



Thesen zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens

*Für die einen sind es Menschen mit Augen, Mund, Ohren, für die anderen Kostenfaktoren
(Kettcar, Fake For Real)*

Die derzeitige Situation in den deutschen Krankenhäusern ist katastrophal:

- Viele der für die Gesundheitsversorgung notwendigen Kliniken stehen wirtschaftlich am Abgrund, machen Verluste, sind von Schließung, Privatisierung und massiven Abbau ihres Leistungsspektrums bedroht.
- Zeitweise irren Rettungswagen über lange Strecken durch die Regionen, um für Notfallpatienten ein passendes Bett zu finden. Kliniken sind stunden- oder tageweise wegen fehlender Plätze oder fehlendem Personal abgemeldet.
- Die Beschäftigten in den Kliniken sind massiv überlastet, dokumentieren dies in einer Flut von Gefährdungsanzeigen, fallen wegen Krankheit aus.
- Die Beschäftigung in den Kliniken wird für Pflegekräfte und Ärzte wegen der ständig steigenden Überlastung immer unattraktiver. Es fehlen massiv Arbeitskräfte zur Aufrechterhaltung der Versorgung und ihrer Qualität.

Was sind die Hintergründe für diese Entwicklung, die eklatante Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Kolleg*innen in den Kliniken hat?

Krankenhäuser als öffentliche Daseinsvorsorge

Viele der heutigen Krankenhäuser sind in den 1960er – 1990er Jahren errichtet, erweitert oder aufgewertet worden. Ziel war es, dem Sozialstaatsgebot entsprechend, die Versorgung der Bürger*innen mit hochwertigen Gesundheitsleistungen in der Fläche sicherzustellen. So wurden auch in den ländlichen Regionen moderne Kliniken errichtet. Dabei war es gesellschaftlicher Konsens, dass die Krankenhäuser unverzichtbar für die Versorgung der Bevölkerung sind und die politisch Verantwortlichen somit der Verpflichtung zur öffentlichen Daseinsvorsorge nachkommen. Zugleich waren die Kliniken wichtige Faktoren der Standortentwicklung in den Regionen und damit Grundlage für den Erhalt oder die Ansiedlung von Betrieben und Arbeitsplätzen.

Impressum



Gesellschaftlicher Konsens war auch, dass die Kliniken eine soziale Funktion haben und nicht in erster Linie der Wirtschaftlichkeit unterworfen sind. Es war somit klar, Krankenhäuser werden von der öffentlichen Hand – also von den Bürger*innen selbst – mit Steuergeldern erbaut und betrieben. Die Finanzierung war im Rahmen der gesetzlichen Regelungen durch die Kostenträger (und somit ebenfalls über die Gemeinschaft der sozialversicherungspflichtigen Allgemeinheit) gesichert. Auch die Kostenträger fühlten sich durch regionale Strukturen zunächst der Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten vor Ort verpflichtet.

Rückzug des Staates

In den 1990 -2000er Jahren wandelt sich das Bild. Waren die Krankenhäuser zuvor der Stolz einer Stadt, eines Kreises oder Bundeslandes, werden sie von den politisch Verantwortlichen zunehmend als finanzielle Belastung gesehen. Mit immer neuen Gesundheitsreformen ändert sich die Finanzierung, die paritätische Aufteilung der Kosten der Krankenversicherung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern wird aufgehoben. Politisches Ziel ist nun nicht mehr vornehmlich die Versorgung der Bevölkerung mit hochwertigen Gesundheitsleistungen, sondern die Senkung von Lohnnebenkosten und die Entlastung der Arbeitgeber von Beiträgen zur Krankenversicherung. Die Folge ist die Aufgabe der Verantwortung für die öffentliche Daseinsvorsorge.

Der Konsens, dass Krankenhäuser als unverzichtbarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge gemeinschaftlich – also durch die Gesellschaft – getragen und finanziert werden müssen, wird von den politischen Körperschaften aufgekündigt. Der Staat hat sich aus seiner Verantwortung zunehmend zurückgezogen.

