goldene Nase verdienten und Betrüger Mio. € abgriffen, wurde billigend in Kauf genommen. Für eine Stärkung der öffentlichen Daseinsvorsorge wie es in z.B. Belgien, Spanien, Portugal oder in Wien erfolgt ist, wurde die Pandemie in Deutschland nicht genutzt.

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

2



Sehr hohe Ausgaben, mittelmäßige Ergebnisse, Pflege unterfinanziert

- Legenden contra Fakten: Wie gut ist das deutsche Gesundheitssystem?
- Defizitäre Datenlage – Selbstverwaltung schafft Intransparenz
- Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge + des kollektiven Gesundheitsschutzes
- Das DRG-Regime liefert Fehlanreize; es belohnt kommerzielle Geschäftsmodelle
- **Pflegenotstand hat sich verschärft** – im Krankenhaus und in der Altenpflege
- Weltweit zweit teuerstes Gesundheitssystem – trotzdem ist die Pflege unterfinanziert
- Das hoch-fragmentierte deutsche Gesundheitssystem ist kaum zu steuern

Legenden contra Fakten: Wie gut ist das deutsche Gesundheitssystem?

Beim 2. Triell am Sonntag, den 12.09.21 wurde unter anderem über Krankenversicherungen diskutiert. **Armin Laschet** bezeichnete dabei das britische und dänische Gesundheitssystem als schlechter als das deutsche. Einheitsversicherungen wie in Dänemark oder Großbritannien „**haben ein schlechteres Gesundheitssystem zur Folge**“.

Was sagen Vergleichsstudien?

- **Commonwealth Fund** untersucht 11 Länder entlang von 71 Indikatoren, Der Fokus liegt auf dem Vergleich der USA mit den anderen angelsächsischen (CAN, UK, NZ, AUS) + weiteren High-Income-Countries (Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweiz, Norwegen und Schweden). Die USA schneiden immer bei weitem am schlechtesten ab, während UK im Spitzenfeld rangiert (2013: Rang 1; 2017: Rang 1; 2021: Rang 4). **Deutschland** erreicht mittlere Positionen (2013: Rang 5; 2017: Rang 8; 2021: **Rang 5**). **Schweden hat sich verschlechtert** (2013: Rang 3, 2017: Rang 6; **2021: Rang 7**), während **Norwegen** umgekehrt seine Position laufend verbessert hat (2013: Rang 7; 2017: Rang 4; 2021: **Rang 1** vor den NL). Die Schweiz hat sich laufend verschlechtert (2013: Rang 2; 2017: Rang 6; 2021: Rang 9).
- **Euro Health Consumer Index (EHCI 2018)**: Die Untersuchungen des schwedischen Thinktanks Health Consumer Powerhouse sind auf europäische Gesundheitssysteme spezialisiert. Die Perspektive ist die des „Gesundheitskonsumenten“. Betrachtet werden Wartezeiten, Patientenrechte, Reichweite der Dienste und Prävention. Die Langzeitpflege fehlt. Maximal möglich sind 1000 Punkte, ab 800 Punkten wird ein Gesundheitssystem als „gut“ bewertet. **Dänemark** schaffte es 2018 mit 855 Punkten auf **Platz 4**, **Deutschland** hingegen landete mit 785 Punkten auf **Platz 12**. Großbritannien landete auf Platz 16.
- Digitalisierung nach **17-Länder-Studie** der Bertelsmann-Stiftung: Einbezogen waren nur 2 nordische Länder (DK, SE). **Dänemark** kam mit 72,5 Punkten auf **Platz 3**, Schweden mit 68,3 Punkten auf Platz 7. England schnitt mit 70 Punkten leicht besser ab (Platz 6). **Deutschland** erreichte nur 30 Punkte (halb so viel wie Österreich) und landete auf dem **vorletzten Platz** (vor Polen).

Quellen: (1) Commonwealth Fund (2021): Mirror, Mirror 2021. Reflecting Poorly: Health Care in the US compared to other High-Income Countries; (2) Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2018; (3) Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2018): SmartHealthSystems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich (Autoren: Thiel, Rainer, Deimel, Lucas et. al), Gütersloh

Datengenerierung folgt partikularen Intransparenzinteressen. Defizitäre Datenlage erschwert planvolles Handeln

- **Intensivbettenregister**: Einrichtung erst zum 10.04.2020 durch BGM-VO v. 8.4.2020, geändert am 29.5.2020 und durch Gesetz v. 28.05.2021 (BGBL. I S. 1174). Zuständig ist die DIVI in Zusammenarbeit mit dem RKI. Daten sind aufgrund von Fehlmeldungen nicht voll belastbar.
- **Virus-Überwachung durch systematisches Sequenzieren**: Fand bis Ende 2020 nicht statt. **Ingangsetzung durch Surveillance-VO vom 18.01.2021**. Bei 5% der positiven Proben soll eine Genom-Analyse durchgeführt werden. Untersuchungsstellen sind neben UNI-Kliniken private Labore. Registrierung erfolgt über die KV. Zum Vergleich: In UK ist das systematische Sequenzieren schon seit Jahren (20% der Proben) als Routine etabliert. Ebenso in Dänemark.
- **Systematische Erfassung der sozialen Ungleich-Verteilung** von Virusausbrüchen und von schweren Erkrankungsfällen: Bundesweit keine Erfassung; einzelne Bundesländer (Bremen, vor allem) und Kommunen (Köln, Dortmund) sind um Erhellung bemüht. **Kontrastfolie**: UK + USA. Verteilung liefert Spiegelbild der sozialen Ungleichheit
- **Systematische Erfassung der COVID-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen**: Das Risiko eines tödlichen Krankheitsverlaufes steigt mit dem Alter. Mehr als 80% der Todesfälle betrafen in den ersten Wellen Ältere ab 65 Jahre. Die Sterblichkeit von PflegeheimbewohnerInnen ist **50-mal so hoch wie im Rest der Bevölkerung**. Genaue Erfassung wäre angezeigt, erfolgt aber nicht. Das Meldesystem erfasst die Sammelkategorie der Massenunterkünfte (Asylbewerberheime, Justizvollzugsanstalten, Heime aller Art usw.). **Seit Ende 2020 können weitere Merkmale erfasst werden, müssen es aber nicht. Erfasst wird zwischenzeitlich lediglich der Impfstatus von HeimbewohnerInnen sowie der dort Beschäftigten.**

Bei Epidemien und Pandemien rückt der kollektive Infektionsschutz in den Mittelpunkt – Gesundheitsämter als Dreh- und Angelpunkt der Pandemiebekämpfung

- Nach dem Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen vom 20. Juli 2000 i. d. F. vom 27. März 2020, BGBl. I S. 587) **sind die Gesundheitsämter die staatlichen Stellen, auf denen vor Ort die Verantwortung für die Erfassung und Eindämmung von Epidemien und Pandemien lastet.**
- Die **neoliberale Ausrichtung auf Gesundheitswirtschaft hat den öffentlichen Gesundheitsdienst an den Rand gedrängt.** Personell wie sächlich wurde er ausgetrocknet. Allein **von 2000 bis 2014 sank die Beschäftigtenzahl des öffentlichen Gesundheitsdienstes von 39 Tsd. auf 29. Tsd.** (Quelle: Destatis: Gesundheit – Personal, Fachserie 12 Reihe 7.3.2, fortlaufend). Das Personal der Gesundheitsämter wird in der Gesundheitsberichterstattung statistisch gar nicht mehr erfasst.
- **Folge:** In der aktuellen Pandemie wären die Gesundheitsämter ohne Lockdown kollabiert. Der Lockdown ermöglichte die Abordnung aus anderen Teilen des Öffentlichen Dienstes, die Rekrutierung von Medizinstudenten und die Gewinnung von Freiwilligen. **Trotzdem arbeiteten und arbeiten viele Ämter an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit** und unter Hintanstellung, teilweise Aussetzung aller anderen Aufgaben. Beispielsweise ruhte die wichtige Aufgabe der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe weitgehend, weil alle Kräfte durch die pandemiebedingten Aufgaben gebunden waren.

