

Einleitung

Mitte Januar 2020, kurz bevor diese Broschüre in Druck geht, haben ver.di, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Pflegerat (DPR) ein Instrument zur verbindlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern der Öffentlichkeit präsentiert: die »PPR 2.0.« Das Bundesgesundheitsministerium hat die Prüfung des Instruments zugesagt und nun geht es um eine zeitnahe gesetzgeberische Umsetzung. Die Chancen dafür stehen, trotz konservativ geführtem Gesundheitsministerium unter Jens Spahn, nicht schlecht. Bezogen auf das Thema Pflege wurde seit 2018 eine andere politische Richtung eingeschlagen: Seit 2020 wird die »Pflege am Bett« nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. (Kapitel I/12) Dies ist noch nicht das, was wir wollen – nämlich grundsätzliche Selbstkostendeckung und eine gute gesetzliche Personalregelung für alle im Krankenhaus – und natürlich gibt es auch Signale in die altbekannte Richtung von mehr Wettbewerb und mehr Privatisierung. Aber dennoch sind wir heute schon einen großen Schritt weiter. Diese Erfolge sind vor allem Resultat der Aktivitäten der Beschäftigten in den Krankenhäusern und ihrer Kämpfe für Entlastungstarifverträge, der verschiedenen Bündnisse für mehr Personal, der Bewegung der Volksbegehren (Kapitel III) und auch der Arbeit des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik.

► Das spornt uns an. Jetzt dürfen wir nicht locker lassen!

Die Ökonomisierung der Krankenhäuser kann nicht innerhalb des DRG-Systems zurückgedrängt werden. Auch innerhalb des krankenhauspolitischen Feldes wird Kritik am DRG-System immer lauter. Die neoliberalen Vorstellungen haben in der Bevölkerung und bei Beschäftigten nur einen sehr geringen Rückhalt und sind kaum zustimmungsfähig. Die breite öffentliche Zustimmung zu den Streiks für einen Tarifvertrag zur Entlastung des Personals an der Berliner Charité, in Düsseldorf, Essen,

Augsburg, in Homburg an der Saar, Jena und anderen Städten ist hierfür ein deutliches Zeichen.

Wenn wir davon ausgehen, dass es einen breit getragenen Konsens für den Anspruch auf gute Versorgung im Krankenhaus und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten gibt, sollten wir Mittel und Wege finden, an diese Grundhaltung anzuknüpfen. Ein Anknüpfungspunkt ist eine Aufklärungskampagne, mit der wir über die politische, ökonomische, medizinische und pflegerische Funktion der Fallpauschalen und die Bedeutung von Markt und Wettbewerb für die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems informieren. Unsere erste Broschüre war wesentlicher Bestandteil dieser Aufklärung; die hier vorgelegte neue Broschüre soll dies fortsetzen und vertiefen.

► Die aktuelle Situation

Die deutsche Krankenhauslandschaft wurde in den letzten Jahrzehnten zu einem Sektor des Gesundheitsmarktes (Kapitel I/1 und I/7) umgebaut. Die kostendeckende Finanzierung, das Selbstkostendeckungsprinzip (Kapitel I/4), wurde abgeschafft und ideologisch und politisch delegitimiert. Neoliberale Politik hatte eine simple Antwort auf die medizinischen, pflegerischen und politischen Probleme: »Mehr ökonomischer Wettbewerb, mehr Markt!« Versprochen wurde in diesem Zusammenhang auch eine Senkung der Krankenhausausgaben (Kapitel I/7). Das Instrument dafür war die Einführung eines neuen Abrechnungssystems ab 2003/04: Die diagnosebezogenen Fallpauschalen (engl. Diagnosis Related Groups, DRG) (Kapitel I/2 und I/3) haben die Krankenhausfinanzierung tiefgreifend verändert. Entscheidungen über Behandlungen und Dauer des Krankenhausaufenthaltes werden nicht allein nach medizinischen Kriterien getroffen, sondern immer deutlicher danach, was sich gewinnbringend abrechnen lässt. Jahrzehnte nach der Weichenstellung für die Wettbewerbsorientierung und mehr als 16 Jahre nach Einführung der DRG sind die Auswirkungen dieser politischen Entscheidungen deutlich sichtbar:

- Krankenhäuser wurden politisch zu einem für private Träger attraktiven Geschäftsmodell umgebaut. Seit 1991 hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser und Betten massiv erhöht. Öffentliche Häuser drohen zu Exoten in der Krankenhauslandschaft zu werden, wenn kein wirksamer Druck gegen die Kommerzialisierung entsteht (Kapitel I/11).
- Trotz staatlicher Steuereinnahmen in Rekordhöhe verweigern die politischen Verantwortlichen eine ausreichende Finanzierung von Investitionen (Kapitel I/5). Bei wirtschaftlicher Schieflage droht Schließung oder Verkauf.

