„Mangelnde Menschlichkeit, unkorrektes Arbeiten, Qualität leidet, Ausgebranntheit, resignative Stimmung bei Kolleginnen und Kollegen, ich möchte nicht wie unsere Patienten behandelt werden, ich werde meinen eigenen Vorstellungen nicht gerecht, schlechtes Gefühl, ein krankes oder sterbendes Kind abgefertigt zu haben, Privatleben leidet, nur Wirtschaftlichkeit zählt.“

Das ist ein Zitat aus einer von abertausenden Überlastungsanzeigen, die seit Jahren bei den Geschäftsleitungen der Krankenhäuser eingehen. Ein Scherbenhaufen, sowohl wenn man es aus der Sicht der Beschäftigten als auch aus Sicht der Patienten betrachtet.

Wie fing es an?

1992 verkündete der damalige Arbeitgeberchef Olaf Henkel vor dem CDU-Wirtschaftsrat seine Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Sozialpolitik: Er sagte:

*„Wir müssen die Krise jetzt nutzen, denn jetzt sind die Menschen reif“,* der soziale Friede dürfe *„nicht länger zur Monstranz gemacht werden“.*

Mit dieser Kriegserklärung wurde der Sozialstaatskonsens von Arbeitgeberseite aufgekündigt. Die Motive waren schlicht: Die Arbeitgeber versuchten sich der Kosten, die ihnen die Mitfinanzierung des Sozialstaats auferlegte, zu entledigen.

Im Zentrum der neoliberalen Offensive stehen seither die Steuerlast der Wirtschaft, die Arbeitskosten, insbesondere die als Lohnnebenkosten bezeichneten Sozialversicherungsbeiträge und der „schlanke Staat“, also der Rückzug des Staates aus möglichst vielen Bereichen der Daseinsvorsorge.

Allheilmittel, um die angeblich ausufernden Kosten in den Griff zu bekommen, war die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen in allen Bereichen und auch im Gesundheitswesen.

In der im Jahr 2000 erschienen Studie „Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphendschungel“ gefertigt von der Beratungsfirma Arthur Anderson hieß es quasi rückblickend:

„Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen machten bereits Anfang des neuen Jahrhunderts die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems in den bestehenden Strukturen unmöglich. Es kam zu einer Liberalisierung des Gesundheitswesens. Der Staat zog sich mehr und mehr zurück und sorgte für eine steuerfinanzierte Grundversorgung. (...) Die gesetzlichen Krankenversicherungen wie es sie noch am Ende des letzten Jahrhunderts gegeben hat, bestehen in dieser Form nicht mehr. (...)

*Ausgelöst durch den zunehmend freien Wettbewerb und das Einkaufsmanagement der Krankenversicherungen ist der Kampf um den „Kunden“ Patient entbrannt. Investitionen in Gebäude, Infrastruktur und Ausstattung wurden für wesentliche Teile der öffentlich-rechtlichen stationären Einrichtungen notwendig, um mit den freigemeinnützigen und privaten Mitbewerbern konkurrieren zu können. Dort, wo das nicht möglich war, sind die Häuser inzwischen vom Markt verschwunden oder von anderen privaten oder freigemeinnützigen Gruppen übernommen worden.“*

Diese Studie macht nichts anderes, als alle Wunschvorstellungen, die die Herrschenden im Bezug auf das Gesundheitswesen haben, als wissenschaftliche Erkenntnisse auszugeben - quasi als Naturgesetzlichkeit - um der Politik und der Presse Argumente dafür zu liefern, anschließend auch entsprechend tätig zu werden.

Hierzu passen auch die damaligen Verlautbarungen des Bundes deutscher Arbeitgeber in einem Memorandum zur Entwicklung des Gesundheitswesens:

„Der Gesundheitssektor in Deutschland ist ein bedeutender volkswirtschaftlicher Wachstumsbereich, in dem ca. 530 Milliarden DM umgesetzt werden.

In einer Börsenzeitung, die regelmäßig einen Gesundheitsreport veröffentlicht, klang das dann so:

*„Ohne privates Kapital ist das Gesundheitswesen nicht zu retten. Die Börse wird daher zunehmend eine Rolle für die stationären Versorger spielen.“*

Man sieht die Dollarzeichen in den Augen der Profithaie schon so richtig blinken.

Die Länder haben sich zunehmend aus ihrer gesetzlichen Pflicht für Neubauten und Renovierungen von Krankenhäusern zurückgezogen. Die Fördersumme ist von annähernd 3,7 Mrd. 1991 auf 2,8 Mrd. im Jahr 2017 gesunken. In diese Lücke wollen die privaten Investoren springen.

Das notwendige Kleingeld hierfür haben die Krankenhausketten wie Sana, Helios, Rhön-Klinikum AG und Asklepios. Diese Krankenhausketten sind die Sterbehelfer des Solidarsystems und der öffentlichen Krankenhäuser - zwei Zitate eines der Geschäftsführer der Sana, Schwarz, belegen dies eindrucksvoll. Er sagte 2001 in einem Interview mit der Zeitung „führen und wirtschaften“:

„1976 wurde die Sana mit zwei zentralen Anliegen gegründet: Zum einen tauchte die Idee des klassenlosen Krankenhauses in der sozialpolitischen Diskussion auf. Die Umsetzung dieses Modells hätte alle privaten Krankenversicherer in ihrem vitalen Interesse getroffen, denn es sah die Abschaffung der Wahlmöglichkeiten für privatärztliche Behandlung und für Komfortleistungen wie Ein- oder Zweibettzimmer vor. Wir wollten sicherstellen, dass dem Leistungsversprechen unserer Gesellschafter ein entsprechendes Angebot in den Krankenhäusern gegenüberstand.“

Und in einer Reportage in S3 vom September 98 führte er aus:

*„Gewinne ist kein Teufelszeug und auch nicht in Krankenhäusern. (...) Aber ich meine, dass wir (...) ein System haben müssten, dass das Krankenhaus, was zu wirtschaftlichen Konditionen eine sehr gute Leistung erbringt, verstärkt nachgefragt werden müsste und dass das Krankenhaus, was sich am Markt nicht positionieren kann, (...) dann gegebenenfalls vom Markt verschwindet.“*

Klassenmedizin und Schließung von Häusern, Herausbrechen und Privatisierung der Filetstücke, Markt um jeden Preis – welche Auswirkungen das auf die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und auf die Behandlung der unteren sozialen Schichten hat, ist nicht das Problem der privaten Krankenhausketten.

In den Jahren 1970 bis 1985, also vor der neoliberalen Offensive, wurden die Krankenhäusernach dem Kostendeckungsprinzip finanziert, d.h. die tatsächlich entstandenen Kosten wurden den Kassen in Rechnung gestellt und von diesen vergütet und über die tagesgleichen Pflegesätze abgerechnet. Es wurden aber nie - wie meist unterstellt - alle Kosten ersetzt, sondern nur diejenigen die unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten notwendig waren. Deshalb gab es auch immer Streit mit den Krankenkassen, was nun wirtschaftlich ist und wie viele Beschäftigte man braucht, um die Patienten zu versorgen. So entstanden übrigens auch die ersten Personalbemessungszahlen. Es gab also durchaus Gegensteuerungsmöglichkeiten gegen Unwirtschaftlichkeiten. Was aber absolut wesentlich ist: Den Krankenhäusern war es in dieser Zeit gesetzlich verboten Gewinne zu machen. Es gab also keinen ökonomischen Anreiz zu Leistungsausdehnungen oder Personalabbau.

In den Jahren darauf wurde auf die sog. Preisbildung, also auf marktwirtschaftliche Anreizsysteme, umgestellt. Das wurde erst durch Fallpauschalen für einige Krankheitsbilder ausprobiert und dann flächendeckend durch die sogenannten DRG’s für alle Behandlungen in den Krankenhäusern eingeführt.

Eröffnet wurde diese Offensive 1985 durch die Gründung des Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Seine Gutachten waren die neoliberale Blaupause für alle Bundesregierungen seither. Auch heute noch ist er wichtiger Taktgeber für die Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Hier ein paar Zitate aus seiner Arbeit der Anfangsjahre.

*1989: Stationäre Leistungen sollten grundsätzlich mit fallbezogenen Pauschalen vergütet werden. Dadurch wird sichergestellt, dass wenig Anreiz zur Erbringung nicht notwendiger Leistungen besteht. (…) Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist vom Sachverständigenrat schon im Jahresgutachten 1987 als geeignetes Mittel angesehen worden, um unwirtschaftliche Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen.*

*1990: Der Rat sieht in der Gewinnüberlassung über einen längeren Zeitraum einen wichtigen Anreiz für die Krankenhäuser zum wirtschaftlichen Handeln.*

*1992: Folglich ist es gerechter, die Finanzierungslasten auch den künftigen Nutzern aufzubürden als den gegenwärtigen Steuerzahlern. Diesem klassischen Finanzierungsgrundsatz entspricht die monistische Finanzierung in idealer Weise. (…) Den Wettbewerbspreisen am nächsten kommen Preise, die über Ausschreibungen ermittelt werden.*

*1995: Hindernisse für eine Flexibilisierung bilden auch die vorgegebenen Personalanhaltszahlen und die Pflegepersonalregelung. Diese Regelungen zementieren in Anlehnung an das durch das GSG abgeschaffte Selbstkostendeckungsprinzip Kostenstrukturen, die sich erst im Wettbewerb bewähren müssten.*

*1996: Bei grundsätzlicher Betrachtung ist eine Privatisierung von Staatsaufgaben und Staatseigentum angesichts der Finanzlage und der Standortprobleme der Bundesrepublik tatsächlich eine wichtige wirtschaftspolitische Herausforderung. (…) Auch im kommunalen Bereich wird ein großes Privatisierungspotential gesehen.*

*1997: Andererseits kann eine ergebnisorientierte Vergütung auch an den medizinischen Ergebnissen ansetzen. Überdurchschnittlich gute Ergebnisse könnten über ein Bonussystem belohnt werden. (…) . Es müssten sich die Ergebnisfaktoren, welche die Erträge der Krankenhäuser extern bestimmen, auch auf die Vergütung der Beschäftigten intern auswirken, womit eine konsistente Anreizstruktur erreicht wird. Dies könnte auch ein erster Schritt dazu sein, die Vergütung der leitenden Ärzte auf eine neue Basis zu stellen*

Da ist doch die ganze Palette zusammen: Rückzug des Staates und Privatisierung, Monistische Finanzierung der Investitionen, Preise, möglichst Marktpreise, wenn das nicht geht Ausschreibungen und hierzu Aufhebung des Kontrahierungszwanges, also des Zwanges für die Kassen alle Plan-Krankenhäusern zur Behandlung zuzulassen, Pay for Perfomance nach außen und Innen und auf jeden Fall keine Vorgaben zur Personalbemessung.

In der damaligen öffentlichen Diskussion wurde im Wesentlichen mit 2 Todschlagargumenten gearbeitet: Kostenexplosion und Freiheitsberaubung wegen zu langer Liegezeiten.

In der Zwischenzeit ist, denke ich, unbestritten, dass es die Kostenexplosion nie gegeben hat. Es gab kein Ausgabenproblem, sondern ein Einnahmenproblem: Die steigenden Krankenkassenbeiträge waren nicht Folge einer Kostenexplosion, sondern Folge der Tatsache, dass es immer mehr Arbeitslose gab und dass die Löhne über Jahre sanken.

Die Verweildauern sind in den 15 Jahren der Selbstkostendeckung um ca. 30 % gesunken, nicht mehr und nicht weniger, als vorher und nachher. Hier von Freiheitsberaubung zu sprechen ist schon eine üble Verdrehung der Realität.

Hinzu kommt, dass kurze Verweildauern nicht per se gut sind. Für viele Kranke und ihre Familien bedeuten sie, dass ein Teil des Betreuungsaufwands und der Kosten auf die Familien abgewälzt werden, bzw. sich in mehr Beschwerden für die Patienten, oder in schlechterer Genesung nach einer Krankheit niederschlagen. Gerade ältere, gebrechliche und alleinstehende Menschen und solche, die sich keine Pflege zu hause leisten können, sind hier die Verlierer.

Dennoch wurde die Umstellung auf Preisbildung als heilbringend gepriesen. Dabei wird unterschlagen, welche Nachteile dies hat:

* Um die Preise zu kalkulieren, müssen alle Kosten detailliert erfasst und verrechnet werden. Letztlich muss jede Minute, die eine Pflegekraft und ein Arzt aufwendet und jeder Tupfer, der verbraucht wird, einer Kostenstelle (Station) und einem Kostenträger (Patient) zugeordnet werden. Dieses Abrechnungssystem erfordert also eine ungeheure Aufblähung des Verwaltungsapparates – Zeit und Ressourcen, die von der Patientenbetreuung abgehen.
* Das frühere Finanzierungssystem der Kostendeckung beinhaltete keinen Anreiz zur Mengenausdehnung und damit zur Erbringung von unnötigen Leistungen. In dem Moment, in dem Preise feststehen und man weiß, dass die Kosten geringer sind als die Preise, besteht die Möglichkeit, über eine Ausdehnung der Menge (mehr Blinddarmoperationen, mehr Herzschrittmacher, mehr Kniegelenksspiegelungen usw.) die Gewinne zu erhöhen.
* Bisher war die Beziehung von Arzt bzw. Pflegekraft zu Patient relativ frei von ökonomischen Einflüssen. Beim neuen System regieren die ökonomischen Überlegungen massiv in die Behandlung hinein. Was darf überhaupt noch gemacht werden? Wer wird noch behandelt? Welche Untersuchungen muss ich weglassen oder muss ich machen, damit ich den von den Kassen bezahlten Preis nicht überschreite oder einen höheren Preis bekomme, usw. usf. - alles Überlegungen, die mit dem Wohl des Patienten und dem medizinisch oder pflegerisch Notwendigen rein gar nichts zu tun haben.
* Umgekehrt muss eine Steuerung über Marktmechanismen auch dazu führen, dass Krankenhäuser, die am Markt Erfolg haben wollen, sich die Patienten und die Krankheiten vom Leib halten müssen, bei denen die Kosten über den Preisen liegen. Es setzt der Wettbewerb um den „gesunden Kranken“ oder um den „gesunden Fallmix“ ( das ist ein Zitat eines Gesundheitsbürgermeisters der Stadt Stuttgart) ein.
* Da ein Krankenhaus mehr Geld einnehmen kann, wenn es schwerere Fälle abrechnet, ist es auch naheliegend jede Möglichkeit auszunützen, um die Patienten zumindest auf dem Papier kränker zu machen, als sie sind.

Allgemein gilt: Das was notwendig ist, wird zunehmend weniger nach Sachkriterien definiert, sondern über finanzielle Anreize beeinflusst. Jede finanzielle Steuerung ist aber blind gegenüber der Qualität. Eine unnötige Behandlung bringt genauso viel Geld wie eine notwendige, und kostet im Zweifelsfall weniger.

In einem solchen System handelt ökonomisch rational, wer

1. die Kosten pro Behandlung drückt. Dies ist ein klassischer Anreiz zur Unterversorgung
2. möglichst viele Behandlungen durchführt, bei denen man einen Gewinn erzielen kann. Dies ist ein klassischer Anreiz zur Überversorgung
3. diejenigen Patienten, bei denen man erwarten darf, dass sie keine Gewinne abwerfen, möglichst vermeidet. Dies ist ein klassischer Anreiz zur Patientenselektion. Unrentabel sind Multimorbide, Alte und sozial Schwache. Rentabel sind Reiche und (möglichst)Gesunde.

2000 hatte der Sachverständigenrat ein Gutachten mit der Überschrift „Über-/Unter- und Fehlversorgung“ herausgegeben in dem nochmals zusammenfassend begründet wurde, dass nur Markt und Wettbewerb zu einer Verbesserung führen können. Der eigentliche Treppenwitz ist, dass mit dieser Argumentation ein System eingeführt wurde, das Über- und Fehlversorgung, (also unnötige Leistungen) und Unterversorgung (also zu wenig Personal) auf die Spitze treibt.

Welche Anreize ein solches Abrechnungssystem setzt, hat der englische Schriftsteller George Bernhard Shaw bereits 1911 auf den Punkt gebracht. Er schrieb:

*„Wenn ein normaler Staat die Erfahrung, dass man die Brotversorgung sichert, indem man den Bäckern fürs Backen Geld gibt, auch auf Chirurgen überträgt, indem man sie wirtschaftlich daran interessiert, dein Bein zu amputieren, reicht dies aus, um an der politischen Humanität zu verzweifeln*

*Empörte Stimmen murmeln, dass diese Operationen nötig seien. Möglich. Es mag alles nötig sein, einen Mann zu hängen oder ein Haus niederzureißen, doch wir hüten uns wohl, den Henker und den Demolierer über die Notwendigkeit entscheiden zu lassen. Den Arzt aber lassen wir darüber entscheiden, und er wird sechs Pence, ja sogar mehrere hundert Pfund verlieren, wenn er entscheidet, dass die Operation nicht nötig sei.*

*Der figürliche Vorgang, den man "den reichen Mann zur Ader lassen" nennt, wird täglich nicht nur figürlich, sondern wörtlich von Chirurgen geübt, die genauso anständige Menschen sind, wie die meisten von uns. Was ist denn schließlich Unrechtes dabei? Der Chirurg braucht ja dem reichen Mann (oder der reichen Frau) nicht gerade das Bein oder den Arm abzunehmen, er kann den Blinddarm oder die Gaumenmandeln entfernen, und der Patient wird sich nach vierzehntägiger Bettruhe gar nicht schlechter fühlen, während ... der Hausarzt, der Apotheker und der Chirurg sich sehr viel besser befinden werden.“*

Die geschilderte Entwicklung ist zutiefst patienten- und mitarbeiterfeindlich. Die Gesundheitsversorgung wird drastisch verschlechtert, gleichzeitig steigen die Arbeitsbelastungen für die Beschäftigten. Sie sind die zweiten Leidtragenden.

* Durch die Tatsache, dass jede Abteilung und jeder Bereich budgetiert wird und alle Kosten gegeneinander verrechnet werden (Profit Center), entsteht ein Mechanismus der Konkurrenz. Beschäftigte sollen nicht mehr solidarisch handeln, sich nicht als Kollegen, sondern als gegenseitige Kunden sehen. Jede Leistung wird dem anderen in Rechnung gestellt. Unterstützung oder Hilfe ist nicht mehr angesagt, außer man kann sie in Minuten abrechnen. Auch hier wird versucht menschliche Beziehungen in Warenbeziehungen umzuwandeln.
* Über die Zuordnung aller Kosten zu bestimmten Beschäftigtengruppen wird es auch möglich sogenannte Kennzahlenvergleiche (Benchmarking) durchzuführen. Solche Vergleiche sind z.B. Medikamentenverbrauch pro Station, Arztkosten pro Patient, Putzkosten pro Quadratmeter usw. Dies geschieht sowohl innerhalb eines Betriebes als auch bundesweit zwischen den Krankenhäusern.
* Wenn die Beschäftigten innerhalb dieses Systems verhindern wollen, dass ihre Tätigkeit anderweitig vergeben wird, entsteht der perverse Druck in Konkurrenz zu anderen Arbeitnehmern die billigere Leistung zu erbringen. Da aber auch diese neuen ”Preise” wieder verglichen werden, schadet man nicht nur sich selbst, sondern auch den anderen, die jetzt noch mehr unter Druck geraten usw. usf.
* Über die interne Budgetierung legen die Manager die Personalzahlen fest. Eine gegensteuernde Bedarfsberechnung – also die Klärung der Frage wie viel Personal für die Erbringung der geforderten Leistungen notwendig ist - gibt es nicht mehr. Genauso wie sich das Management weigert die Leistungszahlen – also die Zahl der einbestellten Patienten, der Operationen, und Untersuchungen - bei fehlendem Personal wirksam zu beschränken (das würde ja zu Einnahmeausfällen führen).

Mit all diesen finanziellen Steuerungsmechanismen wurde eine katastrophale Verschlechterung der Arbeitssituation durchgesetzt.

Die ersten Opfer dieser Sparmaßnahmen waren die ArbeiterInnenbereiche, die Küchen und Reinigungen. So wurden z.B. die Quadratmeterzahlen, die diese Frauen putzen müssen mehr als verdoppelt. Doch damit nicht genug. Diese Frauen, die eh schon für Niedrigstlöhne und unter schwersten Bedingungen arbeiten müssen, werden ständig in ihrer Existenz bedroht. Noch weitere Rationalisierungen und Lohnkürzungen oder Outsourcing – war und ist die tägliche Alternative, vor die sie gestellt werden.

Die Zahl der Pflegekräfte ist seit ihrem Höchststand 1995 von 350.571 auf 298.325 im Jahr 2007 – also parallel zur Einführung der DRGs - gesunken. Danach ist sie – auch wegen anhaltentender Proteste - bis 2016 wieder auf 325.119 gestiegen, bleibt aber immer noch um über 25.000 unter dem Höchststand. Demgegenüber stieg die Patientenzahl im selben Zeitraum von 14,6 Millionen auf über 19,5 Millionen (2016). Die Verweildauern sanken von 14,6 auf 7,3.

Es ist also nicht nur der Personalabbau, sondern gleichzeitig auch noch die Zunahme der Zahl der Patienten und die Zunahme der Geschwindigkeit der Behandlungen, die belastet. Die Patienten werden immer schneller durchgeschleust.

Was in diesen Zahlen aber immer noch nicht zum Ausdruck kommt, ist die Tatsache, dass die Patienten ja auch immer schwerer krank sind, weil die leichteren Fälle gar nicht mehr ins Krankenhaus kommen - sie werden ambulant behandelt. Diese Entwicklung hat zwischenzeitlich zu einer massiven Arbeitsüberlastung geführt.

Mit der zunehmenden Reduzierung aller menschlichen Beziehungen im Krankenhaus auf ökonomische Überlegungen beraubt man die Beschäftigten auch einer würdevollen Ausübung ihres Berufes.

In einer Untersuchung der Uni Bremen aus dem Jahr 2010 ergaben sich folgende „Dissonanzen“ (wie das die Soziologen nennen)  
zwischen beruflichen, ethischen Normen und dem Arbeitsalltag:

* 87% der Pflegekräfte lehnen mehr oder weniger stark die Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen ab.
* Nur 12% von ihnen arbeiten aber in Bereichen, wo es keine Rationierung gibt.

Was so ein Widerspruch, wenn er über Jahre andauert und schlimmer wird, mit den Menschen macht ist klar. Ich erinnere nur an das Zitat aus der Überlastungsanzeige am Anfang.

Weitere Folgen des steigenden Wettbewerbsdrucks sind die Schließung von Krankenhäusern und verstärkte Privatisierungen.

Die Zahl der Krankenhäuser ist von 1991 bis 2016 um knapp 20 Prozent von 2.411 auf 1.951 Häuser gesunken. Im gleichen Zeitraum wurde die Zahl der Betten um rund 25 Prozent auf 498.718 reduziert. Wenn man sich die Diskussion des letzten Jahres ansieht, stehen wir hier am Anfang einer noch viel radikaleren Entwicklung – auch hierauf wollen wir in den Workshops näher eingehen.

Die Zahl der privaten Krankenhäuser ist von 15,2% auf 35,1% gestiegen, die Zahl der privaten Betten von 4% auf 17,3%. Bereits heute gibt es in Deutschland mehr private Krankenhäuser als öffentliche und damit zunehmend das unerträgliche Phänomen, das die Beiträge der Versicherten in die Taschen von Aktionären wandern, wobei der wirtschaftliche Erfolg der Privaten nicht das Ergebnis eines überlegenen Wirtschaftens ist, sondern auf dem Rücken der Beschäftigten eingefahren wird: Private sparen überdurchschnittlich am Personal - sowohl an der Zahl, als auch an der Entlohnung.

Zunehmend haben sich seither auch Krankenhäuser herausgebildet, in denen vorwiegend lukrative Patienten behandelt werden – also hauptsächlich Wahleingriffe mit überschaubarem Risiko. In dieser Art Rosinenpicken sind die Privaten Weltmeister.

Die Häuser der privaten Krankenhausketten behandelten 2012 16,7 % aller Patienten, aber

* + 46,4% aller Krampfadern-Erkrankungen,
  + 24,8% aller Kniegelenksarthrosen,
  + 24,8% aller Bandscheibenschäden und
  + 23,7% aller Hüftarthrosen.

Auch wird es für alle Krankenhäuser immer interessanter solche lukrativen Patientengruppen durch gezieltes Marketing anzuziehen. Deshalb auch immer mehr Werbung, immer mehr Glaspalästeund VIP-Angebote. Die Steigerung dieser Ungleichbehandlung sind dann noch die sog. Luxuskliniken, die es zwischenzeitlich in Deutschland auch schon immer häufiger gibt.

Mit der Einführung der DRGs 2004 bis 2010 ist der neoliberale Giftköcher aber bei weitem noch nicht leer. Getreu den Vorschlägen des Sachverständigenrates, wurden in den letzten Jahren weitere Instrumente der Ökonomisierung implementiert oder ihre Implementierung vorbereitet. Als Stichworte – weil wir es in den Workshops detaillierter behandeln - seien nur genannt:

* Die Einführung von Preisen auch in der Psychiatrie (PEPP)
* Die Investitionskosten als Teil der DRGs, also der Übergang zur Monistik
* Ein bundeseinheitlicher Preis (der Bundesbasisfallwert) trotz unterschiedlicher Kosten
* Die Erlaubnis von Selektivverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern statt Kontrahierungszwang – genannt Qualitätsverträge
* „Pay for Performance“ genannt: Zu-/Abschläge bei unterschiedlicher Qualität

Diese ganze Entwicklung schien ungebrochen und irgendwie auch unbrechbar. Aber dann kamen die zunehmenden Proteste der Beschäftigten und auch von Fachgesellschaften.

Es begann mit dem Widerstand gegen die Einführung von PEPP in der Psychiatrie, die Gröhe an einen runden Tisch zwang. Das Ergebnis war ein Zwitter aus PEPP (sie werden weiter berechnet und dienen zu Kostenvergleichen, werden aber nicht zur Abrechnung benutzt) und krankenhausindividuellen Budgets. Die Psych-PV, also die Personalbemessung in der Psychiatrie, die abgeschafft werden sollte, besteht weiter und soll überarbeitet werden.

Danach kamen die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen - die absolute Verballhornung einer gesetzlichen Personalbemessung zwar, aber immerhin das Eingeständnis schon der letzten Bunderegierung, dass gegen die Auswirkungen des Preissystems gegengesteuert werden muss.

Dann nahmen die Forderungen der Beschäftigten und der Gewerkschaften nach einer Personalbemessung in der Pflege Fahrt auf, es kamen die Tarifauseinandersetzungen und die Initiativen für Volksentscheide. Und plötzlich gab es eine Koalitionsvereinbarung in der festgelegt war:

1. Verbindliche Personaluntergrenzen für die gesamte Pflege im Krankenhaus.
2. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtig die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRGs werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.
3. Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt.

Und jetzt ist das Pflegepersonalstärkungsgesetz im parlamentarischen Beschlussverfahren, das im Wesentlichen die Festlegungen des Koalitionsvertrages umsetzt.

Ist damit das Ende der DRGs eingeleitet?

Dies zu sagen wäre verfrüht, denn die Änderungen sind so ausgestaltet, dass sie leicht nach ein paar Jahren wieder rückgängig gemacht werden können, sie betreffen nur eine Berufsgruppe und viele andere Festlegungen des Preissystems bestehen weiter oder werden gerade verschärft. Auch das wollen wir in den Workshops vertiefen.

Aber eines erscheint mir klar. Die DRGs sind ins Wanken gekommen. Der Widerstand gegen die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens aus vielen Teilen der Gesellschaft hat zugenommen. Die Proteste des letzten Jahres haben eine Tür geöffnet. Es liegt an uns dies weiterzutreiben.

Und eines hat sich auch geändert: War es vor einigen Jahren faktisch noch unmöglich über alternative Finanzierungsmodelle zu reden, so steht dies heute auf der Tagesordnung. Deshalb auch unsere Frage, der wir auf diesem Kongress nachgehen wollen: Was kommt nach den DRGs?

Ich hoffe, dass wir am Ende dieses Kongresses einen Konsens haben, dass die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen im Gesundheitswesen nicht die Lösung des Problems ist, sondern die Verschärfung aller Probleme – sowohl für die Patienten als auch für die Beschäftigten.

Wir haben Alternativen, die das Gesundheitswesen als Teil der Daseinsvorsorge stärken und Markt und Wettbewerb zurückdrängen.

Und ich hoffe, dass uns die Schwerpunkte der Workshops am Sonntag in die Lage versetzten, dass wir gemeinsam alles in unserer Kraft Stehende tun, um das Solidarsystem gegen ein marktwirtschaftliches Wettbewerbssystem und eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung für alle, gegen eine 2-Klassen-Medizin zu verteidigen.

Karl Marx hat in seiner Schrift vom Elend der Philosophie ausgeführt:

*"Kam endlich eine Zeit, wo alles was die Menschen bisher als unveräußerlich betrachtet hatten, Gegenstand des Austausches, des Schachers, veräußert wur­de. Es ist dies die Zeit, wo selbst Dinge, die bis dahin mitgeteilt wurden, aber nie ausgetauscht, gegeben aber nie verkauft, erworben aber nie gekauft, Tugend, Liebe, Überzeugung, Wissen, Gewissen usw., wo mit einem Wort alles Sache des Handels wurde. Es ist dies die Zeit der allgemeinen Korruption, der universellen Käuflichkeit oder um die ökonomische Ausdrucksweise zu gebrauchen, die Zeit, in der jeder Ge­genstand, ob physisch, oder moralisch, als Handelswert auf den Markt gebracht wird.“*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

das war keine Endzeitprognose, sondern die Aufforderung zum Handeln. Wir sollten ihr folgen.