Das Scheitern des DRG-Regimes

- **Ziel** „Senkung der KH-Ausgaben“ durch mehr Qualität und Hebung der Wirtschaftlichkeit
- **Ergebnis:**
 - (1) Laufende Ausgaben/EW (Kassen+Staat): 1992-2002 **+ 3,6%** p.a.; 2003 – 2018: **+ 4,8 %** p.a.
Der eingesetzte BIP-Anteil stieg von 2,5 % des BIP vor 2003 auf jetzt 2,9 %
 - (2) Massive **Verschlechterung der pflegerischen Personalausstattung**
 - (3) Selektiv übermäßige Zunahme von OP`s und von Prozeduren, die lukrativ vergütet werden (2005 – 2017: +66%; Bewegungsapparat + 50%; Herz: + 36%; Kaiserschnitte + 30% usw.)

In der Pandemie funktionierte das System nicht.

Quellen: (1) Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update vom 22.02.21; (2) Gesundheitsberichterstattung Tab. „Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern“; Update von 2019

Analyse von Simon für die Böckler-Stiftung führt zu dem Fazit, dass von einem vernünftigen System und einer Erfolgsgeschichte keine Rede sein kann. Gewinner des Systems sind Teile der Chef-ärzte und Betriebswirte sowie die Akteure der Privatisierung. Verlierer sind vor allem die Pflegekräfte.

Für diese Umverteilungen gibt es keinen Gesamtplan und sie folgen auch keinen transparenten, rationalen, gut begründeten Kriterien. Es ist offensichtlich ein unkoordiniertes System, am ehesten mit einem Glücksspiel vergleichbar. Anders als beim Glücksspiel sind die Umverteilungen jedoch Ergebnis bewusster Entscheidungen von Akteuren der Politik und des DRG-Systems. Und offenbar gibt es einige Akteure, die die Regeln dieses „Spiels“ besser durchschaut haben als andere, beispielsweise daran erkennbar, dass sie sich sehr intensiv am Vorschlagsverfahren beteiligten.

Ein solches System ist nicht reformfähig, es sollte möglichst bald abgeschafft und durch ein Finanzierungssystem ersetzt werden, das den Krankenhäusern eine auskömmliche Finanzierung ihrer Selbstkosten gewährt, damit sie die in § 1 KHG geforderte bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch tatsächlich leisten können.

Aus: Simon, Michael (2020). Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, in: HBS, Working Paper Nr. 196, vom Nov. 2020

Deutschland hat sehr viele Betten, aber es fehlt am

Pflegepersonal: Krankenhausbetten (med. Behandlung) und Krankenhaus-Pflegepersonal (Vollkräfte; Finnland: Anzahl) auf 100.000 Einwohner

Dr. Heintze

BERATUNG
COACHING

	Krankenhausbetten im DS der Jahre		Pflegefach- und Assistenzkräfte (Vollkräfte; Finnland: Zahl)		
	2006-2012	2013 - 2019	2006-2012	2013 - 2018	2020/21
Deutschland	619	608	422,5	477,5	543,5
Österreich	625	560	573,2	586,1	597,4
Belgien	550	511	630,6	625,3	K.A.
Tschechien	492	413	679,7	704,1	734,3
Schweiz	423	369	728,7	796,9	818,9
Norwegen	402	328	940,4	935,7	991,5
Frankreich	350	316	910,8	868,6	K.A.
Finnland	344	292	1.641,1	1.631,8	K.A.
Dänemark	346	260	827,9	793,5	792,9
Island	254	253	616,0	608,5	616,5

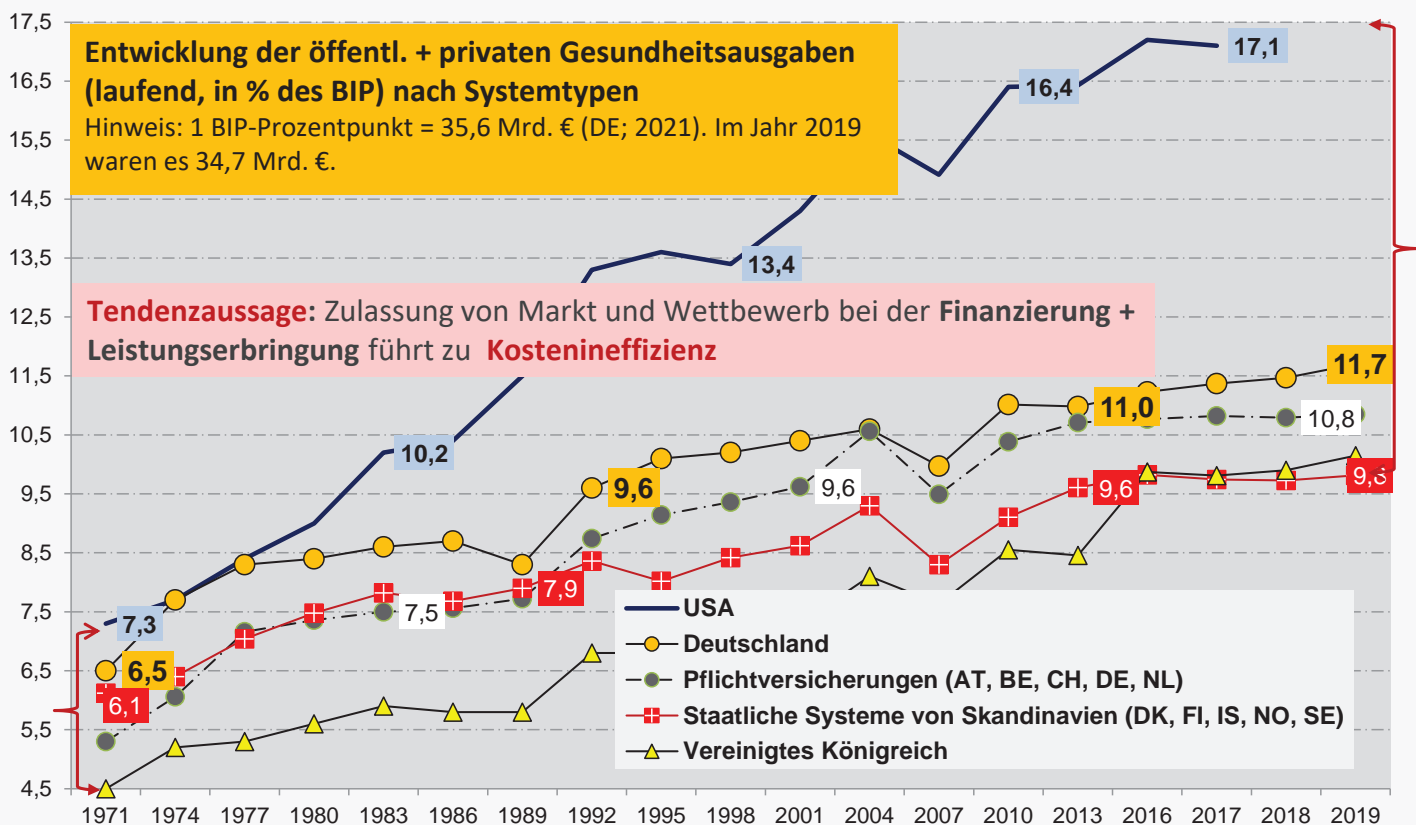
Nach Berechnungen von Prof. Simon im Auftrag der HBS müssten in den deutschen Kliniken **272,7 Tsd. (265,9 Tsd.)** pflegerische Vollkräfte zusätzlich eingestellt werden, um die Personalausstattung von Norwegen (Dänemark) zu erreichen. Im Vergleich zu den anderen Ländern ist die Lücke zwar geringer, beträgt aber bei Österreich (Schweiz) immer noch 180,5 Tsd. (161,7 Tsd.) Vollkräfte. Siehe Böckler-Impuls 19/20, S. 3

