

Positionspapier

Medizinische Grund- und Regelversorgung im ländlichen Raum

Ein Beitrag
zur Debatte



Verwendete Bilder:

S. 5 © sveta / AdobeStock

S. 11 © Iryna / AdobeStock

S. 12 © Iryna / AdobeStock

S. 13 © ipopba / AdobeStock

S. 17 © David Gyung / iStock

V.i.S.d.P.: Björn Höcke, Jürgen-Fuchs-Straße 1, 99096 Erfurt.

Diese Publikation dient der Information und darf in einem Wahlkampf nicht zur Parteiwerbung eingesetzt werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	4
2. Ausgangssituation	5
3. Ursachen der Probleme	9
A – Demographische Entwicklung und der ländliche Raum	9
B – Kommerzialisierung des Gesundheitswesens	12
4. Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser	14
5. Konzept der AfD-Fraktion	16
Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser	16
Finanzierung	18
Zusammenfassung	18

Vorwort

Die medizinische Versorgung in Deutschland war einst im internationalen Vergleich Weltspitze. Mittlerweile befinden wir uns im Zustand einer zunehmenden Mangelversorgung.

Die vor allem durch den demografischen Wandel bedingten notwendigen, grundlegenden Strukturformen wurden durch die Politik der Altparteien seit Jahrzehnten weder im stationären noch im ambulanten Bereich in Angriff genommen. Es erfolgten lediglich Kostendämpfungsmaßnahmen, deren Folgen die Patienten und die Leistungserbringer in Form von Leistungseinschränkungen und finanziellen Einbußen zu spüren bekamen.

Gerade in Thüringen, einem Flächenland, droht die prekäre medizinische Unterversorgung im ländlichen Bereich.

Der Fachkräftemangel und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens sind Hauptfaktoren des Problems. Das Thüringer Gesundheitsministerium scheint seit Jahren überfordert und kann keine zielführenden Lösungen anbieten.

Die Unzufriedenheit der Patienten aber auch die der Ärztenverbände, der Krankenhausgesellschaften, der Kammern und Vereinigungen bricht sich letztlich Bahn in Form von Aufrufen, Petitionen, Demonstrationen und Streiks.

Lösungsansätze sind also rasch und dringend geboten. Schauen wir weitblickend über Legislaturperioden hinaus.

Die Alternative für Deutschland hat für Thüringen ein Positionspapier erarbeitet, welches ein Diskussionsangebot an alle interessierten Bürger, Kommunen, Verantwortungsträger, Patienten und Beschäftigte im Gesundheitswesen darstellt.

Es ist zu hoffen und zu wünschen, dass eine breite und konstruktive Diskussion von Erfolg beschieden sein mag und dem Ziel einer stabilen medizinischen Versorgung näherkommt.

Ihr



Dr. Wolfgang Lauerwald MDL
Gesundheitspolitischer Sprecher

Medizinische Versorgung: **Ausgangssituation**

Seit dem Jahr 1990 wurden in Thüringen mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser geschlossen. Mit der dramatischen Reduzierung von 98 auf nunmehr lediglich noch 43 Kliniken, sank auch die Anzahl der Krankenhausbetten von 26.910 auf knapp 16.000. Innerhalb desselben Zeitraumes sank bundesweit die Anzahl der Krankenhäuser von 2.400 auf

unter 2.000 und die Bettenanzahl verringerte sich von 570.000 auf etwa 500.000. Die Anzahl der Krankenhauspatienten stieg jedoch deutlich von 16.800.000 Patienten im Jahr 1998, auf fast 20.000.000 Patienten im Jahr 2019 (vor Corona). Vor allem öffentliche Krankenhäuser sind von Schließungen betroffen. Darüber hinaus ist bemerkenswert,

dass trotz steigender Patientenzahlen die Anzahl der Krankenpfleger und -schwestern im Vergleich zu Mitte der 1990er Jahre gesunken ist.¹ In der Gesamtbetrachtung litten vor allem die neuen Bundesländer unter einem massiven Abbau im Gesundheitswesen seit der deutschen Wiedervereinigung. Auch in Thüringen wächst die



1 BÄCKER, Gerhard et al. (2020): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland – Ein Handbuch, Band 2, Kapitel 8.

Unsicherheit über die Krankenhausversorgung im ländlichen Raum in den kommenden Jahrzehnten. Seien es Berichte über mögliche Schließungen in Greiz oder Sonneberg, oder tatsächliche Schließungen von einzelnen Stationen in Hildburghausen und Schleiz. Die Sorge, ob absehbar eine ortsnahe Grund- und Regelversorgung bestehen bleibt, wächst.

Nach Paragraph 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (im folgenden KHG) sind die jeweiligen Bundesländer damit beauftragt, Krankenhauspläne aufzustellen. Diese sollen eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Ver-

sorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherstellen. Die Festlegungen in den Krankenhausplänen werden alle zwei Jahre überprüft und alle sechs Jahre fortgeschrieben. Die Fortschreibung geschieht vor allem auf Grundlage der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung und den sich daraus ergebenden versorgungsnotwendigen Kapazitäten.