Während für die Bürger*innen das alte Bild der flächendeckenden Versorgung nach wie vor Gültigkeit hat, ändern sich die Voraussetzungen:

- Eine kostendeckende Finanzierung der Kliniken durch die Kostenträger findet nicht mehr statt (Umstellung von Selbstkostendeckungsprinzip auf Fallpauschalen/DRGs).
- Investitionen werden von der hierfür nach wie vor zuständigen öffentlichen Hand, den Bundesländern, nicht mehr im notwendigen Umfang getätigt.

Die Kliniken kommen von zwei Seiten unter Druck: Aus der Vergütung ihrer Leistung sind die laufenden Kosten kaum zu finanzieren. Der durch finanzpolitische Entscheidungen bedingte Investitionsstau verhindert wirtschaftliche Strukturen und den Aufbau neuer Leistungen. Im Ergebnis wird eine Mehrzahl der Kliniken defizitär. Die öffentlichen Träger, die im Rahmen der politischen Struktur der Bundesrepublik Deutschland mitverantwortlich für die Bedingungen der Krankenhausfinanzierung sind, ziehen sich aber auch vor Ort aus der Verantwortung zurück, sind nicht bereit die Defizite auszugleichen und verlagern die wirtschaftliche Verantwortung auf die Krankenhäuser selbst – wohlwissend, dass dies unter den gegebenen Bedingungen nicht funktionieren kann.



Öffnung für private Investoren

Waren es zunächst vornehmlich Reha- Kliniken jenseits der Grund- und Regelversorgung oder Kliniken für eine spezielle Kundschaft, die von privatwirtschaftlichen Trägern getragen wurden, öffnet der Rückzug des Staates aus Verantwortung und Finanzierung den Kliniksektor zunehmend für private Investoren. Aus einer Versorgungsstruktur der öffentlichen Daseinsvorsorge wird ein ‚Krankenhausmarkt‘. Dabei ist dieses Geschäftsmodell für die privaten Investoren durchaus attraktiv, bleibt doch die Finanzierung der Investitionskosten weiterhin Aufgabe der öffentlichen Hand. Während die öffentlichen Träger zunehmend proklamieren, die Verantwortung für eine hochwertige Gesundheitsversorgung – die sie jahrzehntelang aus Steuergeldern und Versichertenbeiträgen aufgebaut und betrieben haben – nun nicht mehr tragen zu können, präsentierten sich private Investoren, die teilweise weder aus dem Gesundheitswesen kommen noch Erfahrungen mit Akutkliniken haben – als fachkompetente Klinikbetreiber, die als einzige in der Lage seien, ein Krankenhaus wirtschaftlich und qualitativ zu betreiben.

Die öffentlichen Träger entledigen sich ihrer politisch ungeliebten Kliniken, übergeben sie – oftmals nur zu einem symbolischen Preis – an private Gesellschaften, die zu stetig wachsenden Krankenhauskonzernen werden. Ein Wachstum, dessen Basis auf der Übertragung öffentlichen Eigentums auf private Eigentümer beruht.

Sanierung? Personalabbau, Tarifflicht, Outsourcing

Die sogenannte Sanierung der privatisierten Kliniken vollzieht sich durchgehend nach folgendem Dreiklang:

- Personalabbau – mehr oder minder pauschal wird angenommen, dass bis zu ein Drittel der Belegschaft abgebaut werden muss. Auf Prozessqualität wird im Allgemeinen nicht geachtet.
- Tarifflicht – Tarifverträge wie der BAT oder TVöD werden, wo es möglich ist, gekündigt oder statisch gestellt, neue Beschäftigte zu weit unter diesen Tarifen liegenden Bedingungen beschäftigt.
- Belegschaften werden zunehmend zerschlagen, Servicebereiche in tariflose Tochtergesellschaften ausgegliedert oder an Leiharbeitsfirmen vergeben.

Die wirtschaftliche „Sanierung“ der nun privaten Kliniken wird also ebenfalls durch die Allgemeinheit finanziert, in diesem Fall durch die betroffenen Arbeitnehmer*innen, mittelbar aber auch durch sinkende Sozialversicherungs- und Steuerbeiträge der betroffenen Beschäftigten.

Zudem haben die privaten Träger bestehende Verbindlichkeiten bei den abgebenden öffentlichen Trägern belassen und oftmals Sanierungszuschüsse ausgehandelt. Die Finanzierung der Investitionen in das nun private Klinikeigentum obliegt grundsätzlich weiterhin im Rahmen der dualen Finanzierung der öffentlichen Hand und erfolgt aus Steuergeldern der Länder.



Ethik und Markt – ungleiche Bedingungen

Während für die privaten Investoren der Krankenhausmarkt ein Markt wie jeder andere ist und somit für das eingesetzte Kapital eine entsprechende Rendite erwartet wird, handeln die anderen Akteure in diesem Markt zum Teil unter nicht marktkonformen Voraussetzungen:

- Für die Patienten steht nicht der Marktwert oder die Wirtschaftlichkeit der an ihnen oder für sie erbrachten Gesundheitsdienstleistung im Vordergrund, sondern die von ihnen erwartete bestmögliche Hilfe zur Heilung, Rehabilitation etc.
- Pflegekräfte handeln häufig nicht wie Arbeitnehmer, die nur unter Erfüllung zufriedenstellender Grundvoraussetzungen (Arbeitsbedingungen, Lohn etc.) bereit sind, eine Leistung zu erbringen, sondern fühlen sich ihrer Berufsethik verpflichtet, kranken und hilfsbedürftigen Menschen zu helfen.
- Ärzte wiederum müssen sich ihrer Berufsethik verpflichten, die nicht von der Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden notwendigen Behandlung abhängen darf, dieser gelegentlich sogar entgegensteht.

Somit sind insbesondere diese Beschäftigten in den Krankenhäusern auf Grund ihrer ethischen Orientierung in einer dem Arbeitgeber gegenüber schwachen Position bei der Durchsetzung von Arbeitnehmerrechten. Alle ‚Kampfmaßnahmen‘ gegenüber dem Arbeitgeber (Streik, Dienst nach Vorschrift, Arbeitsverweigerung) haben unmittelbar Auswirkung auf die Patienten. Das wissen die Arbeitgeber zu ihrem Vorteil auszunutzen.

Staatlich verweigerte Regulierung

Gesellschaftlich besteht weiterhin eine Erwartung an das Gesundheitssystem, die unter ‚freien‘ Marktbedingungen nicht erfüllbar ist. Während die Bürger*innen nach wie vor an das Sozialstaatsprinzip der unabhängig vom eigenen Wohlstand allgemein und flächendeckend verfügbaren Gesundheitsversorgung glauben, ist der Markt natürlich darauf ausgerichtet, nur die wirtschaftlich rentablen Leistungen anzubieten. Diese widerstreitenden Interessen in Einklang zu bringen, wäre Aufgabe der staatlichen Regulierung.

Während politisch postuliert wird, in Deutschland seien im Vergleich zu anderen Staaten Europas zu viele Krankenhäuser am Markt, unterbleiben politische Festlegungen, welche Standorte in welcher Region notwendig sind. Auch hier wird wieder auf die Kräfte des Marktes vertraut. Da aber keiner der Marktteilnehmer Marktanteile freiwillig aufgibt und somit den Konkurrenten stärkt, wird der wirtschaftliche Druck nach unten gereicht: Leistungen müssen bei gleichzeitig sinkenden Kosten gesteigert werden.



Die Auswirkungen auf die Beschäftigten:

- Die schon vorhandene Überlastung des Personals steigt.
- Anständige Tarifbedingungen werden verweigert.
- Arbeitsschutzgesetze werden nicht eingehalten.