Quellen: (1) Eurostat, Krankenhausbetten nach Behandlungsart [hlth_rs_bds]; Update bis 21.07.2021;
(2) Krankenhauspersonal [hlth_rs_prshp1]; Update 12.07.2022; eigene Berechnung

2.6a

Zweitteuerstes Gesundheitssystem - trotzdem ist die Pflege dramatisch unterfinanziert (Altenpflege ist Teil davon)

Dr. Heintze



Quelle: 1) OECD Health Data; 2) Eurostat: Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update vom 1.12.2021; eigene Auswertung

Altenpflegeausgaben (LTC) des Staates und von Pflichtversicherungen 2020 (2019): Deutschland im Vergleich

	Gesundheits-system	Laufende Gesundheits-ausgaben 2019 (% des BIP)	LTC % des BIP	LTC insgesamt (KKS je EW)	Anteil der LTC-Ausgaben an den Gesundheits-ausgaben
Deutschland	Pflicht-V	11,7	1,59	633	13,6
Frankreich	Pflicht-V	11,1	1,86	637	16,9
Belgien	Pflicht-V	10,7	2,25	792	20,9
Niederlande	Pflicht-V	10,2	3,83	1.547	37,7
Österreich	(Pflicht-V)	10,5	1,27	470	11,1
Schweiz	(Pflicht-V)	11,3	1,77	775	15,0
Dänemark	Staatlich	10,1	3,06	1.194	29,1
Finnland	Staatlich	9,2	2,09	745	22,9
Norwegen	Staatlich	10,5	3,45	1.580	32,8
Schweden	Staatlich	10,8	3,3	1.204	29,1
UK	Staatlich	10,2	1,46	460	14,3

Legende: Pflicht-V = Pflichtversicherungssysteme; Staatlich = Staatliche Gesundheitssysteme (UK: LTC gehört nicht zum nationalen Gesundheitsdienst); KKS = Kaufkrafteinheiten

Erläuterungen: (1) In Österreich und der Schweiz erfolgt die LTC-Finanzierung primär aus Steuern und Privatzahlungen (2) Erfassung der Gesundheits- und der Sozialkomponente von LTC; Deutschland und Österreich weisen keine Sozialkomponente aus

Quelle: Eurostat; Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update 02.09.2022

17

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

Systemvergleich – Fragmentiertes deutsches Marktsystem mit Selbstverwaltung contra staatliches Gesundheitssystem mit geringer Vermarktlichung in Skandinavien

Merkmal	Deutschland	Skandinavien
Bezeichnung des Grundtyps	Pflichtversicherungssystem/Selbstverwaltung	Öffentlicher Gesundheitsdienst/Staatliches System
Zugang zur Versorgung (Krankheit und Langzeitpflege = LTC)	Versicherungslogik mit Kassenwettbewerb <ul style="list-style-type: none"> Obligatorische SV für AN mit Jahres-EK < 64.350 € (mtl. 5.362,50 €) bei freier Kassenwahl Freie Wahl zwischen GKV und PKV bei EK oberhalb der Versicherungsgrenze Sonderregelungen für Selbständige + Beamte 	Keine Versicherungslogik Jede(r) Einwohner/In hat gleichen Zugang über seine/ihre persönliche Identifikationsnummer Die ganze Bevölkerung bildet einen Risikopool. System erzeugt sehr geringe Bürokratiekosten
Finanzierung	105 gesetzliche Kassen, rd. 46 private Kassen + Beihilfe	Finanzierung über öffentliche Haushalte
Ambulante Versorgung (DE) /Primärversorgung in SKAN	Sicherstellung durch KVen Primär private Leistungserbringung durch (1) Niedergelassene Ärzte (2) MVZ (unterschiedl. Träger)	Der Sicherstellungsauftrag für die Primärversorgung incl. Prävention liegt bei den Gemeinden.
Häusliche LTC	Familienbasiert	Gemeindebasiert
Krankenhausversorgung	Planung durch Bundesländer Drei Trägergruppen: Privat For-Profit, Privat-Nonprofit, Öffentlich	Weitgehend öffentliche Trägerschaft
Steuerung	Selbstverwaltung + Marktwettbewerb	Öffentliche Steuerung mit vermarktlichten Teilbereichen

Quelle: eigene Darstellung

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

Wenn Gesundheit und Pflege zu einer Handelsware werden

Heime, Pflegedienste, Arztpraxen usw. als Renditeobjekte – der nähere Blick

- Profitorientiert statt Gemeinwohlorientiert – Finanzinvestoren drängen auf den Markt
- Rückgewinnung öffentlicher Kontrolle ist möglich – in anderen Ländern

3.1

Nicht gemeinwohlorientiert, wenig patientenorientiert –
das Deutsche Gesundheitssystem im Zugriff von Finanzinvestoren

Finanzinvestoren: Wachsende Bedeutung und das Geschäftsmodell

- 2017: Finanzinvestoren (Private-Equity-Gesellschaften = PE) kauften 274 Unternehmen; ein Großteil mit **mehr als einem Drittel der übernommenen Beschäftigten** gehörte zur Gesundheitsbranche (Pflegeheime, Arztpraxen usw.). Transaktionsvolumen: über 24 Mrd. €. Von den 131 PE-Fonds, die identifizierbar waren, hatten 63% ihren Rechtssitz an einem Offshore-Standort. (Quelle: HBS)
- Das **Geschäftsmodell** der in der Pflegebranche tätigen PE's ist meist **kurzfristig angelegt**: Die Gesellschaften beschaffen Kapital überwiegend über Fonds mit kurzer Laufzeit, in denen institutionelle Investoren und vermögende Privatpersonen ihr Geld anlegen. Während der Fonds-Laufzeit muss eine **möglichst hohe Rendite** erzielt werden. Dies begünstigt ein aggressives, **auf maximalen Profit gerichtetes Geschäftsgebaren**. Der **Pflegemarkt** bietet sich an. Hier können mit minimalem unternehmerischen Risiko **aus vorrangig öffentlichen Quellen gesicherte Einnahmen** abgegriffen werden. Auf die generierten Gewinne werden in Deutschland kaum Steuern gezahlt.
- **Neue Qualität von Privatisierung**: **Es geht jetzt um die Finanzialisierung von Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge mit Machtumverteilung in Richtung profitgetriebener Akteure, die die Solidargemeinschaft herausfordern, ohne dass die Politik einschreitet.** Dies gefährdet die Gesundheit von Pflegebedürftigen und sorgt bei den Beschäftigten für schlechte Arbeitsbedingungen.