- Die Arbeitsbedingungen haben sich massiv verschlechtert, zehntausende Stellen – vor allem in der Pflege – wurden abgebaut. Durch Outsourcing ist ein großer Niedriglohnsektor in Krankenhäusern geschaffen worden. Die enorme Arbeitsverdichtung (»Produktivitätsreserven«) sorgt massenhaft für physische und psychische Überlastung der Beschäftigten (Kapitel I/8 und I/9).
- Medizinische und pflegerische Entscheidungen sind zunehmend betriebswirtschaftlichen Zwängen ausgesetzt – mit vielen negativen Folgen (Mengenausweitung, Schließung von nicht lukrativen Bereichen, zu frühe Entlassung von Patient*innen, Über-, Unter- und Fehlversorgung). (Kapitel I/8 und I/10)
- Der »Fachkräftemangel« in der Pflege ist also hausgemacht – geringe Attraktivität, Burnout, Berufswechsel, Teilzeitarbeit sind die Ursachen. Systematische Anwerbeprogramme für ausgebildete Fachkräfte aus Entwicklungs- und Krisenländern werden das Problem nicht lösen und in diesen Ländern Probleme verschlimmern.

Das Programm des 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) war: noch mehr Wettbewerb! Folgerichtig wurde die Konkurrenz verschärft. »Marktaustritte«, d.h. Schließungen von Krankenhäusern sind explizit gewollt. Entsprechende Studien flankieren diese Politik ideologisch und sehr medienwirksam. Der »Strukturfonds« im KHSG dient als Abwrackprämie: Schließungen werden wirtschaftlich subventioniert, und sie treffen überwiegend kleine Krankenhäuser der Grundversorgung im ländlichen Bereich. (Kapitel I/5) Durch Zu- und Abschläge bei »Qualität« (wie auch immer sie definiert werden soll) wird die marktförmige Steuerung ausgebaut. Durch den Einstieg in Selektivverträge wird die Planungshoheit der Länder noch weiter ausgehöhlt und ein Einstieg in ein flexibles Preissystem vorbereitet (Kapitel I/6).

Mit jedem Schritt der weiteren Vermarktlichung werden politische, planerische Vorgaben (wie z.B. gesetzliche Personalbemessung) zu »systemfremden« Elementen. Deshalb besteht eine wesentliche Herausforderung darin, die Möglichkeiten für politische – d.h. demokratische – Entscheidungen in der Krankenhauspolitik zu verteidigen und zu erweitern. Das ist die Voraussetzung zur Durchsetzung einer bedarfsorientierten, sektorenübergreifenden, flächendeckenden und demokratisch geplanten Gesundheitsversorgung. Der Kampf der Gewerkschaft ver.di für eine gesetzliche Personalbemessung ist ein wesentlicher Schritt dorthin.

Das Kampffeld Gesundheitswesen wird wesentlich auch durch europäisches und internationales Recht strukturiert: Die internationalen Freihandelsabkommen

(TTIP, CETA, TISA) sind Frontalangriffe auf eine gemeinwohlorientierte, solidarische Gesundheitsversorgung. Die Frage, ob Krankenhäuser unter das Sozialstaatsgebot fallen oder dem Wettbewerbsrecht zuzurechnen sind, ist umstritten (Kapitel I/15). Eine ähnliche Entwicklung haben die solidarischen Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) durchlaufen, weshalb auch sie in Gefahr sind, unter Wettbewerbsrecht zu fallen (Kapitel I/16). Eine konsequente solidarische Bürger*innenversicherung wäre ein wichtiger Schritt in Richtung mehr Solidarität und gerechter Umverteilung der Einnahmen der GKV (Kapitel II/5).

Zu all diesen Themen findet Ihr auf den nächsten Seiten hoffentlich viele nützliche Informationen, Zahlen und Fakten, aber auch Argumentationshilfen und Kritikstrategien für die tägliche Auseinandersetzung im Betrieb und bei Euren politischen Aktivitäten. Wir wollen aber nicht bei der Kritik stehen bleiben, sondern bieten Euch im Teil II auch alternative Konzepte und Strategien der Gegenwehr zur Diskussion an: Wie geht eigentlich Daseinsvorsorge? Wie geht Personalmessung? Was sagen wir zu Bettenabbau und Krankenhausschließungen? Wo ist Gegenwehr sinnvoll? Und weiter? Hierzu findet Ihr auch die Forderungen und Ziele des Bündnisses.

Diese Broschüre steht auch als pdf-Datei zur Verfügung unter:

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Wenn Ihr vor Ort oder im Betrieb eine Veranstaltung plant und Referent*innen sucht, wendet Euch gerne an uns. Kommentare, Kritik, Verbesserungsvorschläge und Ergänzungen sind ebenfalls willkommen.

Schreibt uns ein Mail unter: info@krankenhaus-statt-fabrik.de