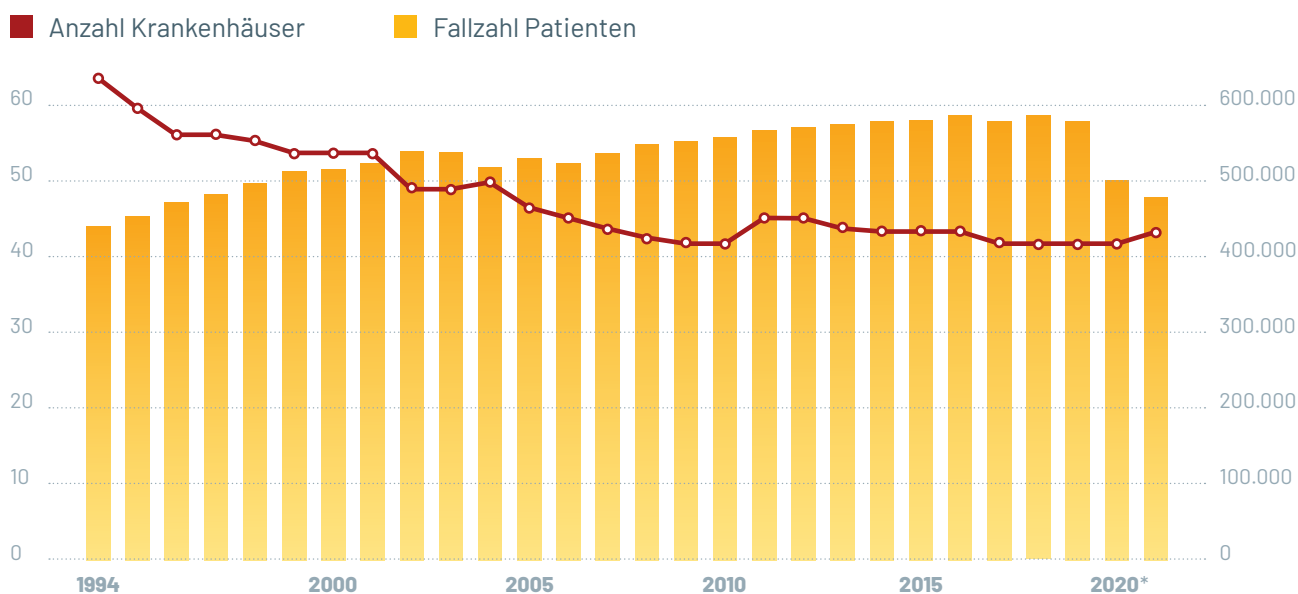
Die Krankenhauslandschaft in Thüringen ist in vier Planungsregionen – Nordthüringen, Mittelthüringen, Ostthüringen und Südwestthüringen – organisiert. Im Rahmen des Krankenhausplanes werden Krankenhausstandorte festgesetzt. Darüber

hinaus werden für die Krankenhäuser Versorgungsaufgaben festgelegt.

Der Versorgungsauftrag ist in zweierlei Hinsicht gestuft (siehe Abbildung »Versorgungsauftrag der Krankenhäuser“).²

Dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend, »...betreiben die Länder Krankenhäuser nicht in eigener Regie (mit Ausnahme der Universitätskliniken), sondern ermöglichen anderen Trägern (Kommunen, gemeinnützige Wohlfahrtsverbände, Privatunternehmen) den Betrieb solcher Einrichtungen.“³ In den Landeskrankengesellschaften schließen sich die Krankenhausträger der Bundesländer zusammen, welche auf der Bundesebene die Deutsche Kran-

Entwicklung von Versorgung und Patientenzahl in Thüringen 1994 – 2021



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

* Beginn der Corona-Pandemie

2 Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit: https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf

3 BÄCKER, Gerhard et al. (2020): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland – Ein Handbuch, Band 2, Wiesbaden, S. 718 ff.

Versorgungsauftrag der Krankenhäuser

1. Ebene der planungsrelevanten Gebiete

Regionale Versorgung

Die Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Intensivmedizin erfüllen einen primär regionalen Versorgungsauftrag und sollen wohnortnah vorgehalten werden. Die geringen Fallzahlen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin erlauben allerdings nicht die Vorhaltung dieses Fachbereichs an jedem regional versorgenden Krankenhaus.

Regional intermediäre Versorgung

Die Fachgebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie, Neurologie, Geriatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfüllen einen regional intermediären Versorgungsauftrag.

Überregionale Versorgung

Die Fachgebiete Haut- und Geschlechtskrankheiten, Augenheilkunde, Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Neurochirurgie, Herzchirurgie und Kinderchirurgie erfüllen einen überregionalen Versorgungsauftrag.

2. Ebene der Krankenhäuser

Regionale Versorgung

Einen regionalen Versorgungsauftrag erhalten alle Krankenhäuser, die nur die Disziplinen der regionalen Versorgung (s.o. unter 1.) vorhalten. Es handelt sich auch dann um einen regionalen Versorgungsauftrag, wenn das Krankenhaus zusätzlich über eine Belegabteilung einer anderen Versorgungsstufe verfügt.

Regional intermediäre Versorgung

Diesen Versorgungsauftrag erhalten alle Krankenhäuser, die neben den Fachgebieten der regionalen Versorgung mindestens ein Fachgebiet als Hauptabteilung vorhalten, das der regional intermediären Versorgung zugeordnet ist.

Überregionale Versorgung

Krankenhäuser, die neben sonstigen Fachgebieten mindestens ein Fachgebiet der überregionalen Versorgung als Hauptabteilung vorhalten, erhalten einen überregionalen Versorgungsauftrag.

kenhausgesellschaft bilden. Seit Jahren tobt in Deutschland eine Debatte um die weitere Schließung von Krankenhäusern. Für besondere Aufmerksamkeit sorgte im Jahr 2019 eine

Studie der Bertelsmann-Stiftung mit dem Titel: »Zukunftsfähige Krankenhausversorgung - Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Bei-

spiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen“.⁴ Ausgangspunkt des Berichts ist die Einschätzung, »dass der Krankenhausbereich in Deutschland durch Überkapa-