Rang	Unternehmen	Ge-schäft	Heime	Betten	Bemerkung
1	Korian (Korian Deutschland GmbH)	For-Profit	250	27.048	Konzern stammt aus FR und ist europäischer Marktführer mit Standorten in 6 EU-Ländern (FR, BE, DE, IT, ES, NL). DE-Tätigkeitsschwerpunkt liegt in Bayern . Unter dem Dach der französischen Muttergesellschaft agieren Tochterunternehmen (Curanum, PHÖNIX Seniorenzentren, Casa Reha etc.).
2	Alloheim Senioren-Residenzen GmbH (Düsseldorf)	For-Profit	225	23.400	Schwerpunkte liegen in Hessen, Sachsen, Schleswig-Holstein und NRW
3	Victor's Group	For-Profit	118	14.580	Marken: Pro Seniore, Residenz Ambiente, Medicus Pflegeteams
4	Orpea gesamt	For-Profit	146	12.997	2022 offenbarte das Enthüllungsbuch „ Die Totengräber “ des französischen Journalisten Victor Castanet die skandalösen Methoden, mit denen das Unternehmen Gewinn scheffelt. Die Orpea-Gruppe ist weltweiter Marktführer mit mehr als 1.150 Einrichtungen in 23 Ländern
5	Kursana Residenzen GmbH	For-Profit	99	9.536	Eigentümer: Dussmann Group (DE)
6	Azurit Hansa Gruppe85	For-Profit	85	8.434	Azurit Group (DE)
7	Johanniter-Seniorenhaus GmbH (Sitz in Berlin)	For-Profit?	95	7.937	Schwerpunkte liegen in NRW, Süd-Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt .
8	Evangelische Heim-Stiftung	Non-Profit	95	7.343	
9	Schöner Leben Gruppe (Ulm)	For-Profit	78	7.133	Der CEO Marc Hildebrand als Initiator der SCHÖNES LEBEN Gruppe war zuvor u.a. bei Orpea und Hapag-Lloyd AG tätig
10	Domicil Senioren Residenzen	For-Profit	52	6.818	Privater Eigentümer (DE)
11	Dore GmbH	For-Profit	76	6.624	
12	EMVIA Living	For-Profit	62	6.424	Eigentümer: Chequers Capital (PE/F); Schwerpunkt in Brandenburg
13	AWO Westl. Westfalen	Non-Profit	58	6.396	
14	Vitianas GmbH & Co.KGaA	For-Profit	42	5.443	In 2018 Verkauf für rd. 500 Millionen Euro an Oaktree Capital Management , einem US-Investor aus Los Angeles .
15	Deutsche Wohnen SE	For-Profit	36	4.976	Hält in Hamburg einen Marktanteil von 17%.

Quellen: 1) Pflegemarkt.com; 2) <https://www.investigate-europe.eu/de/2021/groesste-pflegeheimbetreiber-europas> 21

Kommerzialisierung gefährdet das Wohl von Patienten und Pflegebedürftigen – Blick auf die Heimpflege

Keine belastbaren Daten zur Versorgungsqualität nach Trägern

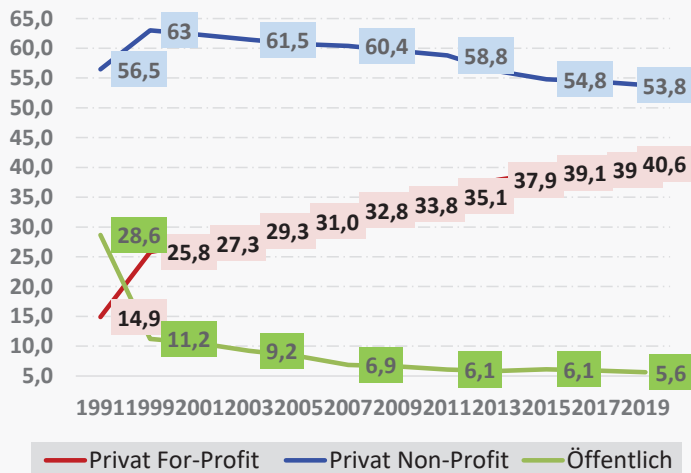
- Laufend Berichte zu Missständen und schlechten Arbeitsbedingungen. Zuletzt berichtete **RTL** von schweren Missständen in mehreren Heimen, die von Team Wallraff" undercover aufgedeckt wurden. (RTL-Beiträge vom 14.02.22, 16.02.22, 23.06.22 und 02.08.22)
- Das Heim in Augsburg wurde in der Folge geschlossen (Covid19-Massen-Ausbruch; kein Fach-personal im Einsatz). Das **Alloheim in Dormagen** wird nun schärfer kontrolliert. **Pikant dabei:** Nach Qualitätsbericht vom Mai 2021 gab es angeblich keine Mängel.
- **Alloheim steht paradigmatisch für das PE-Geschäftsmodell:** 2008 Eingliederung in das Portfolio von Star Capital Partners; **08/2013: Verkauf** an den US-amerikanischen Finanzinvestor Carlyle; **Ende 2017: Weiterverkauf** für 1,1 Mrd. € an den schwedischen Private-Equity-Investor Nordic Capital (Sitz im Steuerparadies Jersey); **09/2021:** Ankündigung einer geplanten Weiter-veräußerung (Quelle: Börsenzeitung). **Erlös** (2021) von **Nordic Capital aus dem Alloheim-Invest: 985 Mio. €** (Quelle: <https://www.nordiccapital.com/portfolio/investments/alloheim/>; 2.9.22)

Politische Reaktionen

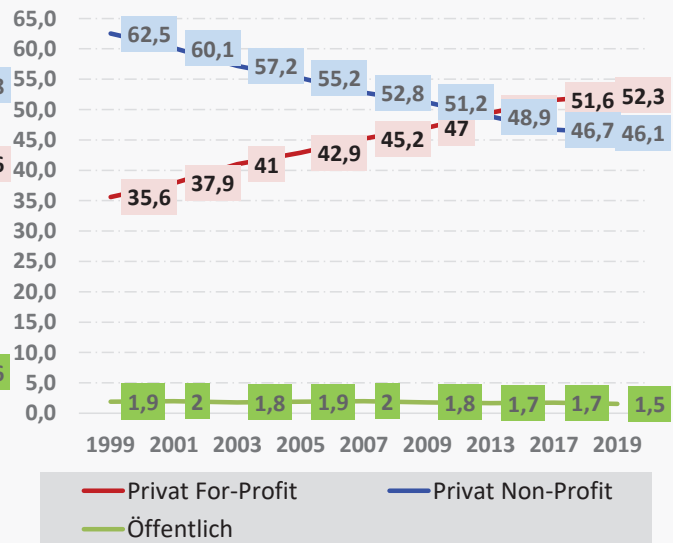
- 1) Bayern richtet Hotline für anonyme Meldungen ein.
- 2) In Dormagen gibt es verschärfte Auflagen. Strukturelle Änderungen??? Fehlanzeige.

