

# Krankenhausbeschäftigte in Aufruhr

## Gründe, Hintergründe und Perspektiven

Von Axel Hopfmann

### Notwendige Vorbemerkung

Dieser Beitrag sollte vor allem leicht verständlich und nicht zu lang werden. Aus diesem Grund fehlen Hinweise auf Literatur, Belege, Zitate. Außerdem werden technische Details der Krankenhausfinanzierung stark vergrößert dargestellt. Teilweise so holzschnittartig, dass Genauigkeitsfanatiker es für falsch halten können. Aber darauf kommt es nicht an, denn der Teufel steckt **nicht** im Detail, sondern im grundlegenden Strickmuster. Das wird korrekt erläutert.

Die Bewegung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist eine längst überfällige Reaktion auf das Elend, das dort herrscht. Hier soll nicht das Elend beschrieben werden, sondern wie es dazu kam und was dagegen getan werden kann.

### Krankenhausfinanzierung: Interessanter als gedacht

Hinter den Veränderungen der Krankenhausfinanzierung steckt nicht weniger als eine Revolution. Nur, dass es kaum jemand gemerkt hat. Die Veränderungen haben zu den Zuständen geführt, wie wir sie heute in den Kliniken vorfinden. Grund genug, sich ein wenig mit der Geschichte dieser nur scheinbar trockenen Materie zu beschäftigen. Grob lässt sich die Geschichte in vier Phasen unterteilen.

#### 1. Phase: „Kameralistik“ (bis 1972)

Krankenhäuser waren in dieser Zeit überwiegend staatlich (wenn nicht kirchlich), d.h. Dienststellen der Gesundheitsbehörden. Die Krankenkassen zahlten für ihre Versicherten für jeden Tag im Krankenhaus einen bestimmten Betrag, den Pflegesatz. Der reichte bei weitem nicht aus, die tatsächlichen Kosten eines Krankenhauses zu bezahlen. Was fehlte, wurde dann vom Staat dazu gegeben.

#### 2. Phase: Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegesatzverordnung (1973 bis 1995)

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde dieses System geändert. Zunächst unterschied es zwischen Investitionskosten und laufenden Kosten. Das nennt sich „duale Krankenhausfinanzierung“. Dieses Prinzip gilt bis heute. Die Investitionskosten werden vom Staat, d.h. aus Steuern, finanziert. Das gilt auch für private Krankenhauskonzerne. Die laufenden Kosten wurden vollständig den

Krankenkassen aufgebürdet. Diese Verschiebung ließ die Kosten der Krankenkassen von einem Jahr auf das andere sprunghaft ansteigen. Die Mär von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen war geboren, obwohl nichts explodiert war, sondern nur verschoben wurde. Seither ist auch nichts explodiert, sondern die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung belaufen sich seit Jahrzehnten auf gut 6% des Bruttoinlandsprodukts. (Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen auf gut 10%) Die „Kostenexplosion“ wurde dennoch zur gebetsmühlenartig wiederholten Begründung für alle Grausamkeiten im Gesundheitswesen.

Die Art, wie die laufenden Kosten von den Krankenkassen gedeckt wurden, war bemerkenswert einfach und könnte glatt gegenüber dem heutigen System als Bürokratieabbau empfohlen werden. Die Kosten, die im Laufe eines Jahres angefallen waren, wurden einfach durch die Zahl der Belegungstage dividiert. (Eine Patientin oder ein Patient ein Tag im Krankenhaus macht einen Belegungstag). Heraus kam der Pflegesatz, d.h. der Betrag, der dann von den Krankenkassen für jeden Tag, den ihre Versicherten im Krankenhaus verbringen, an das Krankenhaus gezahlt wird. Damit wurden die entstandenen Kosten im Wesentlichen gedeckt, aber es gab auch keine Möglichkeit für das Krankenhaus, mehr zu bekommen. Mit anderen Worten: Ein Krankenhaus privat zu betreiben, war uninteressant. In der Tat waren private Kliniken in der Zeit eine Ausnahmeerscheinung, die sich auf wenige Nischen beschränkte.

Trotz der bemerkenswerten Stabilität der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei guten 6% des Bundesinlandsprodukts wurde dieses System als kostentreibend verunglimpft. Dabei gab es tatsächlich ein Problem damit, das aber lieber zugunsten der Mär von der Kostenexplosion verschwiegen wurde: Bruttoinlandsprodukt und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stiegen parallel an, aber Krankenkassenbeiträge sind nun mal überwiegend Lohnbestandteile. Und hier liegt der Hase im Pfeffer: Seit Mitte der 70er Jahre sank die Lohnquote, d.h. der Anteil der Löhne am gesamten Reichtum der Gesellschaft. Damit musste das System, das aus Lohnbestandteilen finanziert wurde, unter Druck geraten. Eine anteilmäßig konstante Beteiligung der LohnempfängerInnen am Bruttoinlandsprodukt hätte das zwar vermieden, aber es gab mächtige Interessen, die weder das wollten, noch dieses Problem an die große Glocke hängen mochten.

### **3. Phase: Fallpauschalen und Sonderentgelte (1995 bis 2000)**

Mit der ideologischen Begleitmusik wurde zur Zeit des Gesundheitsministers Horst Seehofer die kommende Phase eingeläutet. Die heilige Kuh hieß „Beitragsstabilität“, weil die Unternehmen im Standort Deutschland ja nicht durch steigende „Lohnnebenkosten“ belastet werden sollten. Deswegen wurde den Krankenhäusern eine Budgetdeckelung verordnet. „Budgetdeckelung“ heißt, dass

das Budget aller Krankenhäuser nicht schneller steigen darf, als die Grundlohnsumme. Weil die Krankenkassenbeiträge ja nun überwiegend Lohnbestandteile sind, bedeutete das nichts anderes, als die Krankenhausaussgaben an die Einnahmesituation der Krankenkassen zu koppeln. Diese Budgetdeckelung gilt bis heute.

Die entscheidende Wende bestand allerdings noch in etwas anderem: Das Kostendeckungsprinzip wurde Schritt für Schritt abgeschafft. Der Übergang zu einem System, bei dem Leistungen über Preise vergütet werden, begann. Zunächst mit einem Mischsystem aus Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen, das aber unerwünschte Nebenwirkungen aufwies und deswegen wieder verlassen wurde. Die Einzelheiten müssen hier allerdings nicht erläutert werden.

#### **4. Phase: Diagnosis Related Groups (DRGs, von 2000/2004 bis heute)**

Ab 2000 begann die Umstellung auf ein System von Preisen anstelle des Kostendeckungsprinzips. In der Übergangszeit zwischen 2000 und 2004 durften die Krankenhäuser noch wählen, ab 2004 war es Pflicht, nach dem neuen System abzurechnen. Mit der Ablösung des Kostendeckungsprinzips konnten erstmals in der Geschichte Krankenhäuser sowohl Pleite machen als auch Gewinne. Deswegen begann 2000 die Privatisierungswelle mit allen ihren Folgen. Damit wird auch deutlich, dass sie durchaus politische Absicht war. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung hatte genau diesen Zweck.

Um die Folgen beurteilen zu können, lohnt es sich, einen Blick auf die Funktionsweise dieses Systems zu werfen.

Im ersten Schritt wird der Basisfallwert (engl. *base-rate* - BR) gebildet. Dazu werden alle Krankenhausaussgaben durch die Zahl aller Fälle geteilt. Dabei kommen die durchschnittlichen Ausgaben pro KrankenhauspatientIn heraus. Derzeit in der Größenordnung zwischen 4.000 und 4.500 Euro. Dieser Durchschnitt bekommt einen Index: Die Zahl 1.

Alle Patienten in Krankenhäusern werden in eine der über 1.000 DRGs eingeordnet. Eine DRG besteht unter anderem aus einer Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Alter, Behandlungsschlüssel nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) ... Dazu kommt das relative Fallgewicht. Das relative Fallgewicht (FG) sagt, welchen Wert diese DRG im Vergleich zur *base-rate* hat. Also das 12-fache, das 0,5-fache oder ähnlich. Je höher das relative Fallgewicht (FG), desto aufwändiger die PatientInnen mit dieser DRG. Das relative Fallgewicht (FG), multipliziert mit der *base-rate* (BR) ist also der Geldbetrag, den die betreffende DRG wert ist ( $BR \times FG$ ).

Es wird noch ein weiterer Zwischenschritt eingeschoben, dessen Sinn sich erst später erschließt. Es wird der „Case-Mix-Index“ (CMI) ermittelt. Das ist der Durchschnitt aller relativen Fallgewichte (FG) der DRGs eines Krankenhauses.

Der Case-Mix-Index (CMI) aller Krankenhäuser zusammen ist folgerichtigerweise wieder 1. Der CMI eines Krankenhauses sagt etwas darüber aus, wie aufwändig (oder schwer krank) die PatientInnen dort sind. Ein Krankenhaus der Maximalversorgung wird daher in der Regel einen deutlich höheren CMI haben, als ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung.

Das Budget eines Krankenhauses (im Abrechnungszeitraum) ist jetzt das Produkt aus Case-Mix-Index, base-rate und Fallzahl ( $CMI \times BR \times FZ$ ). Aber eine weitere Schleife gibt es noch, weil ja seit 1995 der Budgetdeckel gilt. Die weitere Schleife ist nötig, weil die Case-Mix-Indizes die Neigung haben zu steigen. Denn die Bevölkerung wird im Schnitt immer älter und kränker. Dazu gibt es Effekte, die durch Anreize der DRGs zustande kommen (dazu später mehr). Deswegen wird die base-rate nach dem Budget aller Krankenhäuser bestimmt. Die Formel wird umgestellt, dabei berücksichtigt, dass der CMI aller Krankenhäuser immer 1 ist, und heraus kommt, dass sich die base-rate einfach als die Division des Gesamtbudgets durch die gesamte Fallzahl aller Krankenhäuser berechnen lässt. Fertig ist der Budgetdeckel.

## **Folgen für die und in den Krankenhäusern**

Wenn ein Krankenhaus den CMI steigert, bekommt es vielleicht mehr Geld, aber das geht nur auf Kosten der anderen. Mit anderen Worten: Es ist eine Konkurrenz unter den Krankenhäusern entstanden, bei der es um das wirtschaftliche Überleben geht. Es wird versucht, allen Patienten eine möglichst teure DRG zu verpassen. So kann durch die Vertauschung von Haupt- und Nebendiagnosen u.U. eine wertvollere DRG herausspringen. Fallmanager in den Krankenhäusern sind darauf geeicht, solche Möglichkeiten zu finden. Die Dokumentation wird immer wichtiger, nicht wegen der Nachvollziehbarkeit von Diagnostik und Behandlung, sondern vor allem, um an das Geld der Versicherten heranzukommen. Gleichzeitig wird versucht, möglichst viele Fälle zu behandeln, die für das Krankenhaus günstig sind. Werden viele gleichartige Fälle behandelt, wird es für das Krankenhaus lukrativer. Ein Vorstand einer großen Hamburger Krankenhausgruppe sagte das einmal ganz unironisch so, dass die Krankenhäuser von der Einzelfertigung zur Serienfertigung übergehen müssten. Eine Folge ist, dass für lukrative Eingriffe die Indikationen gerne sehr weit gestellt werden, um mehr davon machen zu können. Ein berühmtes Beispiel ist die Wirbelsäulenchirurgie, die eine Zunahme der Eingriffe verzeichnet, die sich nicht allein medizinisch erklären lässt. Bei weniger lukrativen Krankheiten verhält es sich umgekehrt. Damit ist die kuriose Situation entstanden, dass Über- und Unterversorgung nebeneinander existieren.

Auf der anderen Seite müssen, um das wirtschaftliche Überleben zu sichern, Kosten gespart werden, wo es nur geht. Am besten geht es beim Personal, das an den Gesamtkosten einen Anteil von gut zwei Dritteln hat. Dort wiederum beim Pflegepersonal. Denn Ärzte generieren Fälle (von denen das Krankenhaus

möglichst viele braucht), Pflegekräfte nicht. Der Personalabbau besonders im Bereich der Pflege ist so leicht zu erklären. Das hat für das Personal die Folge, dass es schon seit Jahren über der Belastungsgrenze arbeitet. Für die Patienten wird es irgendwann richtig gefährlich.

Befürworter des DRG-Systems nennen als Vorteil die Vergleichbarkeit der Kosten. Zu Zeiten der Pflegesätze konnten die Kosten pro Behandlungsfall zwar als Durchschnittswert eines Krankenhauses ermittelt werden. Das nützte aber gar nichts, weil Krankenhäuser nun einmal unterschiedlich aufwändige Patienten versorgen. Der CMI erlaubt nun gerade, die unterschiedlichen Schweregrade herauszurechnen. Weil der CMI aber auch für jede Station eines Krankenhauses festgestellt werden kann, lassen sich damit die Fallkosten der Stationen innerhalb eines Krankenhauses vergleichen. Das erlaubt den Geschäftsführungen eine einfache Berechnung, welche Stationen lukrativ und welche potentiell verlustbringend sind. Die nicht lukrativen werden dann zur Schließung empfohlen, oder noch einfacher: Man lässt die Stationen untereinander in Wettbewerb darum treten, welche erhalten bleiben dürfen. Die Folgen für das Klima lassen sich mit wenig Phantasie ausmalen.

### **Warum ist das so passiert? Versuch einer gesundheitsökonomischen Erklärung.**

Gesundheit im Kapitalismus bedeutet vor allem Arbeitsfähigkeit. Das drückt sich sprachlich darin aus, dass wir mit einer „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ bei der Arbeit krankgeschrieben werden. Kranke Beschäftigte sind für Unternehmen teuer. Es gibt damit ein Interesse des Kapitals an gesunden Beschäftigten. Je mehr Aufwand betrieben wurde, um die Arbeitskräfte auszubilden, umso größer dieses Interesse. Das Gesundheitswesen im Kapitalismus ist damit vor allem ein Reparaturbetrieb für die Ware Arbeitskraft. Die Einzelkapitalisten, welche diesen Reparaturbetrieb brauchen, können das nicht. Zumal, wenn es um etwas so aufwändiges wie Krankenhäuser geht. Es wäre für sie auch schlicht zu teuer. Vor allem im Hinblick auf die Konkurrenz untereinander. Wenn ein Allgemeininteresse des Kapitals mit den Einzelinteressen in Konflikt gerät, ist das ein klassischer Fall für eine Staatsaufgabe. So war es denn auch von der Mitte des 19. bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts. (Vor der Mitte des 19. Jahrhunderts gab es Krankenhäuser in unserem Sinne noch nicht).

### **Sparpolitik von Anfang der 70er bis Mitte der 90er Jahre**

In der Bundesrepublik der Nachkriegszeit gab es damit auch keine Probleme. Es gab das „Wirtschaftswunder“ und damit den Glauben an eine krisenfreie „soziale Marktwirtschaft“, welche wie durch Zauberhand den krisengeschüttelten Kapitalismus ersetzt zu haben schien. Diese Euphorie bekam erst durch die Rezession von 1967, dann durch die Krise 1974/75 einen deutlichen Dämpfer. Die

wirtschaftliche Krise war auch eine Krise der akademischen Volkswirtschaftslehre. Ende der 60er Jahre begannen die ersten Ökonomen darüber nachzudenken, dass das Gesundheitswesen ja auch Geld kostet. Mit anderen Worten: Gesundheitsausgaben haben die Wirkung, die Durchschnittsprofitrate zu senken. Das wirkt krisenverschärfend. Damit mussten die Gesundheitsausgaben runter. Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre glaubten die Wirtschaftspolitiker noch daran, dass durch richtiges Verhalten des Staates Krisen vermieden oder zumindest zu relativ harmlosen Rezessionen abgeschwächt werden könnten. (Es gibt welche, die glauben immer noch daran, aber das ist eine andere Geschichte.) Da war es folgerichtig, die Staatsausgaben steuernd einzusetzen, auch die für das Gesundheitswesen. In Zeiten, in denen die Durchschnittsprofitrate unter Druck ist, bedeutet das erst mal zu sparen. Die Mär von der Kostenexplosion war schnell erfunden und durch die Umschichtung vom Staat zu den Krankenkassen auch scheinbar gerechtfertigt.

### **Privatisierung des Krankensektors ab Mitte der 90er Jahre**

Das Sinken der Durchschnittsprofitrate ist ein Anzeichen dafür, dass es eine Überproduktion gibt. Die bemisst sich freilich nicht an den menschlichen Bedürfnissen, sondern daran, ob die Produkte auch profitabel verkauft werden können, d.h. daran, ob das Kapital sich profitabel verwerten lässt. Es ist eben nicht nur eine Überproduktion von Waren für Endverbraucher, sondern auch eine Überproduktion von Kapital. Überschüssiges Kapital sucht nach profitablen Anlagemöglichkeiten. Damit liegt der nächste Trick für die Gesundheitspolitik auf der Hand: Das kostenträchtige Krankenhauswesen wird zu einem neuen Zweig der Kapitalverwertung. So geschehen seit Mitte der 90er Jahre.

### **Wie geht es weiter?**

Heute (2017) gilt der Gesundheitsmarkt als der dynamischste und am schnellsten wachsende Markt. Es ist absehbar, dass hier riesige Kapitalmengen angehäuft werden, die immer schwieriger zu verwerten sind. Nur eine Anekdote am Rande, aber schon Ausdruck dieses Problems ist, dass der Eigner eines großen Krankenhauskonzerns sich ein Luxushotel gekauft hat. Krankenhauskonzerne investieren ihre Gewinne, was in der dualen Krankenhausfinanzierung zwar systemwidrig ist, aber irgendwo müssen die Gewinne ja hin. Sie gehen vor allem in Erweiterungsinvestitionen, in Gebäude und medizinische (Groß-)geräte. Ebenso absehbar wie die Anhäufung von Kapital in dem Sektor ist daher auch, dass überflüssige Eingriffe zunehmen werden. Das Ideal des kapitalistischen Krankheitsbehandlungssystems (von einem Gesundheitswesen zu sprechen erscheint unangemessen) ist die Behandlung aller Menschen, auch der gesunden. Es werden ständig neue Krankheiten erfunden oder Befindlichkeitsstörungen zu behandlungsbedürftigen Krankheiten erklärt. Aber das hat alles seine Grenzen, womit klar ist, dass Pleiten auch großer Krankenhausverbände bevorstehen.

## **Wie daraus doch noch etwas Gutes werden kann. Perspektiven der Bewegung der Pflegekräfte**

Die Pflegekräfte haben sich in Bewegung gesetzt. Das ist einigermaßen überraschend, weil es keine gewerkschaftliche Tradition und (fast) keine Kampferfahrung gibt.

### **Besonderheit der Forderung**

Dazu kommt, dass die Forderung etwas ganz besonders ist: Nicht um bessere Bezahlung oder mehr Urlaub geht es, sondern um mehr Personal. In den Fachzeitschriften für Krankenhausmanager wird laut Klage darüber erhoben, dass dies ein Eingriff in die unternehmerische Freiheit sei. Die Klage ist berechtigt. Hier stehen das Wohlergehen von Patientinnen und Beschäftigten im Gegensatz zur unternehmerischen Freiheit, und diese wird mit dieser Forderung zu Recht angegriffen. Den meisten Beschäftigten, selbst unter den AktivistInnen, dürfte das nicht einmal klar sein. Dennoch ergibt sich durch diese Forderung die Möglichkeit eine Dynamik auszulösen, die über die bestehenden Verhältnisse hinausweist. Vorausgesetzt, dass noch andere Faktoren hinzukommen.

### **Besonderheit der Streiktaktik**

Eine weitere Besonderheit der Bewegung der Krankenhausbeschäftigten steckt in der Streiktaktik. Die AktivistInnen haben ein Netz von „TarifberaterInnen“ gebildet. Jede Einheit hat solche KollegInnen, die sich treffen, sich über die Situation in den Tarifverhandlungen informieren lassen, diese Informationen wieder in ihre Einheiten zurückspielen, dort diskutieren und die Meinung an der Basis wieder zur Tarifkommission transportieren. Dabei sind die TarifberaterInnen nicht einmal immer Gewerkschaftsmitglieder. Diese Struktur mag aus der Schwäche der gewerkschaftlichen Organisation in den Krankenhäusern entstanden sein, tatsächlich handelt es sich um eine besondere Stärke der Bewegung. Einmal wird dadurch gewährleistet, dass es immer eine aktive Beteiligung der Basis an allen Verhandlungen und Aktionen gibt. Zum anderen ist dadurch eine organisatorische Struktur geschaffen worden, die alle Beschäftigte erfasst und potentiell eine Gegenmachtstruktur darstellt. Dies wird wichtig werden, wenn es darum geht, die Einhaltung eines erstrittenen Tarifvertrages auch zu überwachen und Verstöße der Krankenhausleitung schnell und wirksam zu sanktionieren. Diese Kontrollfunktion dürfen die Beschäftigten auf gar keinen Fall aus der Hand geben, sollen ihre Bemühungen auf Dauer Erfolg haben. Auf Dauer etabliert und demokratisch verfasst, können solche Organe auch in allen anderen Situationen Gegenmacht der Beschäftigten entfalten können. Früher wurden solche Organe auch „Räte“ genannt, und sie haben eigentlich immer dann, wenn den Herrschenden ihre Macht erfolgreich streitig gemacht wurde, eine entscheidende Rolle gespielt.

### **Voraussetzungen für den Erfolg**

Die Hoffnung besteht, dass auch in anderen Branchen Kämpfe um ähnliche Forderungen und mit ähnlichen Kampfaktiken entstehen. Denn die Probleme gibt es überall. Dabei sind die Kämpfe der Krankenhausbeschäftigten vorbildlich.

Allerdings kann das Ganze nur dann Erfolg haben, wenn in diesen Gegenmachtoorganen auch das Bewusstsein dafür, dass es um die Macht geht, entsteht. Sonst werden die Errungenschaften früher oder später wieder zurückgedrängt. So ein Bewusstsein wird voraussichtlich jedoch nicht spontan entstehen. Dafür braucht es eine politische Kraft, die sich sowohl diese Aufgabe stellt, als auch dazu in der Lage ist, sie zu bewältigen. Daran fehlt es derzeit (noch).

Der Autor ist Ver.di-Mitglied und Teil des SprecherInnenkreises des Hamburger Bündnisses für mehr Krankenhauspersonal ([www.pflegenotstand-hamburg.de](http://www.pflegenotstand-hamburg.de))