

# Weckruf für die Gesundheitspolitik

Coronakrise verschärft Pflegenotstand in Krankenhäusern, eröffnet aber auch die Möglichkeit, Reformen einzufordern

**Kalle Kunkel (Berlin), hat als Gewerkschaftssekretär die Streiks zur Personalbemessung am Uniklinikum Charité mitorganisiert. Er ist in der Kampagne »Krankenhaus statt Fabrik« aktiv.**

## In voller Länge online

Der Text von Kalle Kunkel ist eine gekürzte, aktualisierte Version eines Artikels, den er zuerst für die überregionale Wochenzeitung *der Freitag* geschrieben hat. Der Beitrag ist seit dem 24. März auf der *Freitag*-Website zu lesen: [www.freitag.de/autoren/der-freitag/ein-weckruf-fuer-die-krankenhauspolitik](http://www.freitag.de/autoren/der-freitag/ein-weckruf-fuer-die-krankenhauspolitik)

**Der Pflegenotstand ist nicht erst seit dem Ausbruch des Coronavirus ein heikles Thema. Die Krise verschärft bestehende Probleme – eröffnet aber auch die Möglichkeit, bedarfsorientierte Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens einzufordern.**

Der Niedergang der Krankenhauspflege verlief über zwei wichtige Stationen: 1997 wurde die letzte Form von Personalbemessung abgeschafft, weil sie – so die Begründung im Gesetzentwurf – der angestrebten marktförmigen Steuerung der Krankenhäuser im Weg stand. 2003/04 wurden dann die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) eingeführt. Damit war die Pflege endgültig zu einem Kostenfaktor im Preissystem degradiert. Dem Kahlschlag fielen rund 50.000 Pflegestellen zum Opfer, während die Patientenzahlen seit Einführung der DRGs stetig anstiegen.

Strategisches Ziel der DRG-Einführung war es, eine marktgesteuerte Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft – also Kapazitätsabbau – in Gang zu setzen. Die Zahl der Krankenhausstandorte wie der Klinikbetten ging seit Ende der 1990er Jahre um etwa 15 Prozent zurück, jedoch waren die Betten auch in den Jahren zuvor schon in ähnlichen Dimensionen abgebaut worden.

Der Abwärtsspirale bei den Pflegestellen wurde erst politisch gegengesteuert, als sich Protest formierte. Nach großen Kampagnen in den Jahren 2008/09 und vor der Bundestagswahl 2013 brachten die jeweiligen Regierungen »Pflegeförderprogramme« auf den Weg, die jedoch nicht mit der Marktlogik brachen: Sie waren so angelegt, dass die Krankenhäuser für einen bestimmten Zeitraum zusätzliches Geld erhielten, um zusätzliche Stellen zu schaffen. Nach Auslaufen der Programme wurde das zusätzliche Geld einfach auf die allgemeinen Preise für die Fallpauschalen aufgeschlagen – die Zweckbindung also aufgehoben. Von dem zusätzlichen Geld »im System« profitierten auch diejenigen Krankenhäuser, die gar keine zusätzlichen Pflegekräfte eingestellt hatten.

Da die Förderprogramme die Lage nicht entschärften, organisierte die Gewerkschaft Verdi zahlreiche Streiks für mehr Personal im Krankenhaus. Bundesgesundheitsminister Jens

Spahn (CDU) reagierte und brachte 2018 das »Pflegestärkungsgesetz« in den Bundestag ein. Dies stellt den ersten Ansatz eines Bruchs mit der marktformigen Steuerung der Krankenhäuser dar. Denn mit diesem Gesetz wurde die Finanzierung der Pflege aus den Fallpauschalen herausgelöst; seitdem werden alle real entstehenden Kosten im Pflegebereich den Krankenhäusern erstattet. Gewinne und Verluste sind damit im Bereich der Pflegefinanzierung nicht mehr möglich. Zugleich wurden sogenannte Personaluntergrenzen eingeführt – also Personalvorgaben für wenige Bereiche, die jedoch von Verdi und den Berufs- und Patientenverbänden als völlig unzureichend kritisiert werden.

Nachdem der Pflegenotstand nicht mehr von der Hand zu weisen war, entdeckten Ideologen flächendeckender Kapazitätsreduzierung in diesem eine Chance, um Bettenabbau weiter zu legitimieren. Den Ton gab 2016 ein Diskussionspapier der Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) vor, wonach Deutschland im europäischen Durchschnitt 35 Prozent zu viel an Bettenkapazitäten habe: »Eine entsprechende Reduktion der Krankenhäuser, vor allem in Ballungsräumen, und die Aufstockung des medizinischen Personals in den verbleibenden Häusern würden zu adäquateren Patienten-Pflegepersonal-Zahlen führen und damit sowohl die Versorgungsqualität deutlich erhöhen als auch Überlastungen beim medizinischen Personal reduzieren.« Die von den Beschäftigten hart erkämpften Personalvorgaben drohen damit zum Argument für den Abbau von Klinikkapazitäten zu werden.

Dieser strategische Schachzug ist wirkmächtig, weil er ein reales Problem adressiert. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hat einen Teufelskreislauf in Gang gesetzt. Viele sind aus der Pflege ganz oder in die Teilzeit geflohen. Diese Menschen kommen nach 20 Jahren Enttäuschung nicht einfach zurück, weil ihnen der Gesundheitsminister versichert, er habe »verstanden«.

Zwar gab es einige Verbesserungen bei der Bezahlung der Pflege, und die Ausbildungskapazitäten werden aktuell ausgebaut. Dies muss zusammen mit weiteren Verbesserungen für die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte aber verstärkt werden.

**Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hat einen Teufelskreislauf in Gang gesetzt.**

Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist leergefegt. Die seit 2007 erfolgten Personalzuwächse konnten angesichts der weiter steigenden Patientenzahlen lediglich eine weitere Zunahme der Belastung verhindern. Vor diesem Hintergrund hat längst eine wilde Reduzierung von Bettenkapazitäten eingesetzt. Stationen werden ganz oder teilweise geschlossen, weil schlicht kein Personal vorhanden ist.

Eine emanzipatorische Antwort auf dieses Dilemma muss daher thematisieren, wie viel Leistung mit dem aktuellen Personal überhaupt zu erbringen ist. Es wäre möglich, für eine Verschnaufpause im System zu sorgen, wenn Fallzahlen in den Bereichen planmäßig reduziert würden, in denen sogar eher zu viel behandelt wurde und wird. Dafür ist es wichtig zu verstehen, dass ein erlösorientiertes Finanzierungssystem wie die DRGs zu einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung führt.

Denn in einem System, in dem die Leistung dem Geld folgt, werden Leistungen in den Bereichen reduziert, die keinen Erlös bringen (z.B. Pflege), aber in den Bereichen ausgeweitet, in denen Gewinne zu machen sind. So kam es seit Einführung der DRGs zu einem über die medizinische Notwendigkeit hinausgehenden Anstieg von Knie- und Hüftgelenkoperationen. Die ökonomisch bedingte Steigerung wird auch in der offiziellen DRG-Begleitforschung eingeräumt.

Hier wäre also Spielraum für eine planmäßige Reduktion der Fallzahlen, die zunächst keine Rationierung von notwendigen Maßnahmen bedeuten würde. Das Ziel wäre also nicht ein Abbau von Betten, sondern eine zeitweilige Reduzierung der Aufnahme von solchen Patient\*innen, bei denen es entweder Alternativen zur Krankenhausbehandlung gibt, oder bei denen längere Wartezeiten erträglich sind. Die Reduzierung eben der Behandlungen, bei denen eine ökonomisch motivierte Leistungsausweitung angenommen werden kann, bedeutet jedoch, genau die Bereiche herunterzufahren, mit denen die Krankenhäuser bisher ihr Geld verdient haben.

Ein solcher Schritt ist aber politisch heikel. Schließlich ginge er einher mit einer Einschränkung aktuell zur Verfügung stehender Gesundheitsleistungen, um diese langfristig durch den entsprechenden Personalaufbau zu sichern. Und in bestimmten Bereichen wie der Geburtshilfe wäre er gar nicht möglich.

Damit die Krankenhäuser sich also auf eine solche Leistungsreduzierung einlassen, müssten ihre Erlösausfälle zumindest so weit kompensiert werden, dass ihnen keine Defizite entstehen. Dies jedoch wäre eine massive Unterhö-

lung des DRG-Systems, dessen Kern ja gerade die Finanzierung pro »Fall« darstellt.

Die aktuelle Corona-Krise verschärft die bestehenden Probleme – und das zum Leidwesen der Beschäftigten und Patient\*innen. Aber sie eröffnet – so zynisch dies klingen mag – auch ein politisches Möglichkeitsfenster. Zur Bewältigung der Krise hat die Bundesregierung die Krankenhäuser nicht nur aufgefordert, alle verschiebbaren Behandlungen abzusagen, sondern auch eine Kompensation aller dadurch verursachten Erlösausfälle und Mehrkosten angekündigt. Die Erlösausfälle sollen aus Steuermitteln kompensiert werden, während die Krankenkassen für die Corona-bedingten Mehrkosten aufkommen sollen. Die Erlösorientierung des DRG-Systems ist damit de facto für die nächsten Wochen und Monate suspendiert – und möglicherweise auch langfristig delegitimiert.

Dass diese »Gefahr« von der herrschen-

den Politik durchaus gesehen wird, machte die Auseinandersetzung um die Umsetzung der gemachten Ankündigungen deutlich. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) forderte, das DRG-System bis Ende 2020 auszusetzen, legte das Gesundheitsministerium

ein Gesetz vor, mit dem dieses beibehalten wird, flankiert von einem komplizierten Kompensationssystem für Erlösausfälle und Mehrkosten. Das Ministerium – so scheint es – will den Systembruch unter allen Umständen verhindern. Die Krankenhäuser hingegen befürchten eine massive Ausweitung der Bürokratie.

Nach der Herausnahme der Pflegefinanzierung aus den DRGs sind diese erneut grundsätzlich umkämpft und praktisch delegitimiert. Es ist an den Gesundheitsarbeiter\*innen und ihren Organisationen, dieses Möglichkeitsfenster zu nutzen und ihre Beteiligung an einer demokratischen und bedarfsorientierten Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens einzufordern. In Berlin hat der Regierende Bürgermeister inzwischen eine Bundesratsinitiative zur Abschaffung der DRG angekündigt, nachdem dies in einer Petition von über 4.000 Krankenhausbeschäftigten gefordert wurde.

Es ist an der ganzen Gesellschaft, diese Auseinandersetzung als ihre Auseinandersetzung zu begreifen und die Gesundheitsarbeiter\*innen zu unterstützen. Im Kampf um mehr Personal am Berliner Uniklinikum Charité wurde der Slogan »Mehr von uns ist besser für alle« geprägt. In diesem Geist haben die Tarifrunden nach Corona das Potential, zum gesellschaftlichen Plebiszit für eine gute öffentliche Daseinsvorsorge zu werden.

Es ist an der ganzen Gesellschaft, diese Auseinandersetzung als ihre Auseinandersetzung zu begreifen und die Gesundheitsarbeiter\*innen zu unterstützen.

## »Krankenhaus statt Fabrik«

Den Impuls gab eine Tagung: 2015 gründete sich in Berlin das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«. Dabei sind u.a. die Organisation Attac, der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, drei Landesfachbereiche der Gewerkschaft Ver.di sowie einige PolitikerInnen der Partei Die Linke. Ihr gemeinsames Ziel, laut Selbstdarstellung: »Krankenhäuser sollen Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, keine Wirtschaftsunternehmen. Krankenhausplanung und -finanzierung sind öffentliche Aufgaben, die politischer Planung und Steuerung bedürfen. Wir brauchen eine Bedarfsplanung der Krankenhausversorgung, in die alle Akteure des Gesundheitswesens einbezogen werden.« Seine Positionen beschreibt das Bündnis ausführlich in der Broschüre *Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser. Kritik und Alternativen*. Die 5., auf nun 208 Seiten erweiterte Neuauflage ist im April erschienen, direkt nach dem Vorwort folgt der Beitrag »Das Coronavirus und die deutsche Krankenhausmisere«.

Die Broschüre steht auf der Webseite des Bündnisses zum Lesen und Download bereit: [www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53187](http://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53187)

Gedruckte Exemplare gibt es auch, anzufordern per E-Mail: [info@krankenhaus-statt-fabrik.de](mailto:info@krankenhaus-statt-fabrik.de)