System der Langzeitpflege – Die Privatisierung ist ungebrochen, öffentliche Angebote existieren fast nicht mehr

Deutschland: Verfügbare Pflegeheimbetten nach Trägern 1991 bis 2019



Deutschland: Pflegebedürftige nach ambulanten Pflegediensten (%)



Quelle: Destatis, Pflegestatistik (Deutschlandergebnisse), fortlaufend bis 2021, eigene Auswertung

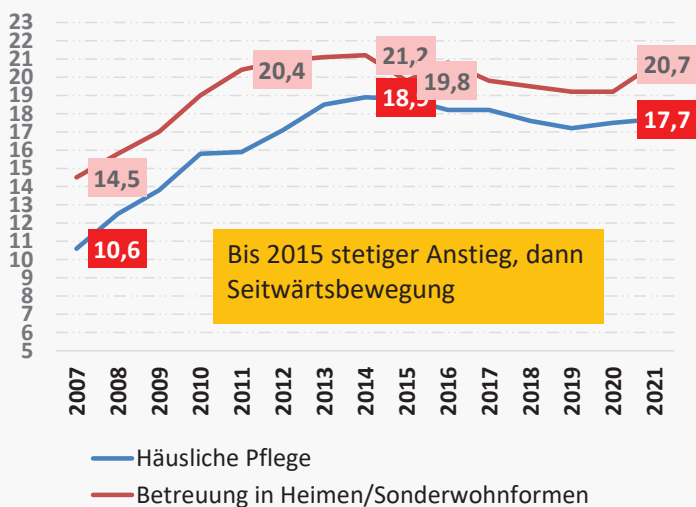
Kontrastfolien aus Skandinavien

Norwegen resistent gegen Privatisierung; Schweden

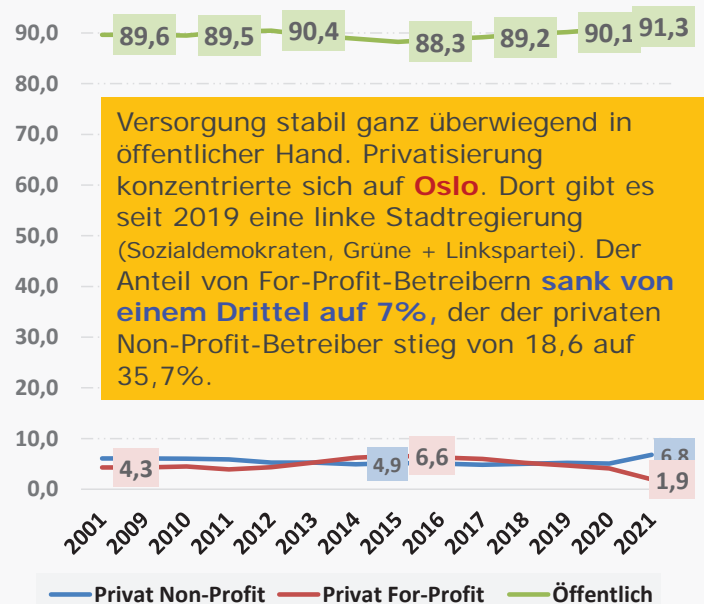
Privatisierungsvorreiter mit Korrekturversuchen seit 2015

BERATUNG
COACHING

Schweden: Versorgungsanteil des privaten Managements (% der Klienten) 2007 bis 2021



Norwegen: Eigentümerstruktur von Pflegeheimbetten 2001 bis 2021



Quellen: 1) SE: Amtliche Altenpflegestatistik (Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform) fortlaufend bis 2022; 2) NO: Amtliche Statistik (Nursing and care institutions and beds, by contents, region, ownership, fortlaufend bis 2022)

4

„Wir brauchen eine Trendwende“
 Ein Gespräch mit Uwe Janssens

*In Dr. med. Heintze
 25.11.22, 15.38*

Der absolute Hauptgrund für die Bettenschließungen auf den Intensivstationen ist, ganz klar, der Pflegepersonalmangel. In unserer DIVI-Befragung unter 643 erfahrenen Chef- und Oberärzten, die verantwortlich eine Intensivstation leiten, gaben drei Viertel an, dass das Pflegepersonal fehle. Wei-

in Deutschland: Wir haben zu wenige Pflegekräfte im Hinblick auf die Bettenanzahl und die Behandlungsfälle. Da klappt die Schere! Gerade die Intensivmedizin hat sich in den vergangenen Jahren bei der Anpassung an das DRG-System als lukratives Geschäft entwickelt. Die Politik, aber

staatslichen Kliniken wurden nach und nach an private Konzerne verkauft. Beispiel Krefeld: Zuvor noch Städtisches Klinikum, dann an Helios übergeben, heute Helios Klinikum Krefeld. Was intern in solchen Unternehmen passiert, erfahren Sie nur hinter vorgehaltener Hand. Unternehmen wie Helios müssen klar Gewinne erwirtschaften.

Gesundheits- und Pflegepolitik unter der Ampel

Kritische Bewertung einiger Ankündigungen im Koalitionsvertrag

- **Übergreifend: Modus der kurzatmigen Reparatur;** die Marktlogik bleibt unangetastet
- **Gesamtbewertung:** Einige Lichtblicke, aber die Marktlogik bleibt unangetastet
- **Reform der Krankenhausversorgung:** Reformfelder und Expertenkommission
 - Blick zurück auf die Entscheidungen zur Marktausrichtung
 - Referenzmodell Dänemark
- **Bessere Arbeitsbedingungen für die Pflege?**
 - Bessere Entlohnung für die Pflege? Gute Tarifverträge sind entscheidend
 - Handlungsoptionen zur Durchsetzung von Flächentarifverträgen bleiben ungenutzt
 - Aufwertung der Pflege im Verhältnis zur Medizin? Ein bisschen, nicht wirklich

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

4.1

Gesamtbewertung: Etwas Licht, viel Schatten

- **Keine Kursänderung weg von der Logik der Konkurrenz und des Marktes.** Das gilt für die Gesundheitspolitik insgesamt wie auch die Altenpflegepolitik im Besonderen. **Die Profitorientierung verfestigt sich.**

Bei der Pflege gibt es im Detail positive Ansätze, die aber regulatorisch dem **Politikmodus bloßer Rahmensetzung** verhaftet bleiben und **nicht ausfinanziert** sind. **Stichworte** sind:

- **Harmonisierung von Ausbildungen** durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für gesundheitliche Assistenzberufe
 - Kein Wort zur desolaten Zwitterstellung der sogenannten Gesundheitsschulen
- **„Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheitszentren“**
 - Öffentliche Trägerschaft nötig; errichtet werden MVZ aber häufig von For-Profit-Akteuren
- **Lichtblick Gesundheitskioske:** „In besonders benachteiligten Kommunen (...) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus.“ (S. 84)
- **„Ausbau von Angeboten durch Gemeindeschwestern + Gesundheitslotsen im ländlichen Raum“**
- **Eigenanteile in der stationären Pflege sollen begrenzt werden und planbar gemacht werden (S. 80)**
 - Zusätzliche Finanzmittel werden dafür nicht in die Hand genommen. Das Problem viel zu hoher Eigenanteile bleibt ungelöst. Problemverschärfung durch Erhöhung der Pflegelöhne ab 1.9.22

Ausbau des ÖGD (Öffentlicher Gesundheitsdienst)

- **Verlängerung des Pakts für den ÖGB + Appell zum Abschluss eines eigenständigen Tarifvertrages (S. 83)**
- **In einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am BGM sollen die Public-Health-Aktivitäten gebündelt werden; RKI bleibt weisungsungebunden (ebd.)**
 - Bündelung ist notwendig, reicht aber nicht. Die Strukturen müssen insgesamt gestärkt werden. Dies erfordert zusätzliche Finanzierungsmittel, zu denen sich die Ampel ausschweigt.