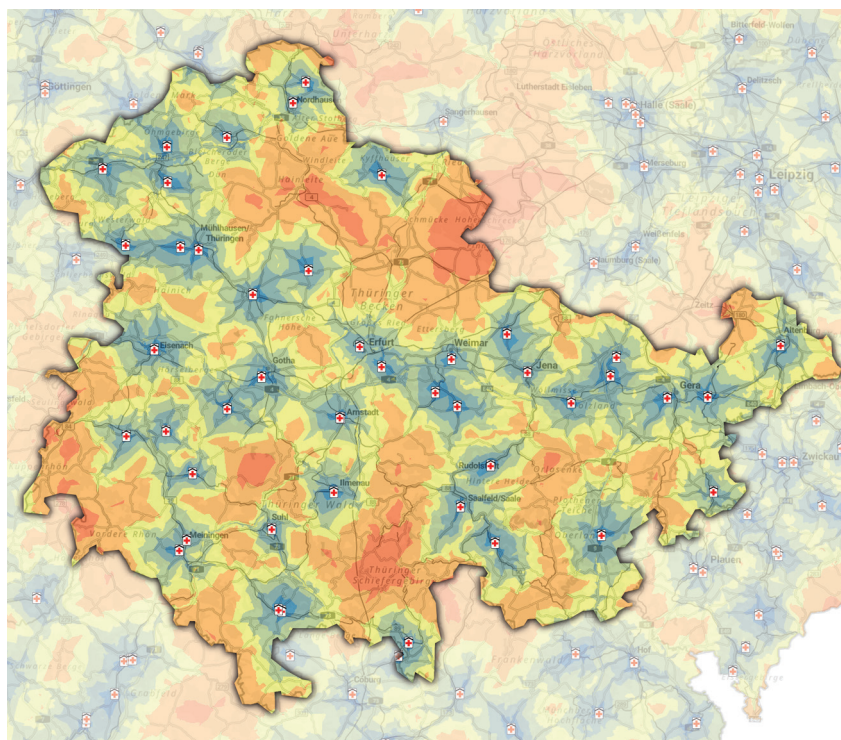
⁴ LOOS, Stefan, ALBRECHT, Martin, ZICH, Karsten (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung - Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen

zitäten sowie unzureichende Konzentration und Spezialisierung geprägt ist. Der Wettbewerb der Krankenhäuser trägt daher Merkmale ruinöser Konkurrenz, führt zu Defiziten in der Behandlungsqualität und zu Effizienzverlusten. Obwohl diese Einschätzungen bereits seit mehreren Jahren intensiv diskutiert werden, sind grundlegende strukturelle Veränderungen des Krankenhausbereichs hierzulande bislang ausgeblieben. Nach wie vor verfügt Deutschland über im internationalen Vergleich sehr hohe Krankenhauskapazitäten.“ Das Ziel der Studie war der Abbau vermeintlicher Überkapazitäten, die Reduzierung von Fallhäufigkeiten bzw. der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus sowie Zentralisierung und Spezialisierung.

Die Simulationsergebnisse wurden dahin gehend geprüft, »inwiefern eine 24/7-Präsenz entsprechender Fachärzte gewährleistet werden könnte: Es wird nur noch zwischen zwei Versorgungsstufen differenziert, die sich in der Breite des Leistungsspektrums unterscheiden: Regelversorgung und Maximalversorgung. Da alle Krankenhäuser der Regelversorgung ‘Notfallversorgung bei Herzinfarkten und Schlaganfällen’ gewährleisten

Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Fachabteilungen der Basisversorgung

In Minuten



Quelle: krankenhausatlas.statistikportal.de

müssen, gilt für sie eine Erreichbarkeitsvorgabe von maximal 30 Minuten. Für die über die Regelversorgung hinausgehenden Angebote der Maximalversorgung gilt die Vorgabe, innerhalb von 60 Minuten erreichbar zu sein.“ Schon hier muss Widerspruch erhoben werden. Bereits heute gibt es in Thüringen Regionen, in denen die Erreichbarkeit der Notfallversorgung bei Herzinfarkten und Schlaganfällen innerhalb von 30 Minuten nicht erfüllt wird oder nur unter stö-

rungsfreien Verkehrsbedingungen, nicht jedoch während eines schneereichen Winters. Dazu gehören beispielsweise einige Bereiche im Thüringer Becken, der Orlasenke, dem Thüringer Wald oder auch Teile der Röhn.⁵ Eine weitere Ausdünnung des Krankenhausnetzes würde die Versorgungssicherheit der Thüringer weiter gefährden.

⁵ Siehe Krankenhausatlas: <https://krankenhausatlas.statistikportal.de>
Die Zeiten der Erreichbarkeit werden sich mit der geplanten Krankenhausreform verschlechtern.

Medizinische Versorgung:

Ursachen der Probleme

Es sind zwei Aspekte besonders in den Blick zu nehmen: A – Die politische Reaktion auf die demographische Entwicklung und B – die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Im Folgenden sollen diese zwei Aspekte kurz thematisiert werden.

A – Demographische Entwicklung und der ländliche Raum

In der Öffentlichkeit werden drei verschiedene Ansätze zum Umgang mit dem demographischen Wandel im ländlichen Raum diskutiert.

Erstens: Das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Halle (IWH) analysierte in seiner Publikation »Vereintes Land – drei Jahrzehnte nach dem Mauerfall« die Entwicklungsunterschiede im heutigen Deutschland. Die

Autoren kommen darin zum Schluss: »Wenn wir uns in der global vernetzten Welt auch in Zukunft behaupten wollen, sollten wir mehr Kraft für Städte aufwenden.«⁶ Und: »Wenn sich aber die Wirtschaftskraft in Ost und West weiter annähern soll, muss man vor allem die Städte stärken. Denn dort entstehen jene hochwertigen Dienstleistungen, die die Wirtschaft mehr und mehr bestimmen. In der Wissensgesellschaft sind Städte die zentralen Orte von Forschung, Innovation und Wertschöpfung – und damit für Wohlstand.«⁷ Die erste Möglichkeit wäre also, sich in Zukunft auf die Städte zu konzentrieren und den ländlichen Raum als zweitrangig zu betrachten. Diese Entwicklung konnte man unter den von CDU und rot-rot-grün geführten Landesregierungen in den vergangenen

Jahrzehnten bereits beobachten. Deren Politik konzentrierte sich vor allem auf das akademisch-bürgerliche Milieu in den Großstädten Erfurt und Jena. Der ländliche Raum wurde und wird sich selbst überlassen. Beispielsweise lässt die seit Jahren versprochene Reform des kommunalen Finanzausgleichs und die damit verbundene Stärkung des ländlichen Raumes durch einen Flächenfaktor noch immer auf sich warten. Für die AfD-Fraktion ist dieser Ansatz keine Alternative! Wir werden den ländlichen Raum nicht aufgeben!