Die Auswirkungen auf die Gesellschaft:

- Gesundheitsdienstleistungen werden wie andere Waren verkauft
- Jeder Klinikbetreiber versucht, wirtschaftlich rentable Leistungen (Ressourcen- und Personaleinsatz, Liegedauer) anzubieten und die entsprechenden Kundenkreise zu erschließen.
- Unwirtschaftliche Angebote werden wenn möglich eingestellt, auch wenn sie für die Versorgung notwendig wären.

Zum Konkurrenzkampf zwischen den Kliniken kommt der Verteilungskampf zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Konkurrenzkampf auf dem Rücken des Personals

Während alle Marktteilnehmer darum kämpfen, Marktpositionen zu besetzen, um nach Möglichkeit länger durchzuhalten als der Konkurrent und am Ende in eine marktbeherrschende und somit wirtschaftlich attraktive Position zu gelangen, tragen die Kosten für diesen Kampf vor allem die Beschäftigten. Da die Personalkosten der größte Kostenfaktor in den Kliniken sind, wird hier der Druck massiv erhöht.

Personalbemessungssysteme wie die Pflegepersonalregelung (PPR) sind schnell außer Kraft gesetzt worden. Da es immer noch keine gesetzliche Personalbemessung gibt, obliegt die Personalbemessung dem freien Spiel der Kräfte. Und dort wo, wie in der Psychiatrie, Personalbemessungssysteme existieren, werden diese nach Möglichkeit unterlaufen und umgangen. Derjenige, der mit den niedrigsten Personalkosten arbeitet, hat unabhängig von der erbrachten Qualität den wirtschaftlichen Vorteil.

Die Mittel zur Senkung der Personalkosten sind überall in den Kliniken erkennbar:

- Tarifverträge mit anerkannten Gewerkschaften (Marburger Bund und DGB-Gewerkschaften) werden wo immer es geht verweigert.
- Möglichst große Beschäftigtengruppen werden durch Outsourcing, Leiharbeit oder Werkverträge aus bestehenden Tarifbedingungen herausgebrochen.
- Qualifikationsstandards werden gesenkt, möglichst viele Aufgaben werden an niedriger qualifizierte und damit niedriger entlohnte Beschäftigtengruppen übertragen.
- Aufgrund fehlender gesetzlicher Vorgaben wird die Zahl der durch eine Pflegekraft oder einen Arzt zu betreuenden Patienten willkürlich erhöht.



Pflege gehört inzwischen zu den Berufen mit dem höchsten Belastungsniveau und damit einhergehend zu den Berufen mit den höchsten Krankheitsraten sowohl physischer als auch zunehmend psychischer Ursache.¹

Dabei ist die Argumentation gegenüber den Beschäftigten eine zynische: Während das Konkurrenzsystem des Marktes auf steigende Leistungen bei sinkenden Kosten basiert, wird den Beschäftigten erklärt, die zusätzliche Belastung sei notwendig, um den Arbeitsplatz zu sichern und eine bestimmte, weitgehend willkürlich festgelegte Gewinnmarge (EBITDA) zu erreichen, die zur Sicherung des Arbeitsplatzes notwendig sei. Erst nach Erreichen dieses Zieles sei es möglich, Arbeitsbedingungen und Lohnbedingungen zu verbessern. Letztlich kann dieses Ziel nicht erreicht werden, da alle Marktteilnehmer nach dem gleichen System arbeiten oder die Zielmargen mit Hinweis auf die Konkurrenten immer weiter nach oben geschraubt werden.

Zerschlagung von betrieblichen Strukturen und Mitbestimmungsstrukturen

Die Beschäftigtengruppen in den Kliniken werden in immer kleinere Einheiten zerschlagen. Dabei werden auch bestehende Tochtergesellschaften und Servicebetriebe weiter in noch kleinere Einheiten aufgespalten. Im Vordergrund steht dabei die Rentabilität und nicht der ungestörte Betriebsablauf im gesamten Krankenhaus. Die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen leidet unter der Aufspaltung. Das oftmals gebrachte Argument der Qualitätssteigerung wirkt vorgeschoben.