Strukturreform der Krankenausversorgung als zentrales Projekt

BGM Prof. Karl Lauterbach:

„Deutschland verfügt über die leistungsfähigsten Krankenhäuser der Welt. Gerade in der Pandemie hat sich gezeigt, dass wir uns auf diese verlassen können. Trotzdem brauchen die Krankenhäuser Reformen.“

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>

Stichworte für adressierte Reformfelder sind:

1. Reform der **Notfallversorgung**
2. Behebung des **Pflegenotstandes**
3. **Weiterentwicklung der Fallpauschalen**
4. Behebung der chronischen Unterfinanzierung von KH-Investitionen
5. Etablierung einer Aufgabenteilung zwischen verschiedenen KH-Typen (Welche Aufgaben haben UNI-Kliniken? Usw.)

Für die Bearbeitung wurde eine Expertenkommission unter Leitung von Prof. Tim Bschorer eingerichtet. Es geht ihm um wissenschaftsbasierte Empfehlungen im Sinne einer Reform aus einem Guss, erklärte Herr Lauterbach bei der Pressevorstellung.

Kein Thema sind:

- **Die Stärkung öffentlicher und gemeinwohlorientierter Trägerschaften**
- **Das Abrücken von den Fallpauschalen:** Fallpauschalen sollen zukünftig auch im ambulanten Bereich Einsatz finden (Hybrid-DRG's). Wenn ambulante OP's den gleichen Erlös abwerfen wie stationäre, dann erfolgt eine Verschiebung in den ambulanten Bereich

Weitere Ansagen

- *Entwicklung „einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“ zusammen mit den Ländern*
- *Schließung von Krankenhäusern wird bereits vorangetrieben*

27

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

Blick zurück auf die Entscheidungen zur Marktausrichtung der Krankenhausversorgung

- **1992/1993: Basislegung durch Mitte-Rechts-Regierung aus CDU/CSU + FDP** (GM Seeboer von der CSU)
- **“Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“** (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG von 29.12.1992 BGBl. I Nr. 59, S. 2266) **schafft durch den Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips** die Voraussetzung für Gewinnerwirtschaftung und -aneignung; Mittelzuweisung zunächst über Budgets
- **Offizielle Begründung:** Steigerung der Kosteneffizienz, mehr Qualität, mehr Transparenz
- **Verdeckte Agenda:** Krankenhäusern sollen so in einen Verdrängungswettbewerb gezwungen werden, dass diejenigen, in denen sich der auf Erlös gerichtete ökonomische Geist nicht durchsetzt, auf der Strecke bleiben. KH-Privatisierungen sind dabei erwünscht
- **1996: Abschaffung der Pflege-Personal-VO von 1993** macht den Weg frei für Kosteneinsparungen zu Lasten der Pflege (VO sei wettbewerbsfeindlich)
- **Bis 2004: Vollzug und Zementierung des Entgeltsystems der DRG-Pauschalen** (DRG = Diagnosis Related Group) durch die Ministerinnen Andrea Fischer (Grüne) und Ulla Schmidt (SPD)
- **Einschlägiges Gesetz: Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG und Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG vom 23.4.2002**
- **Das Versprechen:** Preistransparenz, Steigerung der Kosteneffizienz
- **Funktion:** Entscheidender Hebel für die Durchsetzung der Logik von Markt und Wettbewerb. Derzeit (2019) enthält der DRG-Katalog 1.318 DRG's (2003: 664) mit rd. 40.000 Prozeduren. Der neue Beruf der Kodierer stellt die Kombinationen zusammen, die den höchsten Erlös beinhalten
- **Niedergang der Krankenhauspflege gefährdet die Patientensicherheit**
- **Ab 2015: GroKo startet mit kurzatmigen Reparaturmaßnahmen**

28

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

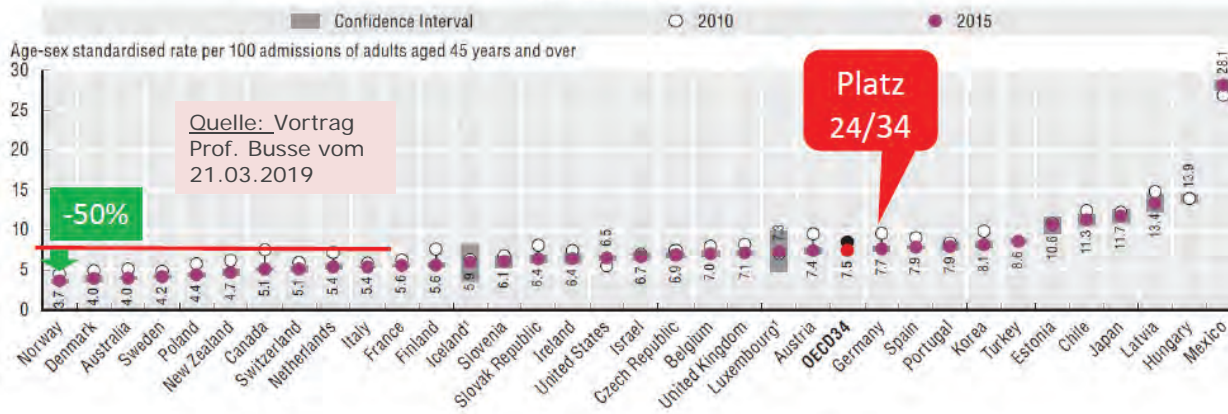
„Weltweit leistungsfähigste Krankenhäuser?“

Eher nicht! Deshalb ja auch die Reform

Prof. Busse als Expertenmitglied sieht Dänemark als Vorbild

Argument: Schließung von ca. 600 Kliniken = bessere Ausstattung der verbleibenden 1.200 KH = weniger Todesfälle bei z.B. Herzinfarkten. Medizinische Versorgungszentren übernehmen Teil der Fälle, die derzeit in Kliniken auflaufen

6.17. Thirty-day mortality after admission to hospital for AMI based on unlinked data, 2010 and 2015 (or nearest years)



Impulse für Deutschlands Kliniken aus Dänemark (28.04.2021)

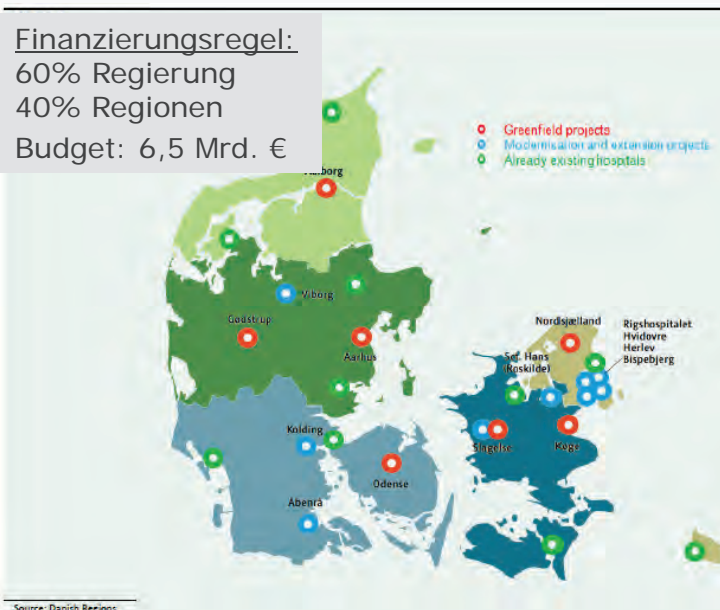
Kann Dänemarks Krankenhausreform Impulse für die deutsche Versorgungslandschaft setzen? Ja, sagen die Beteiligten eines **Forschungsprojekts der Technischen Universität Berlin, des BKK Dachverbands, des Zentralinstituts der kassen-ärztlichen Versorgung und des Deutschen Krankenhausinstituts**, die sich zwei Jahre lang im engen Austausch mit Expertinnen und Experten aus der dänischen Versorgungslandschaft damit beschäftigt haben. <https://www.bkk-dachverband.de/innovation/innovationsfonds/impulse-fuer-deutschlands-kliniken-aus-daenemark>; 3.9.21

29

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

Ja, aber.....