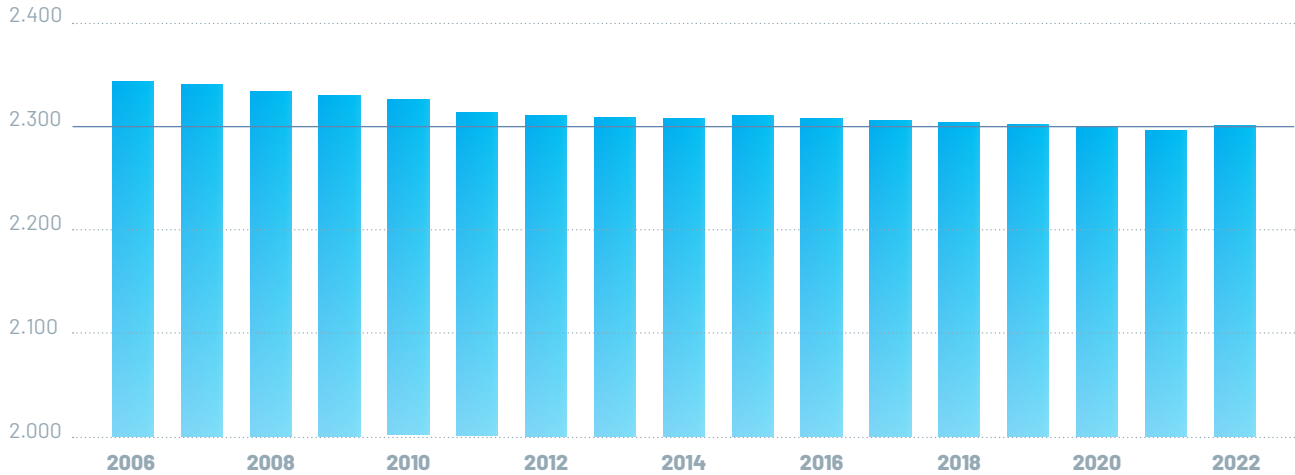
Zweitens: Der links-grüne Ansatz zur Belebung des ländlichen Raums besteht darin, möglichst viele Einwanderer in den ländlichen Raum zu lenken und mit Steuermitteln zu subventionieren. Diese sogenannte »Integration von Flüchtlingen im

6 <https://www.iwh-halle.de/publikationen/detail/kommentar-stadt-land-frust/>

7 <https://www.iwh-halle.de/nc/presse/pressemitteilungen/detail/neue-iwh-publikation-zieht-bilanz-vereintes-land-drei-jahrzehnte-nach-dem-mauerfall/>

Bevölkerungsentwicklung in Thüringen 2006 – 2022

In 1.000



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

ländlichen Raum« wird über verschiedene Projekte finanziert, aber auch über Maßnahmen wie Wohnsitzauflagen für Flüchtlinge. Die sogenannte Wohnsitzauflage bedeutet, dass Personen, die Sozialleistungen beziehen, ihren Wohnsitz nicht frei wählen dürfen. Über derlei Projekte und Maßnahmen werden Flüchtlinge, die lieber in die Großstädte weiterziehen möchten, im ländlichen Raum angesiedelt. Für die AfD-Fraktion ist auch dieser Ansatz keine Alternative: Wir werden den ländlichen Raum nicht linksgrünen Multikulti-Experimenten überlassen!

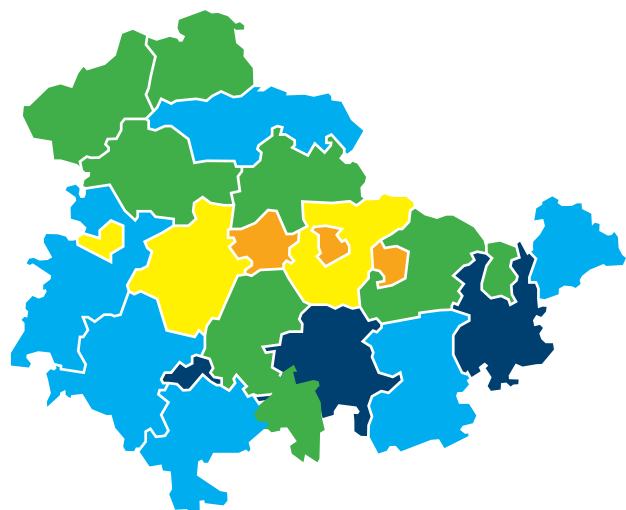
Drittens: Der dritte Ansatz – der Weg der AfD-Fraktion – hat zum Ziel, den ländlichen Raum über die Verbesserung der dortigen Wohlstands- und Wohnverhältnisse deutlich aufzuwerten, um so die Voraussetzungen für eine demographische Wende zu schaffen. Wir werden den länd-

lichen Raum steuerlich begünstigen, in die Infrastruktur vor Ort investieren, den Hauskauf und den Erwerb von Grundstücken erleichtern sowie ein bestmögliches Umfeld für Eltern und jene, die Eltern werden wollen, schaffen. Zu anständigen Lebensverhältnissen gehört eine ortsnahe Krankenhausversorgung. Hier rächen sich die Fehler der Vergangenheit. Zur Wendezeit

wurden die staatlichen Krankenhäuser den Landkreisen und Städten übertragen. Einige Städte wie Gotha und Erfurt verkauften die Krankenhäuser, um die öffentlichen Haushalte kurzzeitig aufzubessern. Viele Landkreise und Städte jedoch betreiben ihre Krankenhäuser über Stadt- bzw. Kreiswerke weiter, viele seit Jahren defizitär. Es ergeben sich aus der Thüringer

Entwicklung der Bevölkerungszahl der Landkreise und kreisfreien Städte 2014 – 2018

- Rückgang um 3 % und mehr
- Rückgang um 1,5 – 3 %
- Rückgang bis 1,5 %
- Anstieg bis 1,5 %
- Anstieg 1,5 % und mehr



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

Krankenhausstruktur vor allem zwei Probleme: Erstens: Die defizitär geführten Krankenhäuser werden dauerhaft die öffentlichen Haushalte belasten. Damit steigt der Druck, Stationen oder ganze Krankenhäuser zu schließen. Hier werden zuerst vor allem die Geburtsstationen geschlossen, die besonders teuer sind, dafür wenig Einnahmen erbringen und in nahezu allen Krankenhäusern im Defizitbetrieb laufen. Neben der Schließung kann sich die kommunale Ebene dieser finanziellen Belastungen auch durch Verkauf entledigen. Die Privatisierung ist jedoch mit weiteren Problemen verbunden. Zweitens: Das Prinzip der Gewinnmaximierung erhöht den Druck zur »Rationalisierung«. Dieser betriebswirtschaftliche Begriff bedeutet im Krankenhauswesen nichts anderes als die Schließung unprofitabler Abteilungen (z. B. Geburtsstationen) und Lohn- und Druck auf die Gehälter der Ärzte, Pflegekräfte und weitere Angestellte. Dies ist ein Grund für die hohe Anzahl ausländischer Ärzte in Thüringen. Verschiedene Gehaltsberichte machen immer wieder deutlich, dass Ärzte nirgendwo in Deutschland weniger verdienen als in Thüringen, es folgen Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Junge Ärzte suchen auch deshalb ihre Chancen in den westlichen Bundesländern, in der Schweiz oder den USA,

um dort mit einer geringeren Arbeitsbelastung und höheren Gehältern einen besseren Lebensstandard zu erreichen. Die dadurch gerissenen Fachkräftelücken werden durch Anwerbungen ausländischer Ärzte gefüllt, wenngleich wir an dieser Stelle deutlich machen, dass die Arbeit dieser ausländischen Ärzte wertvoll ist und wir froh sein können, dass sie ihre Arbeit bei uns leisten. Jedoch schafft diese Politik mehr Probleme als sie zu lösen vorgibt. Diese Art der Anwerbspolitik sorgt auch innerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union für erheblichen Unfrieden. Als Deutschland den Polen zur Bewältigung der Corona-Krise Hilfe anbot, winkte die polnische Regierung ab. Stattdessen forderte die polnische Abgeordnete Joanna Lichozka, Deutschland solle Polen

lieber ihre Ärzte, ihre Fachkräfte zurückgeben.

So sieht linksgrüne Fachkräftepolitik aus: Deutschland versagt aufgrund linksgrüner Bildungsexperimente bei der hinreichenden Fachkräfteausbildung aus eigener Kraft und treibt die wenigen eigenen Fachkräfte durch schlechte Arbeitsbedingungen ins Ausland. Die dadurch gerissenen Fachkräftelücken werden mit ausländischen Arbeitnehmern gefüllt. Dies verfestigt die miesen Arbeitsbedingungen in Deutschland und verschärft bereits vorhandene Probleme in Polen, Rumänien usw. Deutschland exportiert seinen Fachkräftemangel ins Ausland!

Deutschland muss seine Fachkräfte selbst ausbilden. Es ist zynisch, junge Leute mit einem Numerus Clausus vom Medizinstudium abzuhalten oder sie mit



schlechten Arbeitsbedingungen und mieser Bezahlung aus dem Land zu treiben und dann Fachkräfte aus ärmeren Ländern zu holen. Mehr Einwanderungsanreize werden die durch die linksgrüne Bildungskatastrophe verursachten Probleme auf dem Arbeitsmarkt nicht lösen! Was der deutsche Arbeitsmarkt braucht, ist bestmögliche Bildung, Ausbildung, Weiterbildung und Aufstiegsmöglichkeiten für die heimische Jugend!

B – Kommerzialisierung des Gesundheitswesens

Oben wurde bereits auf den Rationalisierungsdruck hingewiesen. Doch nicht nur die Folgen – wie die Ausdünnung des Krankenhausnetzes – sind einer Diskussion würdig, sondern auch die grundsätzliche Kritik des Krankenhauses als Wirtschaftsbetrieb. An dieser Stelle sei auf den ehemaligen Verfassungsrichter Dr. Broß hingewiesen, der in seiner Prüfung, ob Krankenhäuser Wirtschaftsbetriebe seien, ausführt: Es »... ist selbstverständlich, dass auch ein Krankenhaus ökonomisch in dem Sinn arbeiten muss, dass sorgsam gewirtschaftet und verantwortungsvoll mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln umgegangen wird. Diese dürfen weder für sinnlose

Maßnahmen noch gar »Luxusanschaffungen« innerhalb oder außerhalb des speziellen medizinischen Betriebs eingesetzt werden. Allerdings dürfen die in diesem Zusammenhang zu treffenden Entscheidungen letztverantwortlich nicht in die Zuständigkeit des Kaufmanns fallen, sondern die Entscheidung hierüber gehört in die ureigene Zuständigkeit der Ärzte. Sie haben gemäß ihrer spezifischen fachlichen Vorbildung und des ihnen eigenen Berufsethos in diesem originär medizinischen Bereich die Letztentscheidung.«⁸ Er kommt in seinem Aufsatz sogar zu dem Schluss, dass »... die Privatisierung im Krankenhausbereich angehalten wird und die öffentliche Hand auf allen Ebenen – Bund, Länder und Kommunen – privatisierte Krankenhäuser wieder in ihre Obhut nimmt und beabsichtigte Privatisierungen unterbleiben. Nur so können Sozialstaatsprinzip, Würde der Menschen und

ethischer Status der im medizinischen Bereich Tätigen gewährleistet werden.« Denn »(i)m Mittelpunkt des geschäftlichen Strebens stehen nicht mehr der Mensch und die Sorge um seine Gesundheit, sondern steht das Streben nach dem größtmöglichen Umsatz als Grundlage für den maximalen Gewinn des Unternehmens ‚Krankenhaus‘. Anders können die Erwartungen der shareholder, Investoren, Analysten wie auch Ratingagenturen und anderer wirtschaftlich interessierter Kreise einschließlich rücksichtsloser Spekulanten nicht erfüllt werden.«

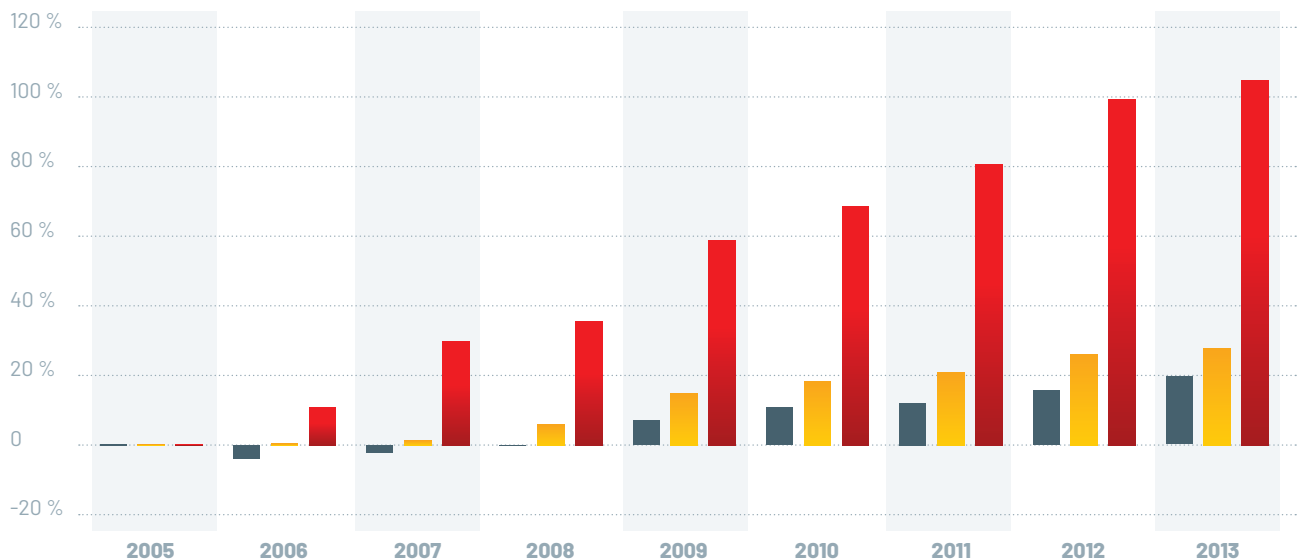
Ausdruck der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist beispielsweise das DRG-System (DRG: Diagnosis Related Groups). Hierbei werden über »...diagnosebezogene Fallpauschalen, die unabhängig von den tatsächlichen Kosten und Verweildauern (mit Ausnahmen) berechnet werden, abgegolten.«⁹ Etwa 1.200 Fallgruppen dienen als Grundla-



8 https://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/GG-POS-2017-Bross.pdf

Entwicklung der Erlöse aus dem Fallpauschalensystem (DRG) nach Krankenhaustypen 2005 – 2013

■ Öffentliche Krankenhäuser ■ Frei-gemeinnützige Krankenhäuser ■ Private Krankenhäuser



Quelle: Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, 2019

ge für das Abrechnungssystem. Das DRG-System als Ausdruck für die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens sorgt dafür, »... dass Leistungserbringer aufgrund ökonomischer Anreize medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringen.« Die medizinisch unnötigen Behandlungen und Operationen verringern die Lebensqualität von Patienten, verlängern das Leiden von unheilbar Kranken in verantwortungsloser Weise und belasten das Gesundheitswesen. Auch die Verfassungsmäßigkeit des DRG-Systems kann bezweifelt werden, denn sie bedeutet »...in der Sache eine Standardisierung der Menschen. Sie werden zum Objekt herabgewürdigt, weil

mit der Fallpauschale die jedem Menschen eigene Individualität genommen wird.«¹⁰ Deshalb brachte die AfD-Bundestagsfraktion bereits im März 2020 einen Antrag in den Bundestag ein, mit dem das DRG-System abgeschafft und ein Prospektiv-Regionales-Pauschalensystem eingeführt werden sollte. Darin wird Leistungserbringern im Voraus eine jährliche Pro-Kopf-Pauschale bezahlt (prospektiv pauschalierte Finanzierung), welche sie selbst verwalten müssen. Die Kalkulation der prospektiven Pauschalen soll nach den Vorstellungen der AfD-Bundestagsfraktion auf morbiditätsorientierten Regionalbudgets basieren, die die Un-

terschiede der regionalen Lebensbedingungen abbilden. Die entsprechenden regionalen Morbiditätsdaten, also der Daten über die Häufigkeit von Erkrankungen, sollen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.¹¹

Die Reaktion der Politik auf die demographische Entwicklung und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens sind verantwortlich für ein bundesweit unterschiedliches Leistungsniveau der Krankenhäuser, die Schließung von Krankenhäusern und einzelner Stationen und für die zunehmende Unsicherheit im Volk bezüglich der langfristigen Versorgungssicherheit.

9 BÄCKER, Gerhard et al. (2020): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland – Ein Handbuch, Band 2, Wiesbaden, S. 725.

10 https://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/GG-POS-2017-Bross.pdf

11 <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw11-de-krankenhaeuser-fehlversorgung-685576>

Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser

Neben den zwei oben aufgeführten grundsätzlichen Ursachen für den Abbau von Krankenhauskapazitäten gibt es in den östlichen Bundesländern noch ein spezifisches Problem. Die Kommunalisierung der Krankenhäuser in der Nachwendezeit.

Den kreisfreien Städten und Landkreisen im Freistaat Thüringen wurde in Vollzug des Einigungsvertrages (EV) die Trägerschaft der früheren staatlichen Krankenhäuser der ehemaligen DDR übertragen. Besondere Regelungen hierzu sahen weder das Gesetz über die Selbstverwaltung der Gemeinden und Landkreise in der DDR (Kommunalverfassung) vom 17. Mai 1990, noch die Vorläufige Kommunalordnung für das Land Thüringen (VKO) vom 24. Juli 1992 vor. Erst mit Erlass der Thüringer Kommunalordnung (ThürKO) vom 16.

August 1993 wurde den kreisfreien Städten und Landkreisen die Verpflichtung übertragen, unbeschadet bestehender „Verpflichtungen Dritter“ und nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die „erforderlichen Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens“ zu treffen. Hinzu kam dann das Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) vom 10. März 1994, das in Paragraph 2 die Krankenhausversorgung in Thüringen als öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte regelt, die bei der Erfüllung dieser Aufgabe eng miteinander zusammenarbeiten (sog. „Partnerschaftsgrundsatz“). Die meisten Thüringer Landkreise und kreisfreien Städte haben nach 1990 ihre Krankenhäuser unter mittelbarer bzw. unmittelbarer kommunaler Beteiligung privatisiert.

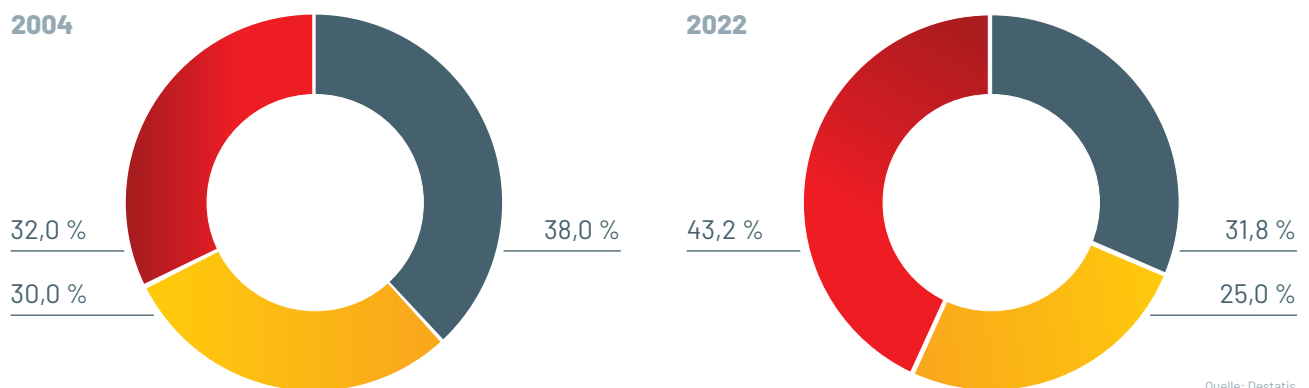
Zwischenzeitlich haben aber einzelne Landkreise und kreisfreien Städte (z. B. die kreisfreie Stadt Erfurt oder der Landkreis Gotha) ihre mittelbaren Anteile an „ihren“ Krankenhäusern an die Konzerne als Mehrheitsgesellschaften mit hohen Einnahmen für die jeweiligen kommunalen Haushalte veräußert. Anders sieht die Situation in anderen Landkreisen und kreisfreien Städten in Thüringen aus, die noch mittelbare bzw. unmittelbare Beteiligungen an privatisierten Krankenhäusern halten. Nach öffentlich zugänglichen Wirtschaftsplänen konnten nur wenige dieser Krankenhäuser in den vergangenen Jahren (vor Corona) „schwarze Zahlen“ schreiben, d. h. Gewinne erwirtschaften.

Derzeit befindet sich nur das Universitätsklinikum Jena in Aufgabenträgerschaft des Freistaates



Thüringer Krankenhäuser nach Trägerschaft 2004 und 2022

- Öffentliche Krankenhäuser: Träger sind z.B. das Land, Landkreise, Gemeinden, kommunale Gebietskörperschaften
- Frei-gemeinnützige Krankenhäuser: Getragen z.B. von kirchlichen Orden, gemeinnützigen Stiftungen, karitativen Organisationen
- Private Krankenhäuser: z.B. Aktiengesellschaften, Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR) oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH)



Thüringen. Folge der Ganz- bzw. Teilprivatisierungen der kommunalen Krankenhäuser in Thüringen war auch, dass für diese der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst nicht mehr einschlägig ist, was zur Unterbezahlung der dort Beschäftigten und einer Abwanderung von heimischen Fachkräften führte. Die dadurch gerissenen Lücken konnten nur

unzureichend durch die zunehmende Anstellung ausländischer Ärzte geschlossen werden. Um bereits an dieser Stelle bewussten Fehlinterpretationen entgegenzutreten: Das ausländische medizinische Personal leistet in der Regel gute Arbeit und ohne sie wäre die Krankenversorgung in Thüringen aktuell nicht aufrechtzuerhalten. Es ist jedoch

widersinnig, teure Medizinstudienplätze vorzuhalten, die Absolventen mit schlechten Arbeitsbedingungen zu vertreiben, um die Lücken dann mit medizinischem Personal aus der ganzen Welt aufzufüllen! Wir müssen unsere eigenen Fachkräfte ausbilden und sie dann durch attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen zum Bleiben motivieren.

Reform des Thüringer Krankenhauswesens: **Konzept der AfD-Fraktion**

Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser

An dieser Stelle soll bereits vorab deutlich gemacht werden: Wir achten das Subsidiaritätsprinzip und wollen es, entgegen der allgemeinen Tendenz zur Zentralisierung von Aufgaben und Zuständigkeiten auf Bundes- und EU-Ebene, wieder voll zur Geltung bringen. Die öffentliche Hand darf sich aber im Falle einer Versorgungslücke für die Bevölkerung sehr wohl wirtschaftlich betätigen und am allgemeinen Wirtschaftsverkehr teilnehmen.¹² Es wird ein zusätzliches Recht für die Gemeinden und Landkreise geschaffen, kein Recht eingeschränkt oder gar genommen! Wir schlagen die Gründung einer Gesellschaft zum Betrieb

landeseigener Krankenhäuser vor. Sie soll ein Angebot an die Landkreise, Kommunen und kreisfreien Städte sein, das bei Bedarf in Anspruch genommen werden kann, bevor ein defizitär geführtes kommunales Krankenhaus Insolvenz anmelden muss oder der Verkauf bzw. die Schließung des Krankenhauses oder einzelner Stationen droht. Die Übertragung der kommunalen Anteile auf die Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser würde die Landkreise, Kommunen und Städte von den finanziellen Belastungen, die durch defizitäre Krankenhäuser entstehen, befreien. Durch unseren Reformvorschlag würden landesweit einheitlichere Krankenhausstrukturen und ein einheitliches Leistungsniveau geschaffen. Unsere Bürger und Kommunen

hätten Planungs- und Versorgungssicherheit. Vor allem aber würden einheitlichere Beschaffungs- und Arbeitsbedingungen erreicht.

Die Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser würde von einem Gesellschaftsvorstand geleitet, der die Geschäfte der auf die Gesellschaft übertragenen defizitären Krankenhäuser übernimmt. Der Gesellschaftsvorstand wäre für die Organisation und den weiteren Ablauf des Klinikbetriebs der übernommenen Krankenhäuser zuständig. Er würde über den Fortbestand, die Zusammenlegung oder Schließung von Krankenhäusern und die Änderung oder Aufhebung einzelner Abteilungen entscheiden. Der Gesellschaftsvorstand bestünde aus dem medizinischen Vorstand, dem kaufmänn-

¹² https://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/GG-POS-2017-Bross.pdf



nischen Vorstand, Personalrat, der Pflegedirektion und der Schwerbehindertenvertretung. Der medizinische Vorstand wäre für die Koordinierung der Krankenversorgung in allen klinischen Disziplinen der übertragenen Krankenhäuser verantwortlich. Der kaufmännische Vorstand trüge die operative Verantwortung für alle kaufmännischen Funktionsbereiche, wozu beispielsweise ein zentralisiertes Einkaufsmanagement von Verbrauchsmaterial oder die Organisation einer krankenhausübergreifenden Verpflegung gehören könnte.

Die Arbeit des Gesellschaftsvorstandes würde überwacht und kontrolliert von einem Verwaltungsrat, der ein umfassendes Informations- und Prüfungsrecht gegenüber der Gesell-

schaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser hätte. Mitglieder des Verwaltungsrats sollten Vertreter des Thüringer Gesundheitsministeriums, des Thüringer Finanzministeriums, des Gesellschaftsvorstands der Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser sowie der Landkreise, Kommunen und kreisfreien Städte, die ihre Krankenhäuser an die Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser übertragen haben, sein.

Die Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser würde also nicht nur für jedes defizitäre Krankenhaus die Entwicklung einer Zukunftsperspektive mit dem besonderen Augenmerk auf regionale Erfordernisse ermöglichen, sondern würde auch den Vorteil bieten, dass durch die Eingliederung

der Krankenhäuser in den öffentlichen Dienst deutlich höhere Gehälter gezahlt und planbare Arbeitszeiten geschaffen würden. Der Anreiz für medizinisches Personal, in Thüringen eine Anstellung zu finden, stiege erheblich. Die Folge wäre ein Fachkräftesog nach Thüringen. Unser Ziel sind in der Fläche verteilte Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser, die in Form eines landeseigenen Betriebes, ähnlich wie das Universitätsklinikum Jena, geführt sein würden. Im Zuge des in Paragraph 2 ThürKHG geregelten „Partnerschaftsgrundsatzes“ können noch bestehende kommunale Krankenhäuser „rekommunalisiert“ werden. Das Land unterbreitet den Landkreisen und kreisfreien Städten hierzu ein Angebot, was im ThürKHG neu zu regeln

ist. Die Landkreise, Kommunen und Städte können ihre Anteile defizitärer Krankenhäuser auf die Gesellschaft zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser entschädigungslos übertragen. Die Kommunen würden bereits hier entlastet werden, da die Krankenhausumlage wegfielen. Der Krankenhausbetrieb ginge auf das Land über, welches künftig die Defizite zu tragen hätte. Mit den eigentlichen Vermögenswerten, den Immobilien würde ähnlich verfahren wie mit den Schulimmobilien. Das Eigentum an den Immobilien

würde entschädigungslos an das Land übertragen, aber ein Verkehrswert festgestellt. Sollten die Immobilien in Zukunft für einen anderen Zweck als den Betrieb eines Landeskrankenhauses genutzt werden, müsste das Land der entsprechenden kommunalen Einheit den zuvor festgestellten verzinsten Verkehrswert zahlen.

Es muss der Grundsatz gelten: In jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Thüringens muss mindestens ein Krankenhaus mit Grund- und Regelversorgung vorhanden sein.

Finanzierung

Würden alle mittel- und unmittelbar kommunalbetriebenen Krankenhäuser, die sich in einem Defizit befinden, auf den Landeseigenbetrieb übertragen, ergäbe sich ein Finanzierungsbedarf von etwa 54 bis 73 Millionen Euro. Bei entsprechender Anpassung der Gehaltsstrukturen an den öffentlichen Dienst kämen noch einmal etwa 24 bis 27 Millionen Euro hinzu. Der jährliche Gesamtfinanzierungsbedarf beträgt somit, berechnet für das Jahr 2019, etwa 78 bis 100 Millionen Euro.

Zusammenfassung

Wie in den meisten anderen Politikfeldern sind die Probleme in der Thüringer Krankenhauslandschaft hausgemacht. Es liegt vor allem an der falschen Prioritätensetzung der Altparteien. Wir werden auch in der Gesundheitspolitik die Prioritäten richtig setzen – und diese lauten, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten ein Krankenhaus

für die Grund- und Regelversorgung vorgehalten werden muss. Dazu schlagen wir eine Landesgesellschaft zum Betrieb von Krankenhäusern vor. In diese können Landkreise und kreisfreie Städte, die die finanziellen und/oder organisatorischen Aufwendungen überfordern, ihre Anteile übertragen.

Um es deutlich zu machen: Hier wird der kommunalen Familie ein zusätzliches Recht eingeräumt, es wird keine Pflicht zur Übertragung geben! Die ortsnahe Grund- und Regelversorgung ist ein Baustein, um die demographische Wende in Deutschland zu schaffen, den ländlichen Raum attraktiver zu gestalten und Lebenswert zu erhalten.

Dieses Konzept ist ein Beitrag zur Debatte und soll eine Diskussion über die Zukunft unserer Krankenhäuser anregen. Wir freuen uns, wenn Bürger, medizinisches Fachpersonal und politisch Verantwortliche sich in die Diskussion für eine gute Gesundheitsversorgung in Thüringen einbringen. Gerne nehmen wir Ihre freundliche Kritik und Hinweise entgegen. Es geht um unser aller Zukunft.



info@afd-thl.de



www.afd-thl.de



@afd.thl



@afd-landtags-tv



https://t.me/afd_thl