Die Gründung der Servicetöchter erfolgt auch zur Aushebelung bestehender Tarifverträge und Mitbestimmungsstrukturen. Durch die immer weitere Zergliederung werden starke, mitbestimmungsfähige Betriebsräte verkleinert bzw. verhindert.

Auch hier fehlt das staatliche Regulativ. Im Gegenteil, die Aushöhlung des Betriebsverfassungsrechts wird staatlich durch die Umsatzsteuerbefreiung der von Konzerntöchtern erbrachten Serviceleistungen gefördert.

Beschäftigte flüchten aus den Krankenhäusern

Insbesondere für die beiden größten für das Funktionieren der Krankenhäuser maßgeblichen Berufsgruppen wird die Beschäftigung im Krankenhaus zunehmend unattraktiver. Sowohl Ärzte wie Pflegekräfte suchen nach erträglichen Alternativen.

¹ (http://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5825ab89f1b4cd68fea772d8/download/MEYER_WlIdO_Gesundheitsberufe.pdf)



Sind im ärztlichen Bereich die Lohnbedingungen durchaus akzeptabel und vielfach durch einen Tarifvertrag einer zuständigen Arbeitnehmerorganisation geprägt, machen doch die Arbeitsbedingungen (Dienstzeiten, Bereitschaftsdienste, hoher Patientendurchlauf, hohe Arbeitsbelastung) die Beschäftigung im Krankenhaus unattraktiv, was zu Ärztemangel und hoher Fluktuation führt.

In den Pflegeberufen kommt zu der überdurchschnittlichen Arbeitsbelastung die schlechte Lohnsituation. Selbst in anerkannten Tarifsystemen ist das Lohnniveau gemessen an der Belastung und den unattraktiven Arbeitszeiten eines rund um die Uhr aktiven Schichtbetriebs im Vergleich zu anderen Facharbeiterberufen zu niedrig. Dies führt dazu, dass Pflegeberufe und die entsprechenden Ausbildungen gerade von Menschen mit guten Schulabschlüssen nicht gewählt werden, obwohl dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung und des Qualitätsniveaus gesellschaftlich absolut notwendig wäre.

Qualitätsmanagement – das Feigenblatt der Klinikbetreiber

Während für die Patienten und somit auch für die Gesellschaft der Zusammenhang zwischen überlastetem Personal und sinkender Versorgungsqualität durchaus erkennbar ist, versuchen die Betreiber durch wechselnde Qualitätsmanagementsysteme scheinbar objektive Messsysteme zur Darlegung ihrer Versorgungsqualität zu implementieren. Es ist wichtig, ein entsprechendes Siegel zu haben, da auch die Erlöse davon abhängen können.

Die dabei angesetzten Kriterien gehen aus Sicht der Beschäftigten weitgehend an der Realität vorbei. Natürlich ist es wichtig, Standards und festgelegte Abläufe vorzuweisen und zu dokumentieren. Solange aber in den QM-Systemen Personalbemessung und Qualifikationsniveau keine oder eine nur untergeordnete Rolle spielen, bleiben diese Systeme Mangelverwaltungssysteme. Sie sind somit ein Feigenblatt der Klinikbetreiber, um scheinbar objektiv eine Qualität zu belegen, die Beschäftigte und Patienten immer weniger wahrnehmen.



Die Forderungen des Konzernbetriebsrats der Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH

Von der Konzerngeschäftsführung der Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH fordern wir:

- Abschluss von Tarifverträgen mit ver.di und dem Marburger Bund, die tatsächlich die jeweiligen Beschäftigtengruppen vertreten, in allen Konzernbetrieben.
- Tarifverträge mit DGB-Gewerkschaften für bestehende Servicegesellschaften und Tochterunternehmen.
- Beendigung der Zerschlagung von Betriebs- und Mitbestimmungsstrukturen durch Outsourcing, Werkverträge oder Leiharbeit. Das Asklepios-Motto ‚Gemeinsam für Gesundheit‘ heißt für uns auch, die Möglichkeit zu schaffen, dass alle im einem Krankenhaus tätigen Gewerke zu einem Betrieb gehören und entsprechend durch einen starken Betriebsrat vertreten werden.
- Gute Schichtbesetzung mit qualifiziertem Pflegepersonal.
- Einhaltung bestehender Personalbemessungssysteme (z. B. PsychPV).
- Drastische Senkung der vom Eigentümer Dr. gr. Broermann und der Konzerngeschäftsführung erwarteten Gewinnmargen.
- Maßnahmen zur Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und des Mitarbeitervertrauens im Rahmen des CSR (Corporate Social Responsibility – unternehmerische Sozialverantwortung).
- Übernahme von sozialer Verantwortung, die es durch Schaffung von guten Arbeitsbedingungen ermöglicht, dass Mitarbeiter – auch mit gesundheitlichen Einschränkungen – bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters beschäftigt bleiben.



Von der Politik fordern wir:

- Gesellschaftlich ist es nicht akzeptabel, dass Klinikkonzerne, die sich aus öffentlichen Steuermitteln und Sozialversicherungsbeiträgen finanzieren, durch die Verweigerung von Tarifverträgen und Mitbestimmungsstrukturen einen wirtschaftlichen Vorteil erlangen. Steuermittel und Beiträge aus Sozialversicherungen dürfen nur die Krankenhausträger erhalten,
 - die Tarifverträge mit ver.di, Marburger Bund und anerkannten DGB-Gewerkschaften für alle im Betrieb vertretenen Beschäftigtengruppen abgeschlossen haben,
 - durchgehende Mitbestimmungsstrukturen gem. BetrVG nachweisen können,
 - prekäre Beschäftigungsverhältnisse wie Leiharbeit, Werkverträge oder sachgrundlose Befristungen ausschließen.

- Der Konkurrenzkampf der Kliniken darf nicht auf Kosten des Personals erfolgen. Wir fordern nachdrücklich eine gesetzliche Personalbemessung, die die Arbeit im Krankenhaus für die Beschäftigten zumindest erträglich macht und die Sicherheit der Patienten gewährleistet.

Die am 7.3.2017 herausgegebenen Empfehlungen der Expertenkommission ‚Pflegepersonal im Krankenhaus‘ müssen zügig umgesetzt werden. Die Spitzenorganisationen der Krankenhäuser und der Krankenkassen sind jetzt in der Verantwortung, sich schnell auf Personaluntergrenzen zu verständigen. Verbindlicher Maßstab dafür muss die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und der Pflegequalität für die Patienten in den Krankenhäusern sein – beides bedingt sich gegenseitig. Darüber hinaus müssen alle im Krankenhaus beteiligten Berufsgruppen berücksichtigt und der Personalschlüssel verbessert werden.

- Erträge aus der Erstattung der Kostenträger für Krankenhausleistungen dürfen nicht zur Finanzierung von Investitionen missbraucht werden. Sie dienen der Finanzierung von Personal- und Sachkosten. Investitionen und Ausbau von Kliniken sind im erforderlichen Umfang durch die Länder zu tragen.
- Kein steuerlicher Vorteil für Konzerntöchter, in die immer weitere Leistungen und Gewerke ausgegliedert werden, um Tarifverträge und Mitbestimmungsrechte zu unterlaufen.
- Strikte staatliche Kontrolle der Arbeitsbedingungen und der Einhaltung von Arbeitsschutzgesetzen in allen Kliniken. Es ist nicht akzeptabel, dass Lenkzeiten von beruflichen Kraftfahrer*innen kontrolliert werden, Arbeitszeitverstöße in Kliniken aber weitgehend unsanktioniert bleiben.

Der Konzernbetriebsrat der Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH vertritt mehr als 32.000 Beschäftigte im Gesundheitswesen. Mit diesen gemeinsam setzen wir uns für die Durchsetzung unserer Forderungen ein:

Gemeinsam für Gute Arbeit!