Finanzierungsregel:
60% Regierung
40% Regionen
Budget: 6,5 Mrd. €



Before:
4 beds room



After:
Can be used with 1 bed



Nyt Hospital Hvidovre

Quellen: Danish Health Ministry; Danish Regions (u.a.)

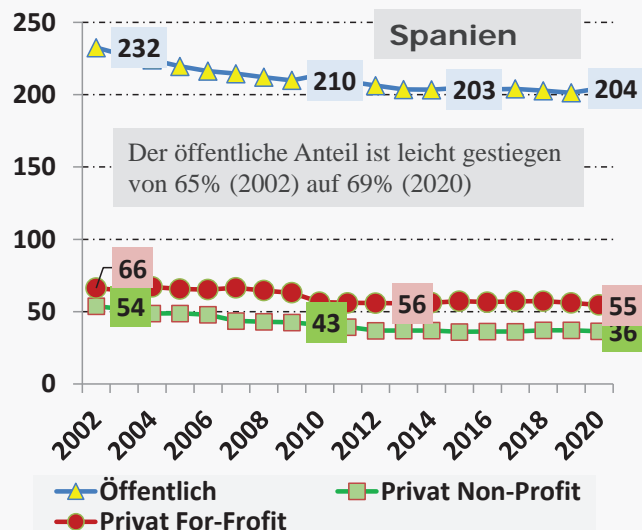
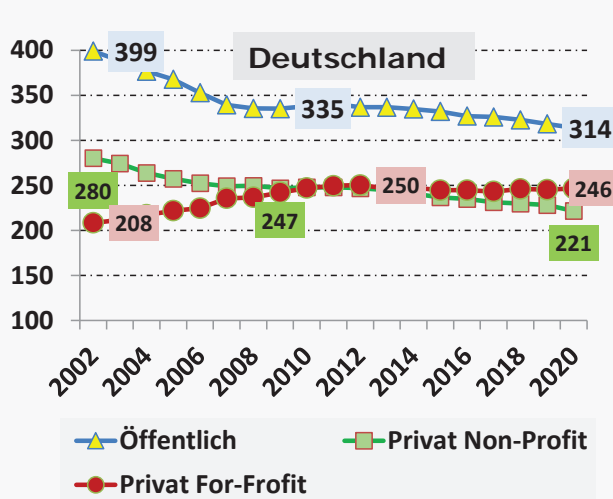
Dänemark: Die Versorgungsstrukturen sind hoch-integriert und ganz überwiegend in öffentlicher Hand. Privatkliniken dienen als Flexibilitätsreserve (ganz andere Funktion als in Deutschland). Mit der Personalausstattung von DK wären im DE-Krankenhausbereich **266 Tsd. Pflegevollkräfte mehr beschäftigt** (Quelle: Böckler-Studie). Gesundheitszentren sind kommunal und von Pflegeprofis geführt. Wettbewerb ist strikt limitiert. Und: Das System ist **aus einer Hand heraus voll digitalisiert**. Die Essensversorgung hat das Niveau guter Restaurants.

30

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

Ungebrochene Privatisierung ist für die AMPEL kein

Thema: Krankenhausbetten pro 100.000 EW nach Trägern



Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update vom 12.07.22

Seit Anfang der 90er Jahre gibt es von wenigen Ausnahmen abgesehen (Norwegen, z.B.) in vielen Ländern Privatisierungen im Krankenhaussektor. **Nur in wenigen Ländern jedoch ist die Bedeutung profitorientierter Krankenhausversorgung so stark angestiegen wie in Deutschland.** 2020 sind nur noch 40% aller Krankenhausbetten im öffentlichen Eigentum. In Ländern wie Frankreich, Österreich, Spanien, Portugal und Italien liegt der Anteil bei 60 bis 70%% und in den skandinavischen Ländern bei über 90% bis 100% (Norwegen).

31

Pflegenotstand

Auf ausreichend Personal und gute Tarifverträge kommt es an

Personalbemessung in den Pflegeheimen ist nach 20 Jahren Verschleppung erfolgt - Umsetzung unklar

- Politik beauftragte die Selbstverwaltung (Kassen und Leistungserbringer), bis **zum 30. Juni 2020** ein **Personalbemessungsverfahren** nach § 113c SGB XI zu entwickeln und es dann in die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI einfließen zu lassen.
Auftragnehmer: Universität Bremen (Prof. Rothgang)
- **Ergebnis**: Ist 2019: 321.912 Vollzeitäquivalente; **Soll 2019: Plus 116.532 Vollzeitstellen**, (5.672 Fachkraft-; 110.860 Assistenzkraftstellen): „*Die Einrichtungen brauchen 36 Prozent mehr Personal, als sie es heute auf Basis der Stellenschlüssel haben. Oder anders formuliert: Es gibt einen Mehrbedarf von mehr als 100.000 Vollzeitäquivalenten. Bei den Pflegefachkräften liegt der Personalmehrbedarf bei 3,5 Prozent, bei den Pflegeassistenzkräften bei 69 Prozent. Es fehlen also vor allem qualifizierte Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung nach Landesrecht.*“ (Prof. Rothgang im 7. August 2020 im Gespräch mit Brigitte Teigeler/Deutscher Pflegeetag)
- **Die Umsetzung hätte 2020 starten müssen. Dies ist nicht erfolgt. Es fehlen die Voraussetzungen.** (1) Um das nötige Personal zu rekrutieren hätte es bei der Aufwertung der Altenpflege Fortschritte geben müssen. Das ist nicht erfolgt; der Personalmangel hat sich weiter zugespitzt. Die kommerziellen Heime (Teil der Selbstverwaltung) zudem wollen die Standards absenken und hauptsächlich unqualifizierte Billigkräfte beschäftigen. (2) Die Nicht-Durchsetzung einer zukünftig strikt generalistischen Ausbildung erleichtert die Degradierung der Altenpflege. (3) Politik drückt sich vor der Finanzierungsfrage. **Folge**: Nur Teilumsetzung geplant mit Start ab 2023 und unter Genehmigungsvorbehalt der Bundesländer
(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Roadmap_zur_Einfuehrung_eines_Personalbemessungsverfahrens.pdf)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik et al. (2020): Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI, Bremen

WP Sommerschule 15.09.22: www.dr-heintze-beratung.de

30 Jahre Erosion der Flächentarifbindung ohne wirksames politisches Gegensteuern

- Stetiger Rückgang der Tarifbindung der Beschäftigten **von 85% (1990) auf 51% (2019)**, im Gesundheitswesen auf rd. 43%, in Pflegeheimen auf 10%
- Mit dem Rückgang der Tarifbindung wuchs und verfestigte sich die Niedriglohnbeschäftigung
- Hohes Lohngefälle zwischen tarifgebundenen (T) und nichtgebundenen (NT) Beschäftigten: Bruttostundenverdienste (€) von Vollbeschäftigten (April 2018)
 - Gesundheits- + Sozialwesen: **T 20,98 € NT 16,11 € (T verdienen 30% mehr)**
(Quelle: <https://reinhard-bispinck.net/grafiken>)
- **Das System der Tarifautonomie funktioniert in der Altenpflege schon lange nicht mehr.** Politik blieb untätig und vertrödelte dann Zeit mit zum Scheitern verurteilten Initiativen. Letzter Schritt: Tariftreuegesetz (Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ (GVWG) – in Kraft seit 19.07.2021 mit Umsetzung durch die AMPEL:
- Seit dem 1.9.22 können Pflegeeinrichtungen mit der Pflegeversicherung nur noch abrechnen, wenn sie ihre Pflege- und Betreuungskräfte nach Tarif bezahlen. Dazu können sie 1) selbst einen Tarifvertrag abschließen, 2) einen regional anwendbaren Tarifvertrags heranziehen oder 3) in Höhe des Durchschnitts aller Tariflöhne in der Region entlohnen. Führt bei der kommerziellen Fraktion zu teilweise deutlichen Lohnsteigerungen und zu höheren Eigenbeteiligungen der Pflegebedürftigen.

