

Einleitung

Was wir mit dieser Broschüre wollen

Die deutsche Krankenhauslandschaft wurde in den letzten 20 Jahren zu einem Sektor des Gesundheitsmarktes umgebaut. Die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) ab 2003/04 haben die Krankenhausfinanzierung tiefgreifend verändert. Krankenhäuser werden nicht mehr nach ihrem Bedarf finanziert, sondern durch marktformige Steuerung auf der Basis eines Festpreissystems.

Dafür wurde die kostendeckende Finanzierung über Jahrzehnte ideologisch und politisch delegitimiert. Neoliberale Politik hatte eine simple Antwort auf die medizinisch/pflegerischen und politischen Probleme, die das System der Selbstkostendeckung in seiner konkreten Ausgestaltung hatte: »Mehr ökonomischer Wettbewerb, mehr Markt!« Versprochen wurde in diesem Zusammenhang auch eine Senkung der Krankenhausaussgaben.

Mehr als 20 Jahre nach der Weichenstellung für die Wettbewerbsorientierung und mehr als zehn Jahre nach Einführung der DRGs sind die Auswirkungen dieser politischen Entscheidungen deutlich sichtbar:

- Während das Versprechen der Kostensenkung nachweislich nicht eingelöst wurde, wurden zehntausende Stellen im nicht-ärztlichen Bereich abgebaut.
- Die Arbeitsbedingungen haben sich massiv verschlechtert. Durch Outsourcing ist ein großer Niedriglohnsektor in Krankenhäusern geschaffen worden. Die enorme Arbeitsverdichtung (»Produktivitätsreserven«) sorgt massenhaft für physische und psychische Überlastung der Beschäftigten.
- Unter diesen Arbeitsbedingungen leidet auch die Sicherheit der Patientinnen und Patienten: Fehlende Zeit für die Einhaltung von Hygienevorschriften, fehlende Zeit für pflegerische Versorgung und Zuwendung bedeuten für die PatientInnen schlechtere Bedingungen für die Krankheitsbewältigung – bis hin zum (vermeidbaren) Tod.
- Medizinische und pflegerische Entscheidungen sind zunehmend betriebswirtschaftlichen Zwängen – d.h. der Ökonomisierung – ausgesetzt:
 - Die Zahlen der Eingriffe und Prozeduren steigen kontinuierlich, in manchen Bereichen drastisch. Dieser Anstieg ist nur zum Teil mit medizinischem Fortschritt und demografischem Wandel zu erklären. Es sind die ökonomischen Anreize im DRG-System, die Mengenausweitungen in bestimmten Bereichen hervorrufen.
 - Durch die betriebswirtschaftlich-technokratisch betriebene Senkung der Verweildauer werden PatientInnen häufig zu früh entlassen. Die Konsequenzen dieser sogenannten »blutigen Entlassungen« tragen die PatientInnen, pflegende Angehörige, niedergelassene ÄrztInnen und Reha-Einrichtungen, die immer öfter nicht-rehabfähige PatientInnen aus Krankenhäusern bekommen.
- Unter diesen Bedingungen ist es kein Wunder, dass über »Fachkräftemangel« in der Pflege geklagt wird. Die Attraktivität des Pflegeberufs für junge Menschen hat abgenommen, viele halten die Belastung nur einige Jahre aus und wechseln dann den Beruf. Aber anstatt die Arbeitsbedingungen zu verbessern, gefährdet die deutsche Gesundheitspolitik die Gesundheitssysteme von Entwicklungs- und Krisenländern, indem sie systematische Anwerbeprogramme für ausgebildete Fachkräfte aus diesen Ländern betreibt.
- Krankenhäuser wurden politisch zu einem Geschäftsmodell umgebaut, was besonders in der Entwicklung der Trägerschaft zum Ausdruck kommt: Es gibt heute nur noch halb so viele öffentliche Krankenhäuser wie 1991, aber doppelt so viele in privater Trägerschaft; öffentliche Häuser drohen zu Exoten in der Krankenhauslandschaft zu werden, wenn kein wirksamer Druck gegen die Kommerzialisierung entsteht.
- Trotz staatlicher Steuereinnahmen in Rekordhöhe verweigern die politisch Verantwortlichen eine ausreichende Finanzierung von Investitionen. So wird auch in öffentlichen Häusern die betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Rechnung als oberste Maxime der »Unternehmensführung« durchgesetzt. Bei wirtschaftlicher Schieflage droht Schließung oder Verkauf.

Die Kritik an den Auswirkungen der marktformigen Steuerung ist bei allen Akteuren des Gesundheitswesens und in der Öffentlichkeit präsent. Auch die Kritik am System selbst nimmt zu. Bei den politischen EntscheidungsträgerInnen herrschen aber ungebrochen marktradikale Orientierungen vor, sie singen weiter das Hohelied von Markt und Wettbewerb. Dies wurde auch im 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) deutlich: Die Antwort auf die wesentlich durch den Wettbewerb produzierten Probleme lautet: Noch mehr Wettbewerb!

Die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern um die niedrigsten Kosten (Kellertreppeneffekt) wird durch die Umsetzung des KHSG verschärft werden. »Marktaustritte«, d.h. Schließungen von Krankenhäusern sind explizit gewollt, wie schon bei der

Einführung der DRGs. Diese werden aber ausschließlich anhand von ökonomischen Kriterien stattfinden, der Versorgungsbedarf spielt keine Rolle. Der »Strukturfonds« im KHSG dient als Abwrackprämie – Schließungen werden wirtschaftlich subventioniert und sie treffen überwiegend kleine Krankenhäuser der Grundversorgung im ländlichen Bereich.

Durch Zu- und Abschläge bei »Qualität« (wie auch immer sie definiert werden soll) wird die marktförmige Steuerung ausgebaut, obwohl die problematischen Anreizwirkungen bestehender Systeme bekannt sind. Durch den Einstieg in Selektivverträge wird die Planungshoheit der Länder noch weiter ausgehöhlt (was vom Bundesrat entsprechend kritisiert wird) und ein Einstieg in ein flexibles Preissystem vorbereitet: Selektivverträge zwischen Krankenhäusern und Kassen statt Festpreise. 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. Zwar ist der Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) auch vor dem OLG Stuttgart mit seiner Klage gegen die Subventionierung des Klinikums Calw durch die Kommune gescheitert, dennoch wird damit gerechnet, dass diese Frage letztlich vor dem Europäischen Gerichtshof entschieden wird.

Die Ökonomisierung der Krankenhäuser kann nicht innerhalb des DRG-Systems zurückgedrängt werden. Innerhalb des krankenhauspolitischen Feldes ist Kritik am DRG-System zwar noch leise. Die in diesem relativ abgeschotteten Bereich dominierenden politischen und strategischen Orientierungen haben in der Bevölkerung und bei Beschäftigten aber nur einen sehr geringen Rückhalt und sind kaum zustimmungsfähig. Die überwältigende Ablehnung der Teilprivatisierung der Dresdener Krankenhäuser in einem Volksentscheid 2012 oder die breite öffentliche Zustimmung zum Berliner Charité-Streik für mehr Personal und die große Unterstützung ähnlicher Kämpfe in verschiedenen Städten in der Bundesrepublik sind hierfür deutliche 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 erster Schritt 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.

Diese Broschüre soll ein Teil dieses Vorhabens sein.

Sie steht auch als pdf-Datei zur Verfügung unter:

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>