Skandinavien, Österreich und Frankreich weisen demgegenüber Wege, die zu konstant hohen Tarifbindungen führen

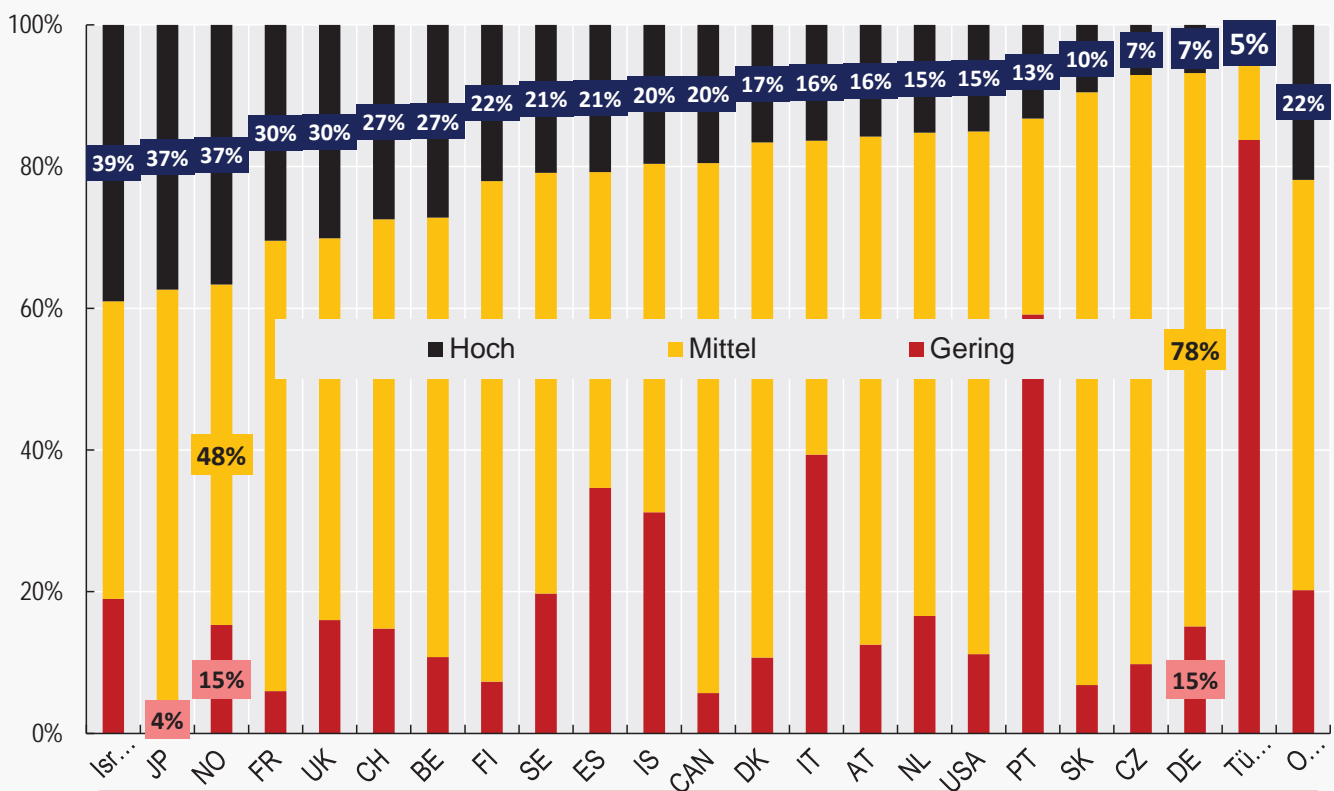
Interessant sind dabei Frankreich und Österreich

- Österreich: Pflichtmitgliedschaft von Arbeitgebern als Tarifpartner in der Wirtschaftskammer
- Frankreich: Sehr geringe gewerkschaftliche Organisation. Staat sorgt für hohe Tarifbindung durch massive Nutzung des Instruments der Allgemeinverbindlichkeitserklärung (kein Vetorecht von Arbeitgebern, Letztentscheidung durch das Arbeitsministerium)

Aufwertung der Pflege durch bessere Ausbildung, mehr Einfluss, mehr Kompetenzen? – Augenhöhe mit der Medizin als Ziel

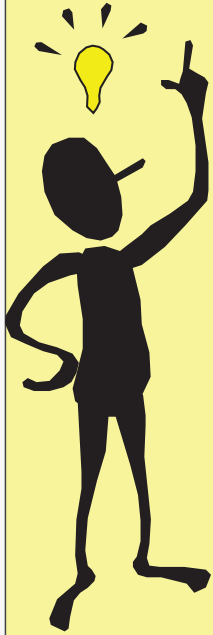
- **Ausbildung und neues Berufsbild:** „Wir harmonisieren die Ausbildungen u.a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenten, Hebammenassistenten und Rettungssanitäter und sorgen für eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern. Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. (...)“
- Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u.a. das neue Berufsbild der „Community health Nurse“
- **Gemeinsamer Bundesausschuss:** „Wir stärken den Deutschen Pflegerat als Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Gremien und unterstützen ihn finanziell bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben.“
- **Kritik:**
 - Harmonisierung der Ausbildungen ist überfällig. Deutschland ist bei der Akademisierung der Pflege international Schlusslicht. Um Anschluss zu finden, ist weit mehr nötig als eine neuerliche „Stärkungsankündigung.“
 - **Community Health Nurse resp. District Nurse/Public Nurse** (Registrierte Nurse mit Masterabschluss) ist in Ländern mit staatlichen Systemen (UK, Skandinavien, Kanada, Spanien etc.) **eine Säule der primären Gesundheitsversorgung**. Auch in Ländern mit Pflichtversicherungssystem (Niederlande, Belgien, Österreich etc.) erfolgt zunehmend eine Etablierung. Dies teilweise mit anderer Funktion. Österreich etwa weist die Berufsrolle der Altenpflege zu (Rd. 150 Pilotprojekte sind am Start). **Was der Ampel vorschwebt, ist offen:** Welches **Aufgabenfeld?** Welche **Qualifizierung?** Usw.
 - Integration der Pflege (Pflegerat) **mit Stimmrecht?** in den **Gemeinsamen Bundesausschuss:** Ist schon lange überfällig. Der Koalitionsvertrag ist hier aber nicht eindeutig.

Vage Ansagen trifft auf großen Rückstand bei der Qualifikationsstruktur in der Langzeitpflege 2019: Deutschland liegt weit zurück



Der Wissenschaftsrat empfahl 2012 einen Akademikeranteil von 10 bis 20 %. (Drs. 2411-12 v. 13.7.2012)

Quelle: OECD 2021: Health at a Glance 2021: Daten zu Figure 10.20 (LTC workers by level of education, 2019 (or nearest year); eigene Darstellung



Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit