

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG



APPLAUS IST NICHT GENUG

**Mythen, Probleme und Kämpfe
rund um das Krankenhauswesen
in Corona-Zeiten**

luxemburg argumente

Mit der Corona-Pandemie ist die Gesundheitsversorgung ins Zentrum gesellschaftlicher Debatten gerückt wie lange nicht mehr. Wie unter einem Brennglas zeigten sich in der Pandemie die massiven strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitswesens. Zwar sind die Krankenhauskapazitäten in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch, es fehlt aber an Pflegepersonal und einer bedarfsgerechten Finanzierung. Auch die Organisation und die für uns Patient*innen so wichtige Kooperation zwischen verschiedenen Teilen und Einrichtungen des Systems sind mangelhaft bzw. überhaupt nicht vorgesehen. Zudem traf der Corona-Ausbruch den armgesparten öffentlichen Gesundheitsdienst völlig unvorbereitet. Besonders drastische Defizite zeigten sich beim Schutz der Bewohner*innen von Pflegeheimen und Sammelunterkünften, von Gefängnisinsassen oder Menschen, die ohne Obdach auf der Straße leben (müssen).

Wir stehen also vor einem Berg von Problemen, die es zu lösen gilt, und sind gleichzeitig mit einer Debatte konfrontiert, die von Mythen und ideologischen Argumenten, von Halbwahrheiten und der Verdrehung von Fakten geprägt ist. Denn es geht hier um viel Geld, um mächtige Interessen, um mehr als zehn Prozent aller Beschäftigten im Land und um einen gesellschaftlichen Bereich, der immer noch nicht vollständig kapitalistischen Verhältnissen unterworfen ist.

Wir greifen in dieser Broschüre einige Kontroversen und Streitpunkte auf, die im Zuge der Corona-Pandemie noch eine größere Brisanz erhalten haben. Die meisten beziehen sich auf die Situation in den Krankenhäusern, auf die Art, wie diese finanziert und organisiert werden. Denn das hat drastische Auswirkungen auf die konkrete Versorgung und die dortigen Arbeitsbedingungen. Wir wollen dabei genauer hinschauen und fragen: Wer kritisiert was am gegenwärtigen System? Welche Diagnosen werden gestellt, welche Therapien bzw. Lösungen werden angeboten und welche Interessen stecken hinter diesen Vorschlägen? Zugleich bedarf es Überlegungen und Konzepte, wie wir die Gesundheitsversorgung solidarischer und gerechter gestalten können. Es ist höchste Zeit, sich mit Argumenten und Reformvorschlägen für die Debatten und Kämpfe rund um das Krankenhaus- und Gesundheitswesen zu wappnen, die sich in nächster Zeit noch zuspitzen werden. Diese Broschüre will Orientierung, Anregungen und Hilfestellung dafür bieten.

INHALT

1	Angeblich ist nicht genug Geld da	2
2	Die Tücken des Fallpauschalensystems in der Corona-Krise	10
3	Der Streit um die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip	18
4	Weniger Krankenhäuser – schneller gesund?	27
5	Markt, Preise und Trägervielfalt – vom Grundgesetz garantiert!?	33
6	Pflegepersonal: «Mehr von uns ist besser für alle»	38

ANGEBLICH IST NICHT GENUG GELD DA

«Pandemie verschärft wirtschaftliche Probleme der Krankenhäuser»¹

«Es wird eine Phase der Sparsamkeit auf Kliniken zukommen.»

Boris Augurzky, Gesundheitsökonom am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)²

«Krankenkassen warnen vor Milliardenlücke.»³

Seit mindestens 40 Jahren ist in Deutschland von einer «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen die Rede. Die Ausgaben würden rasant und immer steiler ansteigen und deutlich über denen anderer Länder liegen. Je nach ökonomischer Situation verläuft die Debatte über die Finanzierungsprobleme mal mehr, mal weniger aufgeregt. Und seit genauso langer Zeit halten etwa Gewerkschaften und Kritiker*innen der These, das deutsche Gesundheitssystem sei zu teuer, dagegen. Sie weisen darauf hin, dass dessen Kosten über die Jahre in etwa genauso schnell gewachsen sind wie der gesellschaftlich produzierte Reichtum, also wie das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Es gab nur zwei Jahre, in denen das BIP schrumpfte (aber natürlich nicht das Gesundheitswesen): das Jahr 2008/09 als Folge der großen Weltwirtschaftskrise und das Jahr 2020 als Ergebnis des Lockdowns im Zuge der Corona-Pandemie.

Es ist also wenig überraschend, dass gerade jetzt wieder die Debatte über zu hohe Kosten hochkocht. Gesundheitsökonom Jürgen Wasem etwa prognostizierte im Frühjahr 2021 eine Finanzierungslücke bei den Krankenkassen von 19 Milliarden Euro. Seinen Schätzungen zufolge müsste der Zusatzbeitrag bei den gesetzlichen Krankenkassen auf 2,5 Prozent erhöht

¹ Pandemie verschärft wirtschaftliche Probleme der Krankenhäuser, in: Deutsches Ärzteblatt, 29.12.2020, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/119759/Pandemie-verschaerft-wirtschaftliche-Probleme-der-Krankenhaeuser. ² «Es wird eine Phase der Sparsamkeit auf Kliniken zukommen», Interview mit Professor Boris Augurzky, in: Ärzte Zeitung, 7.10.2020, unter: www.aerztezeitung.de/Podcasts/Kliniken-Es-wird-eine-Phase-der-Sparsamkeit-auf-uns-zukommen-413523.html. ³ Der Spiegel, 10.3.2021.

werden, um diese Lücke zu schließen. «Das aber wäre tödlich für die Wirtschaft.»⁴ Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) scheint darauf bereits reagiert zu haben. Am 4. Mai war in der Presse zu lesen, dass er für das Jahr 2022 eine Aufstockung des Gesundheitsfonds um 12,5 Milliarden Euro aus Steuermitteln plant, was ein Rekordwert wäre.⁵ Die für das laufende Jahr 2021 festgestellte Unterdeckung von 16 Milliarden Euro wurde durch die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags von 1,1 auf fast 1,3 Prozent und durch die Rücklagen der Krankenkassen noch nicht ausgeglichen, sodass mittelfristig «nur höhere Steuerzuschüsse infrage kommen, wenn die Ausgaben nicht gekürzt werden sollen».⁶

Präzise Aussagen über Gesundheitsausgaben lassen sich immer nur mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung treffen. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes vom 6. April 2021⁷ beliefen sie sich in Deutschland im Jahr 2019 auf 410,8 Milliarden Euro oder 4.944 Euro pro Einwohner*in (2018: 390,6 Milliarden Euro, 4.712 Euro pro Einwohner*in). Das entspricht rund 11,9 Prozent des BIP (2018: 11,7 Prozent). Gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit steht Deutschland in der Europäischen Union an vierter Stelle, gemessen an der Wirtschaftsleistung an erster Stelle. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist kein Grund zur Panik, denn der Anteil des BIP, der in Deutschland für das Gesundheitswesen aufgewendet wird, beträgt seit Jahren zwischen 11 und 12 Prozent. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen wachsen also parallel zum BIP.

Für das Jahr 2020 schätzt das Statistische Bundesamt, dass die Ausgaben unter dem Einfluss der Corona-Pandemie auf 425,1 Milliarden Euro gestiegen sind. Es sei allerdings derzeit schwierig, einen coronabedingten Anteil an den geschätzten Gesundheitsausgaben zu ermitteln. Sicher weiß man aber schon, dass knapp 1,6 Milliarden Euro aus den Reserven

4 Ökonom Wasem: Kostenanstieg in der GKV muss gebremst werden, in: Ärzte Zeitung, 23.4.2021. **5** Krankenkassen sollen 2022 Rekordzuschuss vom Bund erhalten, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 4.5.2021, unter: www.faz.net/aktuell/wirtschaft/corona-krankenkassen-sollen-2022-rekordzuschuss-vom-bund-erhalten-17325066.html. **6** Ebd. **7** Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben im Jahr 2019 auf über 400 Milliarden Euro gestiegen, Pressemitteilung Nr. 167 vom 6.4.2021, unter: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21_167_236.html.

des Gesundheitsfonds gebraucht wurden, von denen «rund 700 Millionen Euro für Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser für die Bereitstellung von intensivmedizinischen Betten und Beatmungsgeräten, gut 491 Millionen Euro für Schutzmasken nach der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung sowie knapp 286 Millionen Euro für Tests im Sinne der Coronavirus-Testverordnung» ausgegeben wurden. Hinzu kommen weitere coronaspezifische Ausgaben in Höhe von knapp einer Milliarde Euro sowie Ausgleichszahlungen für pandemiebedingte Einnahmeausfälle beispielsweise von Krankenhäusern oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Höhe von etwa 10 Milliarden Euro, die weitestgehend der Bund übernommen hat.⁸ Weitere Berechnungen zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland für das Jahr 2020 können erst angestellt werden, wenn für die Ausgabenträger detailliertere Daten vorliegen.

4

Corona wirkt sich also in vielfältiger Weise auf die Finanzierung des Gesundheitswesens aus. Dabei können wir heute nur erahnen, an welchen Spätfolgen Covid-19-Erkrankte leiden werden und wie aufwendig diese auch langfristig versorgt werden müssen. Was außerdem noch hinzugerechnet werden muss, sind die indirekten Auswirkungen der Pandemie wie steigende Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit und sinkende Haushaltseinkommen, die sich in verringerten Krankenkassenbeiträgen und Steuereinnahmen und damit einer höheren Staatsverschuldung niederschlagen werden. Laut Schätzungen der Bundesbank⁹ wird die Verschuldung Deutschlands 2021 auf knapp 75 Prozent des BIP steigen (2019 lag sie noch bei 59 Prozent des BIP). Für 2022 musste die Bundesregierung ihre Schätzung für die Nettokreditaufnahme auf 99,7 Milliarden Euro nach oben korrigieren.¹⁰ All dies lässt längerfristig das Geld in den öffentlichen Haushalten knapper werden, denn die Schulden müssen zurückgezahlt werden. Dies wird den Druck auf die Sozialsysteme und insbesondere das Gesundheitswesen noch einmal enorm erhöhen.

⁸ Alle Zitate und Zahlen in diesem Absatz aus: ebd. ⁹ Deutsche Bundesbank: Monatsbericht Mai 2021, unter: www.bundesbank.de/resource/blob/866780/738ffabd4954debc0191af80ac21a468/mL/2021-05-oeffentliche-finanzen-data.pdf. ¹⁰ Bund macht 2022 fast 100 Milliarden Euro Schulden, in: Handelsblatt, 21.6.2021, unter: www.handelsblatt.com/politik/deutschland/bundeshaushalt-bund-macht-2022-fast-100-milliarden-euro-schulden/27307312.html.

Die Situation erinnert zum Teil an die Phase nach der Weltwirtschaftskrise von 2007/08, als vor allem die hochverschuldeten Staaten in Südeuropa von der EU im Gegenzug für finanzielle Hilfen zu drastischen Einschnitten bei Löhnen, Sozialleistungen sowie Arbeitnehmerrechten gezwungen wurden. Die Gesellschaften Italiens, Spaniens, Portugals und ganz besonders Griechenlands sind bis heute von den Folgen dieser brutalen Austeritätspolitik gezeichnet. In Griechenland haben sich Gesellschaft und Wirtschaft nie wieder richtig erholt, große Teile der Bevölkerung sind verarmt, die öffentlichen Gesundheitssysteme wurden weiter geschwächt. Dass «Sparprogramme töten», zeigte bereits 2013 eine Studie am Beispiel Griechenlands.¹¹ Nun schien es in der Corona-Pandemie zunächst so, als habe die Politik aus diesem Desaster etwas gelernt: Niemand in Deutschland oder der EU spricht mehr von den Schulden Griechenlands, obwohl die Staatsverschuldung heute dort noch höher ist. Im Gegenteil: Zur Bekämpfung von Corona und den Folgen der Lockdowns wurden großzügig EU-Gelder und -Kredite vergeben.

Aber wir sollten uns davon nicht täuschen lassen. Die Auseinandersetzung darüber, wer die von der Corona-Krise verursachten Schulden zurückzahlen wird und wie, hat schon begonnen und sie wird in Deutschland spätestens nach den Bundestagswahlen 2021 Fahrt aufnehmen. Die Forderungen nach Krankenhausschließungen, die bereits vor der Corona-Pandemie aufkamen (siehe hierzu Kapitel 4), werden wieder lauter werden, genauso wie die Stimmen derjenigen, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen auf den Prüfstand stellen wollen. Die Reserven der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind aufgebraucht, erste Krankenkassen erhöhen bereits den Zusatzbeitrag. Aber das wird nicht reichen. Bald werden Leistungskürzungen zur Diskussion stehen.

Das Problem bei den öffentlichen Debatten um das Geld im Gesundheitswesen ist, dass nur bestimmte Lösungsansätze in Betracht gezogen werden. Die Argumentation bzw. das gängige Prozedere sieht (seit Jahrzehnten) so aus: Angesichts der «ex-

11 Stuckler, David/Basu, Sanjay: Sparprogramme töten. Die Ökonomisierung der Gesundheit, Berlin 2014.

plodierenden» Kosten müssen die Krankenkassen die (Zusatz-) Beiträge erhöhen. Da dies aber auch den Arbeitgeberanteil und damit die Unternehmen trifft, sind diesen Erhöhungen aus sogenannten Wettbewerbsgründen Grenzen gesetzt. Von daher kommt als nächster Vorschlag, die Leistungen zu beschränken, neue Zuzahlungen für die Versicherten einzuführen oder zu erhöhen, Krankenhäuser zu schließen und Ähnliches. Das sind die Rezepte, die man bald wieder aus den Schubladen kramen wird. Für diese Debatte müssen wir uns jetzt schon rüsten.

Alternative Ansätze

Es gibt Beispiele aus der jüngsten Geschichte, die zeigen, wie wichtig es ist, in Krisenzeiten nicht am Gesundheitswesen zu sparen. So widersetzte sich die Regierung von Malaysia 1998 während der sogenannten Asienkrise den Sparauflagen des Internationalen Währungsfonds und erhöhte stattdessen die Gesundheitsausgaben des Landes. Sie stiegen zwischen 1998 und 1999 um acht Prozent.¹² Die Konsequenz war eine geringere Verarmung der Bevölkerung, eine bessere Gesundheitslage und eine schnellere Überwindung der Krise. Genau zehn Jahre später, 2008, machte es ihnen die isländische Regierung nach. Anstatt den Staatshaushalt auf Kosten der weniger wohlhabenden Bevölkerung zu sanieren, setzte man auf eine Verstaatlichung der Banken und auf Maßnahmen, um die isländische Binnenkonjunktur zu stärken. Die Regierung erhöhte die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitssystem zwischen 2007 und 2009 um 20 Prozent, unter anderem um damit auf den durch den Währungsverfall ausgelösten Anstieg der Arzneimittelpreise zu reagieren. Dementsprechend blieben die Menschen in Island von einer Schwächung des Gesundheitswesens verschont.¹³

Diese Beispiele machen deutlich: Selbst in besonderen Krisensituationen ist Politik niemals alternativlos. Wir wollen es an dieser Stelle aber nicht bei einem Plädoyer für höhere Gesundheitsausgaben belassen, sondern halten es grundsätzlich für durchaus sinnvoll, über Einsparmöglichkeiten nachzudenken. Wenn es um die Ausgabenseite geht, wird gegenwärtig viel

12 Vgl. hierzu ebd., S. 75. 13 Ebd., S. 98f.



zu wenig über die medizinische Überversorgung in bestimmten Bereichen gesprochen. So erleben wir seit der Einführung der Fallpauschalenfinanzierung der Krankenhäuser (siehe hierzu Kapitel 2) einen Anstieg an Operationen zum Beispiel in der Orthopädie, der nicht allein medizinisch begründet ist, sondern mit einem schlechten finanziellen Anreizsystem zusammenhängt. Zudem wird ein nicht unbeträchtlicher Teil der Kassenbeiträge für die (Steigerung der) Profite privater Unternehmen verschwendet. Inzwischen ist mehr als ein Drittel aller Krankenhäuser in der Trägerschaft von zum Teil international agierenden Konzernen, die jeweils stattliche Anteile der Einnahmen als Profite für sich beanspruchen. Im ambulanten Sektor erleben wir gerade, dass große Finanzinvestoren beginnen, Arztsitze in lukrativen Sparten aufzukaufen, um hier kapitalistisch organisierte Versorgungsketten aufzubauen (siehe hierzu Kapitel 2 und 5). Zudem ist es wichtig, endlich bedarfsgerechter zu planen, denn aktuell haben wir zum Beispiel in den reicheren Stadtvierteln eine medizinische Überversorgung, während in ärmeren Stadtvierteln und auf dem Land Arztpraxen fehlen, obwohl die Zahl der tätigen Ärzt*innen von Jahr zu Jahr wächst.

Was die Einnahmenseite betrifft, so bedarf es dringend Maßnahmen, die zu einer gerechteren Lastenverteilung führen. Neben einer Vermögensabgabe oder «Reichensteuer» wäre die Einführung einer solidarischen Krankenversicherung oder Bürgerversicherung ein großer Schritt in Richtung mehr Umverteilung und mehr Solidarität.¹⁴ In eine solche solidarische Krankenversicherung müsste die gesamte Wohnbevölkerung einbezogen werden, die Private Krankenversicherung (PKV) würde abgeschafft (mit Übergangsregelungen für privat Versicherte) und Personen ohne Einkünfte wären beitragsfrei zu versichern. Um die Finanzierungsgrundlage zu stärken, müssten alle Einkommen und alle Einkommensarten in voller Hö-

14 Entsprechende Modellrechnungen finden sich in Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik: Beitragssatzefekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer «Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung». Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin 2017. Selbst die Bertelsmann Stiftung plädiert für eine Zusammenlegung von PKV und GKV. Diese würde alle Beitragszahler*innen entlasten. Vgl. Ochmann, Richard/Albrecht, Martin/Schiffhorst, Guido/IGES Institut: Geteilter Krankenversicherungsmarkt Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte, hrsg. von der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2020.

he «verbeitragt» werden, die Beitragsbemessungsgrenze (die 2021 bei jährlich 58.050 Euro Bruttolohn bzw. monatlich 4.837,50 Euro lag) müsste also aufgehoben und das Prinzip der paritätischen Kostenübernahme durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer (beide tragen zu gleichen Teilen die kompletten Beiträge für die GVK) wieder eingeführt werden. Es gäbe für die Versicherten keine Zuzahlungspflichten und Zusatzbeiträge mehr, der Leistungskatalog, in dem festgelegt ist, welche medizinische Krankenbehandlung als notwendig und angemessen gilt, wäre für alle einheitlich und würde das medizinisch Notwendige beinhalten. Mit der Einführung einer solchen Bürgerversicherung würde das Solidarprinzip ausgeweitet und könnte sichergestellt werden, dass der gesamte gesellschaftliche Reichtum stärker als in der Vergangenheit zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen wird. Selbst wenn die Ausgaben pandemie- und/oder krisenbedingt weiter steigen sollten, könnte somit der Beitragssatz für die meisten Einkommensklassen stabil gehalten oder sogar gesenkt werden. Durch eine solidarische Gesundheitsversicherung ließen «sich die Beiträge um mindestens 2,3 Prozentpunkte reduzieren, wie es in einem [...] Gutachten der Linken im Bundestag heißt. Bei einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze wären es sogar 3,5 Prozent.»¹⁵

Ähnlich sollte die Pflegeversicherung neu strukturiert werden: Das heißt, Pflegeleistungen sollten genauso wie Leistungen der Gesundheitsversorgung ab dem ersten und kleinsten Bedarf gewährt werden und nicht erst beim Erreichen des sogenannten ersten Pflegegrads. Aktuell bekommt man Leistungen aus der Pflegeversicherung erst, wenn man nachweisen kann, dass man eine bestimmte Anzahl an Minuten am Tag Hilfe braucht. Und diese Hilfe ist wiederum gedeckelt, das heißt, man bekommt sie nur in Höhe einer bestimmten Geldsumme. Alles, was darüber hinaus an Kosten entsteht, muss die oder der zu Pflegenden selbst tragen. Dieses derzeit gültige Teilkaskomodell mit verschiedenen Pflegegraden und massiven privaten

¹⁵ Gutachten: Solidarische Gesundheitsversicherung würde Beiträge reduzieren, in: Deutsches Ärzteblatt, 12.7.2021, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/125503/Gutachten-Solidarische-Gesundheitsversicherung-wuerde-Beitraege-reduzieren?rt=6d864d43fa54f7fb3f1c274f81660f3b; www.linksfraktion.de/themen/dossiers/solidarische-gesundheits-und-pflegeversicherung/.

Zuzahlungen, das die Ärmeren benachteiligt, muss durch eine Vollversicherung ersetzt werden. Nach vorliegenden Studien und Modellrechnungen würden sich die finanziellen Mehrbelastungen hierfür in Grenzen halten.¹⁶ Man könnte das Problem der krisenbedingten Ausweitung der Kosten der Gesundheitsversorgung und -prävention und der Pflege also über eine Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums angehen.

2

DIE TÜCKEN DES FALLPAUSCHALENSYSTEMS IN DER CORONA-KRISE

«Unser Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser steht erstens für eine umfassende Patientenorientierung, zweitens für eine umfassende Mitarbeiterorientierung, drittens für eine umfassende Qualitätssicherung und viertens für eine umfassende Effizienzverbesserung.»

10

Horst Schmidbauer, Abgeordneter der SPD, in Bundestagsdebatte¹⁷

«... eine pauschale Finanzierung ermöglicht eine gewisse unternehmerische Freiheit, die wir brauchen, um Innovationen in das System zu bringen.»

Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)¹⁸

Als im Jahr 2020 im März die Corona-Pandemie Europa erreichte und in Norditalien in vielen Intensivstationen die Kapazitäten knapp wurden, wies die Regierung in Deutschland die Krankenhäuser an, Intensivbetten für die Behandlung von Covid-19-Patient*innen freizuhalten. Man sollte meinen, dass das in einem vergleichsweise gut ausgestatteten Gesundheitswesen wie dem deutschen kein großes Problem ist. War es aber. Denn die Finanzierung der Krankenhäuser ist hier vor mehr als

¹⁶ Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik: Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung, Hans Böckler Stiftung, Working Paper Forschungsförderung Nr. 150, Düsseldorf 2019. ¹⁷ Deutscher Bundestag: Stenographischer Bericht, 189. Sitzung, 26.9.2001, Plenarprotokoll 14/189, unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/14/14189.pdf>. ¹⁸ DKG: Krankenhäuser sollen sich in den Regionen besser abstimmen, in: Deutsches Ärzteblatt, 16.4.2021, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/123005/DKG-Krankenhaeuser-sollen-sich-in-den-Regionen-besser-abstimmen.

15 Jahren auf ein neues Abrechnungssystem umgestellt worden: Seit 2004 stehen alle Krankenhäuser in Konkurrenz zueinander und müssen ihre Betriebskosten (Personal- und Sachmittel) fast ausschließlich aus sogenannten diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups/DRG) erwirtschaften. Nach diesem System werden Patient*innen anhand von medizinischen Daten (Diagnosen, durchgeführten Behandlungen, Verweildauer etc.) und demografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht etc.) bestimmten Fallgruppen zugeordnet. Der Fokus liegt auf den abrechnungsfähigen Prozeduren. Je höher die DRG, desto höher der sogenannte Erlös, das heißt die Einnahmen für das Krankenhaus. Je nachdem, wie viele Kosten ein*e Patient*in verursacht, bleibt dem Krankenhaus davon ein Überschuss oder ein Verlust. Das Geld soll der Leistung folgen. Die Absicht dahinter war, über den Markt und die damit einhergehenden Sachzwänge die (kleinen) Krankenhäuser, die man für überflüssig hielt, aus dem Wettbewerb zu drängen, also zu schließen. Innerhalb eines solchen konkurrenzgetriebenen Preissystems ist es logisch, dass ein Krankenhaus nur Geld bekommt, wenn es Patient*innen versorgt. Geld für leere Betten, für die dennoch Personal, Material und Maschinerie vorgehalten werden müssen, sieht dieses System nicht vor. Es ist, als ob man die Feuerwehr nur für den Fall bezahlen würde, dass es tatsächlich brennt.

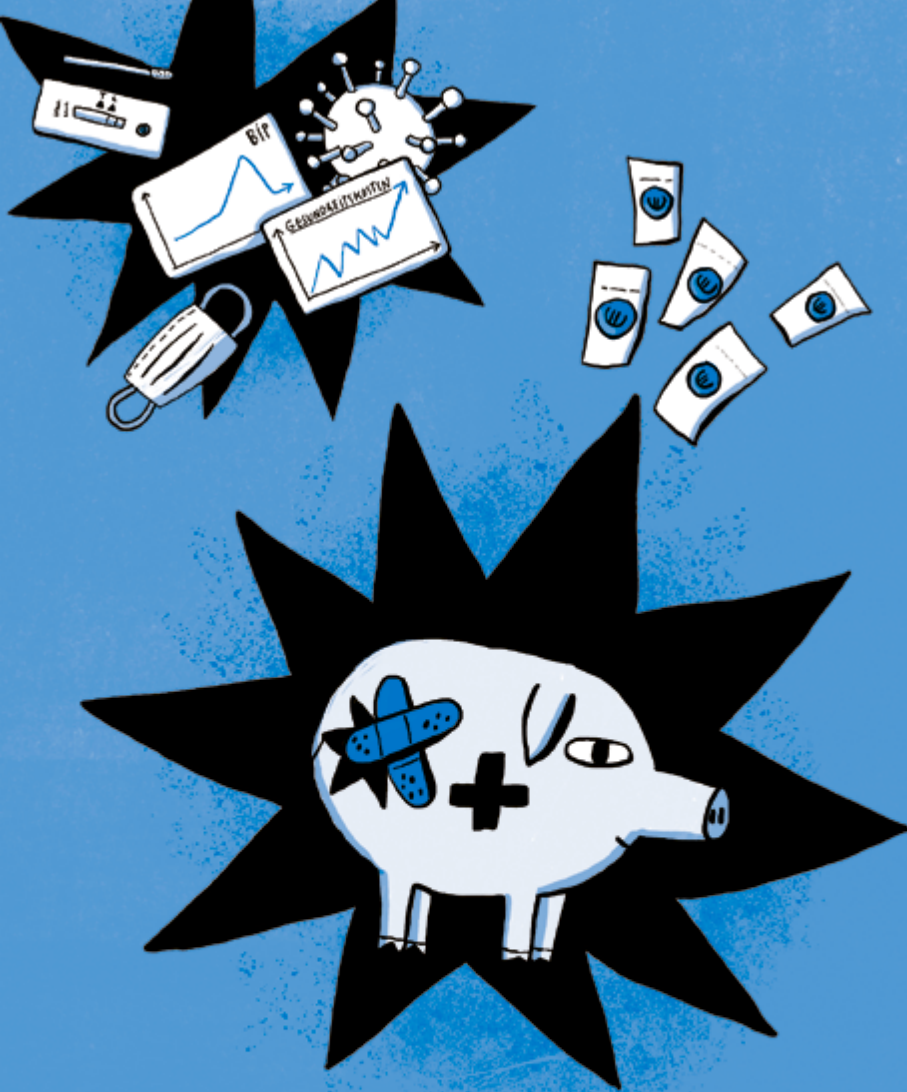
11

Kritiker*innen des DRG-Systems machen dieses schon seit Längerem für diverse Fehlentwicklungen und Verwerfungen verantwortlich: von chronischem Personalmangel besonders in der Pflege über eine Verschlechterung der Versorgungsqualität bis hin zur Überversorgung in bestimmten Bereichen und zur zunehmenden Privatisierung von Krankenhäusern. In der Corona-Pandemie erwies sich nun die Verschiebung hin zu einem preisgetriebenen Wettbewerb im Krankenhausesektor noch in weiterer Hinsicht als dysfunktional und bedrohlich. Es sind dabei vor allem drei Dynamiken hervorzuheben: Erstens verstärkte sich vielerorts der allgemeine Kostendruck noch und führte zu einem besonders sichtbaren Nebeneinander von Mangel und Geldverschwendung. Zweitens zeigten sich in der Krise die dramatischen Auswirkungen der bereits seit Langem existierenden Personalengpässe und drittens hat sich das gegenwärtig geltende Abrechnungssystem als hinderlich für eine

Steuerung der Krankenhaus- und Versorgungsressourcen im Sinne der Beschäftigten und Patient*innen erwiesen.

12 Mit steigenden Infektionszahlen in Deutschland und der Bereithaltung von Kapazitäten für an Corona Erkrankte gerieten zahlreiche Krankenhäuser sofort in finanzielle Schwierigkeiten, weil sie Operationen und andere Behandlungen absagen und damit erhebliche Einnahmeeinbußen hinnehmen mussten. Daraufhin schlug unter anderem die Deutsche Krankenhausgesellschaft vor, vorübergehend zum Selbstkostendeckungsprinzip (siehe hierzu Kapitel 3) zurückzukehren.¹⁹ Das Bundesgesundheitsministerium lehnte dies ab, führte stattdessen eine DRG für die Diagnose Covid-19 sowie eine sogenannte Freihaltepauschale ein,²⁰ was aber neue Fehlanreize setzte. Etliche Krankenhausbetreiber rechneten nun aus, in welchen Fällen (bei welchen Erkrankungen bzw. Behandlungen) es sich lohnte, Betten nicht zu belegen und dafür die Pauschale zu kassieren, und in welchen Bereichen die Fortführung des «Normalbetriebs» lukrativer war. Beides hat nichts mehr mit einer medizinisch orientierten Kapazitätssteuerung der knappen Krankenhausressourcen zu tun. Vor allem private Kliniken nutzten die neue Situation aus: So haben große Krankenhauskonzerne wie Helios oder Fresenius im Pandemiejahr 2020 satte Profite erwirtschaftet: Helios mit 89 Kliniken in Deutschland 600 Millionen Euro und Fresenius 4,6 Milliarden Euro Gewinn vor Steuern.²¹ Verlierer waren dagegen viele große Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, weil diese sogenannten Maximalversorger viel höhere Vorhaltekosten haben als zum Beispiel kleine Krankenhäuser oder spezialisierte Kliniken, und weil diese ihre Patientenzugänge nicht so gut steuern können. Eine Begleitstudie des «Expertenbeirats» des Bundesgesundheitsministeriums kommt zu dem Ergebnis: «Freigemeinnützige und private Krankenhäuser haben über-

19 DKG will DRG-System auf Eis legen, in: Bibliomed, 18.3.2020, unter: www.bibliomedmanager.de/news/40095-dkg-will-drg-system-auf-eis-legen; Krankenhäuser fordern Aussetzung des DRG-Systems bis zum Jahresende, in: Deutsches Ärzteblatt, 19.3.2020, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/111193/Coronakrise-Krankenhaeuser-fordern-Aussetzung-des-DRG-Systems-bis-zum-Jahresende; und noch mal im Januar 2021: Rettungsschirm: DKG fordert Liquiditätshilfen und Ganzjahresausgleich, in: Bibliomed, 26.1.2021. **20** Den Krankenhäusern wurden zunächst für jedes wegen der Krise frei gehaltene Bett pauschal 560 Euro pro Tag gezahlt – unabhängig von den realen Kosten. Vgl. Die drohende Überlastung der Krankenhäuser. Die Corona-Krise und das Fallpauschalensystem. Factsheet von Krankenhaus statt Fabrik, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53200. **21** Hamann, Götz/Polke-Majewski, Karsten: Helios Kliniken: Weniger Ärzte, hohe Gewinne, in: Die Zeit, 11.5.2021, unter: www.zeit.de/2021/20/helios-kliniken-corona-hilfen-stellenabbau-krankenhauskette-patienten.



durchschnittliche Erlössteigerungen realisiert, während Universitätskliniken Erlösrückgänge von bis zu -6,0% aufweisen.»²²

Es gibt noch weitere Verlierer*innen der aktuellen Entwicklungen im Krankenhaussektor. Dazu zählen insbesondere die Pflegekräfte. Bereits vor Ausbruch der Corona-Pandemie hatten die betriebswirtschaftlichen Anreize des DRG-Systems zu einem massiven Abbau von Personal und zu einer weiteren Leistungsverdichtung geführt. Da unter DRG-Bedingungen zum Beispiel Operationen in der Orthopädie und der Kardiologie besonders lukrativ sind, wurden viele solcher Abteilungen hochgerüstet, mit einem entsprechenden Ausbau der Intensiv- bzw. Intermediate-Care-Betten und einer wachsenden Zahl von Patient*innen. Die Beschäftigten, und hier vor allem das Pflegepersonal, werden dagegen zunehmend nur noch als Kostenfaktor angesehen. Der bereits in den 1990er Jahren begonnene Personalabbau beschleunigte sich noch einmal. Auf seinem Höhepunkt fielen diesem Kahlschlag bundesweit etwa 50.000 Pflegestellen zum Opfer (siehe hierzu Kapitel 6), während die Patientenzahlen seit Einführung der DRG immer weiter anstiegen. Beim Verhältnis von Pflegekräften zu Patient*innen bildet Deutschland seit Einführung der DRG im europäischen Vergleich klar das Schlusslicht: Hier muss eine Pflegefachkraft dreimal so viele Patient*innen versorgen wie zum Beispiel in Norwegen. Ein Missstand mit dramatischen Folgen für Patient*innen und Beschäftigte: Mit jedem zusätzlichen Patienten, um den sich eine Pflegekraft kümmern muss, steigt statistisch die Wahrscheinlichkeit, dass dieser innerhalb der ersten 30 Tage nach Aufnahme im Krankenhaus stirbt, um sieben Prozent.²³

Dem bereits längst an der Belastungsgrenze arbeitenden Pflegepersonal wurde während der Corona-Pandemie noch mehr abverlangt. So gaben zum Beispiel 88 Prozent der Befragten einer aktuellen Studie in Hamburg an, dass sie aufgrund von

22 www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Analysen_zum_Leistungs-geschehen_zur_Erloesssituation_von_Krankenhaeusern_und_zu_betroffenen_Patienten_und_ihrer_Versorgung_in_der_Corona-Krise.pdf **23** Aiken, Linda H. u. a.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study, in: *The Lancet* 9931, 2014, S. 1824–1830.

Zeitmangel Pflegebedürftige nicht mehr adäquat versorgen konnten. Jede*r Sechste der Befragten dachte darüber nach, den Beruf aufzugeben.²⁴ Aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Freihaltepauschalen (sie galten nur bis zum 30. September 2020 und wurden danach von einem «Klinik-Rettungsschirm» abgelöst²⁵) und weil es einen großen Nachholbedarf gab, liefen ab Herbst 2020 in vielen Kliniken die Operationen wieder auf Hochtouren. Zu diesem Zeitpunkt standen viele Häuser vor dem Dilemma, einerseits abwägen zu müssen zwischen verschiedenen medizinischen Anforderungen (den Bedürfnissen von Patient*innen mit und ohne Covid-Erkrankung) und der Notwendigkeit, die vorhandenen Ressourcen (vor allem das Personal) zu schonen. Ärzt*innen und Pfleger*innen, die schon während der ersten Covid-Hochphase überstrapaziert worden waren, gerieten jetzt wieder an ihre Grenzen.²⁶ Dies wiederholte sich im Frühjahr 2021. Christian Karagiannidis, Sprecher des Intensivregisters der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), wies um Ostern 2021 darauf hin, dass mehr als die Hälfte der Intensivstationen im Betrieb eingeschränkt sei wegen zu wenig Personal.²⁷ Laut eines Schreibens vom Robert Koch-Institut (RKI) gaben 70 Prozent der Intensivstationen für das Jahr 2020 an, «begrenzt oder komplett ausgelastet» gewesen zu sein. «Als vornehmlicher Grund der Einschränkung gilt der Personalmangel» und die «zunehmende Erschöpfung des Personals».²⁸

Stichwort Intensivregister: Auch wenn es in jedem Bundesland eine Landeskrankenhausplanung gibt, wusste noch im Frühjahr 2020 niemand genau, wie viele Betten in Deutschland wirklich für die Intensivbehandlung und Notfallpflege bereitstehen. Es gab bis dahin keine Pflicht für die Krankenhausbetreiber, diese Zahl zu melden. Erst mitten in der Pandemie wurde auf die Schnelle ein von der DIVI betreutes Intensivbetten-Register eingeführt, das täglich die Behandlungskapazitäten in der Inten-

24 <https://www.bibliomed-pflege.de/news/jede-sechste-pflegefachperson-denkt-ans-aufhoeren> **25** Die drohende Überlastung der Krankenhäuser. Die Corona-Krise und das Fallpauschalensystem. Factsheet von Krankenhaus statt Fabrik, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53200 **26** Ebd. **27** Intensivmediziner entsetzt über Chef der Krankenhausgesellschaft, in: Der Tagesspiegel, 4.4.2021, unter: www.tagesspiegel.de/wissen/lasst-uns-nach-hause-gehen-kollegen-intensivmediziner-entsetzt-ueber-chef-der-krankenhausgesellschaft/27065722.html. **28** Grill, Markus: «Monetäre Anreize» für falsche Angaben, unter: www.tagesschau.de/investigativ/wdr/intensivbetten-daten-101.html.

sivmedizin von etwa 1.300 Akut-Krankenhäusern in Deutschland erfasst.²⁹ Dennoch ist man in Deutschland noch weit davon entfernt, über die für eine bedarfsgerechte Planung benötigten Informationen, Kooperationsformen und Strukturen zu verfügen. Das ist auch schwierig, solange das Gesundheitswesen Markt- und Konkurrenzmechanismen unterworfen bleibt und immer mehr private Investoren und Konzerne es als lukratives Geschäftsfeld und nicht als wesentliche Säule der Daseinsvorsorge betrachten. Allein zwischen 2000 und 2018 ist in Deutschland der Anteil der Krankenhäuser in privater Hand von 22 Prozent auf 37 Prozent gestiegen.³⁰

Auch wenn Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern noch relativ glimpflich durch die ersten Corona-Wellen gekommen ist, so haben sich doch gewaltige Defizite und Verwerfungen gezeigt, von denen etliche auf das Finanzierungssystem der Krankenhäuser zurückgehen. Die negativen Auswirkungen von Preisen und Gewinnanreizen im System, so haben wir in den letzten Monaten beobachten müssen, verstärken sich in der Krise noch. Sie beeinträchtigen die Möglichkeit, von politischer Seite steuernd und planerisch in die Krankenhauslandschaft eingreifen zu können. Immer deutlicher ist auch in der öffentlichen Debatte geworden, dass ein System, in dem keine Vorhaltekosten übernommen werden, ungeeignet für die Finanzierung sozialer Infrastrukturen ist.

Hinter der Einführung der Fallpauschalen stand das Ziel, den Krankenhaussektor Marktmechanismen zu unterwerfen. Dazu wurde schon 1984 den Krankenhäusern ermöglicht, Gewinne zu erzielen (was vorher per Gesetz verboten war). Zur Scharfschaltung des Wettbewerbs wurden zudem alle gesetzlichen Regelungen zu Personalquoten abgeschafft und die DRG als Preissystem eingeführt, sodass alle Krankenhäuser unabhängig davon, wer der Eigentümer ist, wie Unternehmen auf einem Markt agieren mussten. Ob aber ausgerechnet die Krankenhäuser, die betriebswirtschaftlich besonders erfolgreich sind, auch die beste Qualität bieten, muss bezweifelt werden. Die Pande-

29 Vgl. www.intensivregister.de/#/index. 30 Vgl. Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, hrsg. von Nadja Rakowitz, Maintal 2020, S. 98 ff., unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53187.

mie hat diese Mängel des DRG-Systems noch einmal deutlich gezeigt. Daher hat auch die Anzahl der Stimmen, die dessen Abschaffung fordern, in den vergangenen Monaten zugenommen. Der Autor einer von der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebenen Studie hat das Problem des DRG-Systems sehr treffend auf den Punkt gebracht: Fallpauschalen folgen «nicht dem Leitbild eines Krankenhauses als sozialer Einrichtung der Daseinsvorsorge, sondern dem Vorbild eines Krankenhauses als Produktionsunternehmen, das Waren für einen Markt produziert und Gewinne erzielen muss, um wirtschaftlich zu überleben. [...] Für das DRG-System [kann] in keiner Weise der Anspruch erhoben werden, es sei ein vernünftig konstruiertes Vergütungssystem, das in der Lage ist, eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen.»³¹ Er plädiert zusammen mit anderen Akteuren aus Politik und Zivilgesellschaft, darunter die Partei DIE LINKE, ver.di, das Bündnis «Krankenhaus statt Fabrik», für eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip (siehe Kapitel 3).

Zu einem Zeitpunkt, an dem das DRG-System deutlich an Unterstützung verloren hat, böte sich die Chance, das Thema Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu einer «Gretchenfrage» des Bundestagswahlkampfes zu machen. Alle, die vorgeben, etwas aus der Pandemie gelernt zu haben, könnten dies mit der Unterstützung von Reformvorschlägen für das Gesundheitswesen unter Beweis stellen.

31 Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 196, Düsseldorf 2020, unter: www.boeckler.de/pdf/p_foe_WP_196_2020.pdf.

DER STREIT UM DIE RÜCKKEHR ZUM SELBSTKOSTENDECKUNGSPRINZIP

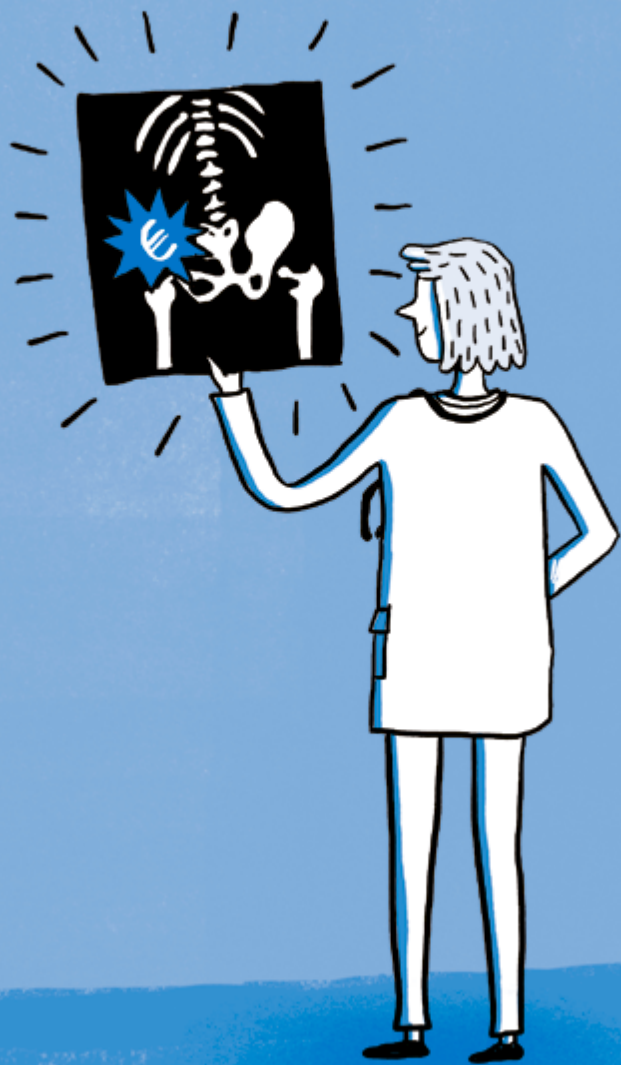
«Der Leiter der Abteilung «Krankenhäuser» des GKV-Spitzenverbandes, Wulf-Dietrich Leber, bezeichnete die Rückkehr in die Selbstkostendeckung als «eine Art Freibierregelung». Jeder könne beliebig viel ausgeben. «Das scheint uns keine nachhaltige Regelung zu sein», sagte Leber. Denn «nach dieser Regelung lohnt es sich für die Krankenhäuser wieder, Pflegekräfte Spiegel putzen zu lassen, weil sie billiger sind als die Putzkolonne.»³²

«Auch der Gesundheitsökonom Hartmut Reiners sieht in der Forderung nach einer Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip «eher Nostalgie als eine sachgerechte Perspektive». Das «Prinzip der warmen Betten» habe sich nicht bewährt. Kliniken dürften keine «ökonomiefreie Zone» sein.»³³

18

Mit dem Mythos der allgemeinen «Kostenexplosion» und den Verwerfungen des Fallpauschalensystems haben wir uns in Kapitel 1 und Kapitel 2 befasst. An dieser Stelle geht es um eine Auseinandersetzung mit einer Alternative der Krankenhausfinanzierung, dem Selbstkostendeckungsprinzip, insbesondere mit der Argumentation seiner Gegner*innen. Die Selbstkostendeckung war von 1973 bis 1985 die dominante Form der Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen.³⁴ Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser für jeden Behandlungstag einen Pauschalbetrag als Abschlagszahlung («tagesgleicher Pflege-

32 Lob und Kritik für geplanten Umbau der Krankenhausfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt, 27.6.2018, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/96098/Lob-und-Kritik-fuer-geplanten-Umbau-der-Krankenhausfinanzierung. **33** Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Thema Qualitätserhöhung der Krankenhausversorgung am 13.4.2016, unter: www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2016/kw15-pa-gesundheit-416978. **34** Unter dem Vorwand, die Ausgabenentwicklung in den Kliniken begrenzen zu wollen, wurden nach und nach wettbewerbsorientierte Strukturreformen eingeführt. Bis 1984 wurden die Betriebskosten den Krankenhäusern im Nachhinein erstattet (retrospektive Selbstkostendeckung), danach galten Budgetvereinbarungen, denen Annahmen zur Bettenbelegung und damit verbundenen Pflegekosten zugrunde lagen. Mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 kam es dann zu einer endgültigen Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips durch leistungsbezogene Vergütungen. Vgl. zur Chronologie der Finanzierung des Krankenhausystems das Kapitel «Geschichte der Krankenhausfinanzierung», in: Krankenhaus statt Fabrik, S. 17 ff..



satz») erhielten, der für jede*n Patient*in und für jede Abteilung unabhängig vom jeweiligen Behandlungsaufwand gleich war. Konsequenterweise war das Prinzip der Selbstkostendeckung mit dem Verbot für die Krankenhäuser verbunden, Gewinne zu erzielen. Hatte ein Krankenhaus Überschüsse erwirtschaftet, wurden diese im nächsten Jahr von den Pflegesätzen abgezogen, kam es zu Verlusten, wurde nachfinanziert. Nach Ablauf des Jahres mussten die Krankenhäuser ihre Kosten den Kassen offenlegen. Diese hatten sie vollständig zu übernehmen, soweit sie wirtschaftlich nachvollziehbar waren.

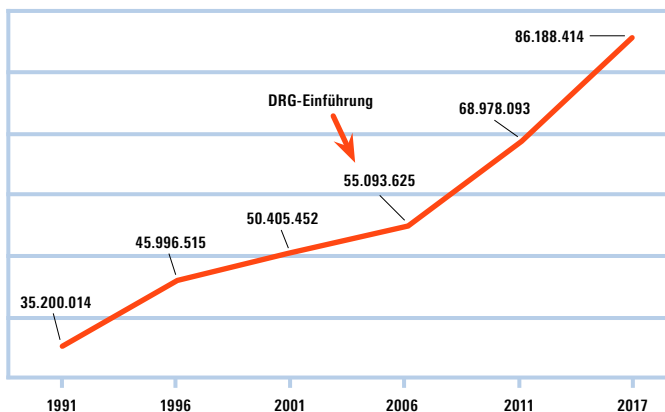
Begründet wurde die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips insbesondere damit, dass es Krankenhäusern keinerlei Anreize bot, ihre Effizienz zu steigern, und umgekehrt für besonders leistungsstarke und kostenbewusste Häuser keinerlei Belohnung vorsah. Obwohl es nicht zuletzt auf Druck der Beschäftigten und ihrer Gewerkschaften bereits vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie über die Einführung von Pflegebudgets wieder in das Krankenhaussystem zurückgekehrt ist,³⁵ wird diese Vergütungsform von vielen Ökonom*innen und Politiker*innen bis heute als unwirtschaftlich und intransparent kritisiert. Es leiste einer Selbstbedienungsmentalität bei den Krankenhausbetreibern und einer unkontrollierbaren Kostenentwicklung Vorschub. Ein weiterer Vorwurf lautet, es biete Anreize, die Verweildauer der Patient*innen unnötig auszuweiten, und befördere damit «Ressourcenverschwendung und Freiheitsberaubung».³⁶

Schauen wir uns diese Argumente einmal genauer an, zunächst das der unkontrollierbaren Kostenentwicklung und der Vorstellung vom Krankenhaus als «Selbstbedienungsladen»: Zum einen hatten die Krankenkassen schon immer das Recht (und nahmen dieses auch wahr), die Wirtschaftlichkeit der in den Krankenhäusern entstandenen Kosten überprüfen zu lassen. Zum anderen sprechen die Zahlen gegen eine finanziel-

35 Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz von 2018 legte fest, die Kosten für das Pflegepersonal im Krankenhaus aus dem Vergütungssystem der Fallpauschalen herauszulösen. Die Pflege wird ab Januar 2020 über ein krankenhausespezifisches Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Das betrifft die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen und in der Patientenaufnahme inklusive der Kosten für Leiharbeit und Honorarkräfte. **36** Reiners, Hartmut: Das große Fremdeln. Anmerkungen zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens, Sozialismus, Heft 3/2019.

le Steuerung über Preise und für das Selbstkostendeckungsprinzip. So sind die Gesamtausgaben für die Krankenhäuser nach Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips steiler gestiegen als in der Zeit seiner Gültigkeit. Besonders drastisch (60 Prozent) fielen die Kostensteigerungen zwischen 2005 und 2017, also nach Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG), aus (siehe Abb. 1). Selbst wenn man zugesteht, dass ein Teil der Zunahme demografisch und technisch bedingt ist, bleibt als Resultat: Mit Abschaffung des Selbstkostenprinzips ist das Krankenhausssystem aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht günstiger geworden. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall.

Abb. 1: Gesamtkostenentwicklung bei den Krankenhäusern in Deutschland (Angabe in Euro), 1991 bis 2017



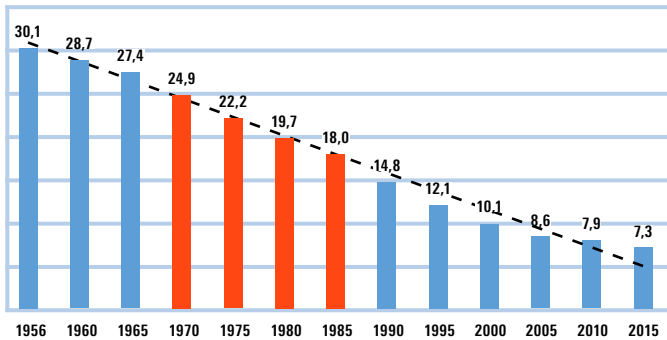
Quelle: Destatis: Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnung; vgl. Krankenhaus statt Fabrik, a. a. O., S. 41.

Die Ablösung der Selbstkostendeckung durch leistungsbezogene Vergütungen führte also nicht zu einer Kosteneindämmung, wie vielfach behauptet wird, sondern bereitete der Ökonomisierung und Privatisierung sowie dem Wettbewerb zwischen verschiedenen Trägern (siehe hierzu Kapitel 5) im Krankenhaussektor den Weg. Die damals bis in Gewerkschaftskreise hinein wirksame Delegitimierung dieses Finanzierungsmodells als «Freifahrtschein für Verschwendung» war aber so erfolgreich, dass sich über Jahrzehnte kaum jemand mehr

traute, die angeführten Argumente infrage zu stellen. Hiergegen ist festzuhalten: Eine transparente Selbstkostendeckung ist grundsätzlich das adäquate Finanzierungsprinzip für Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Dazu gehören Krankenhäuser genauso wie Schulen, Museen oder die Feuerwehr. Eine sinnvolle Grundlage hierfür sind eine demokratisch kontrollierte Bedarfsplanung sowie wirksame Kontrollmechanismen, die vor Verschwendung und Missbrauch von öffentlichen Geldern und Krankenkassenbeiträgen schützen. Und ganz nebenbei macht eine solche Art der Krankenhausfinanzierung, in der keine Gewinne vorgesehen sind, den Sektor für private Konzerne uninteressant.

Auch der in der öffentlichen Diskussion noch heute erhobene Vorwurf, das Selbstkostendeckungsprinzip habe zu unnötig langen Verweildauern von Patient*innen im Krankenhaus geführt, lässt sich bei Betrachtung der Empirie nicht halten. Wie bereits ausgeführt, war es den Kliniken bis 1984 nicht erlaubt, Gewinne zu erzielen. Damit bestand kein ökonomischer Anreiz zur Verlängerung der Krankenhausaufenthalte und auch nicht zu Sparmaßnahmen auf Kosten des Personals. Während des Jahres wurden die Gelder in Form von sogenannten tagesgleichen Pflegesätzen für jeden Patienten abgerechnet. Nach Ablauf des Jahres mussten die Krankenhäuser ihre Kosten den Kassen offenlegen. Die Tagespflegesätze waren also nur eine Abschlagszahlung auf die tatsächlichen Kosten. Eine Erhöhung der Liegezeiten, um mehr Tagessätze einzunehmen, hätte finanziell keinen Sinn gemacht. Überschüsse hätten am Ende des Jahres zurückgezahlt werden müssen. Zudem zeigen Daten zu den sogenannten Liegezeiten, dass diese bereits im Zeitraum zwischen 1970 und 1985 um fast 30 Prozent zurückgingen (siehe hierzu Abb. 2).

Abb. 2: Entwicklung der durchschnittlichen Liegezeiten (Angabe in Tagen), 1956 bis 2015



■ Zeit der Finanzierung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip

Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnungen; vgl. Krankenhaus statt Fabrik, a. a. O., S. 39.

Das heißt nicht, dass es in der Vergangenheit keinerlei Fehlanreize gegeben hätte. So ist etwa bekannt, dass die Zahl der jährlichen Belegungstage von Abteilungen in der Konkurrenz zwischen Chefärzt*innen eine wichtige Rolle spielte. Die «Vollbelegung» war ebenfalls relevant für die im Krankenhausplan der Länder ausgewiesene Bettenzahl eines Hauses, von der auch die Höhe der pauschalen Zuweisungen von Investitionsmitteln abhing. Es gab also Anreize zur Verlängerung der Liegedauer, die aber nicht der Finanzierungslogik entsprangen. Diese Probleme hätte man, wenn der politische Wille dazu vorhanden gewesen wäre, deshalb auch anders lösen können als durch die Einführung eines Markt- und Preissystems. Heute müssen Patient*innen möglichst schnell die Betten räumen, weil das Krankenhaus für ihre Versorgung nur eine Pauschalsumme erhält. Nach Expertenmeinung werden fast 20 Prozent zu früh aus dem Krankenhaus entlassen.³⁷ Nicht nur für viele ältere, alleinstehende oder sozial schlechter gestellte Menschen wäre es für die Genesung oftmals besser, wenn sie nach einer Operation noch ein paar Tage länger im Krankenhaus bleiben dürften.

³⁷ Vgl. www.neuromedizin.de/Wissenschaft/Entlassmanagement-Krankenhaus--Fast-20-Prozent-der-Patienten.htm.

Mit der Corona-Pandemie ist die Debatte über die Sinnhaftigkeit der Selbstkostendeckung bis zur Deutschen Krankenhausesellschaft vorgedrungen. Ganz überraschend kommen solche Überlegungen aber nicht, denn schon vor Corona hatte das Pflegepersonalstärkungsgesetz eine gesundheitspolitische Kehrtwende gebracht und die Kosten für die «Pflege am Bett» aus den Fallpauschalen herausgenommen (siehe hierzu Fußnote 35). Das ist als Erfolg der Kämpfe der Beschäftigten für eine gesetzlich oder tarifvertraglich geregelte Pflegekraft-Patienten-Quote anzusehen. Ein Manko an der Regelung ist natürlich, dass sie nicht für alle Beschäftigtengruppen gilt.

Deshalb ist die Auseinandersetzung um die Krankenhausfinanzierung und die Entlohnung der verschiedenen Berufsgruppen noch lange nicht zu Ende. Im Frühjahr 2021 gingen zum Beispiel die Arbeitskämpfe in den Berliner Vivantes-Krankenhäusern und am Universitätsklinikum Charité in die nächste Runde (siehe hierzu Kapitel 6). Andererseits ziehen manche Krankenhausleitungen aus der Neuregelung zur Vergütung der Pflege in guter betriebswirtschaftlicher Manier bedenkliche Konsequenzen. Ein Beispiel ist die Asklepios-Stadtklinik in Bad Tölz. Aus finanziellen Gründen entließ sie Stationshilfen, die nicht zu «Pflegekräften am Bett» gerechnet werden, und lässt deren Tätigkeiten wie Bettenbeziehen oder Hilfe bei der Essensausgabe nun von Pflegekräften übernehmen (oft ohne entsprechenden Personalausgleich, versteht sich).³⁸ Der Krankenhauskonzern Helios kündigte an, Arztstellen abbauen zu wollen (um dann vermutlich einen Teil von deren Aufgaben an Pflegekräfte zu delegieren). Es wird davon ausgegangen, dass dies etwa zehn Prozent aller Arztstellen betrifft.³⁹

38 Steppan, Andreas u. a.: Mitten in der Corona-Krise: Stadtklinik schmeißt Stationskräfte raus – Vernichtende Kritik an Betreiber, in: Merkur, 20.3.2021, unter: www.merkur.de/lokales/bad-toelz/bad-toelz-ort28297/corona-bayern-klinik-entlassungen-stationshilfen-asklepios-verdi-bad-toelz-90245687.html. **39** Helios-Kliniken: Millionengewinne und knappes Personal, Tagesschau 13.4.2021, unter: www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/helios-kliniken-gewinn-corona-101.html.

Die Entwicklungen der letzten Monate haben gezeigt:

Es bleibt notwendig, eine an den realen Kosten der Krankenhäuser orientierte Finanzierung sicherzustellen (Selbstkostendeckung). Nur das garantiert, dass die Planungsentscheidungen der Länder und Gemeinden vor Ort auch von den Krankenhäusern umgesetzt werden (können) und nicht wegen finanzieller Anreize unterlaufen werden.

Die pauschale Finanzierung durch DRG hat Tür und Tor für die legale Plünderung der Sozialkassen durch auf Rendite zielende private Konzerne geöffnet. Ein bedarfsorientiertes Krankenhauswesen muss öffentlich kontrolliert werden. Gewinnanreize sind für die Steuerung der Krankenhausversorgung ungeeignet, die Erzielung von Gewinnen muss wieder untersagt werden.

Es braucht gesetzlich geregelte Personalquoten für alle Berufsgruppen, um einen hohen Versorgungsstandard jederzeit und flächendeckend zu gewährleisten. Die Personalbemessung muss sich am Bedarf orientieren.

25

Die Steuerung der Krankenhauskapazitäten muss an sachlichen Problemen ausgerichtet und durch demokratisch legitimierte politische Entscheidungen vor Ort abgesichert sein. Der Versuch der Steuerung über finanzielle Anreize ist ein Irrweg. Erst wenn wir Kriterien für eine bedarfsgerechte (demokratische) Planung der Versorgungsstrukturen haben, können wir sinnvoll darüber diskutieren, ob es in Deutschland «zu viele Krankenhäuser» gibt (siehe hierzu Kapitel 4).



WENIGER KRANKENHÄUSER - SCHNELLER GESUND?

«Qualifiziertes medizinisches Personal ist derzeit im Grunde ausreichend vorhanden, aber auf zu viele Häuser verteilt.»⁴⁰

«Dänemark: Warum weniger Krankenhäuser gut für die Gesundheit sind.»⁴¹

Vor Corona war die gesundheitspolitische Debatte in Deutschland stark von der Frage nach der angemessenen Anzahl von Krankenhäusern und Bettenkapazitäten bestimmt. 2016 hatte eine Gruppe von Wissenschaftler*innen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina mit folgender These provoziert: «Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.»⁴² Drei Jahre später legte die Bertelsmann Stiftung nach und schlug vor, die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 600 zu reduzieren, mit der Begründung, dies würde zum einen die Qualität der Patientenversorgung verbessern und zum anderen die bestehenden Engpässe bei Ärzt*innen und Pflegepersonal abmildern.⁴³

40 Busse, Reinhard u. a.: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, hrsg. von Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle/Saale, Oktober 2016. **41** Balzter, Sebastian: Dänemark: Warum weniger Krankenhäuser gut für die Gesundheit sind, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 8.1.2020. **42** Busse u. a.: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie, S. 10. **43** Loos, Stefan/Albrecht, Martin/Zich, Karsten: Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2019.

Im Zuge der Corona-Pandemie verstummten diese Stimmen zunächst. Das deutsche Gesundheitswesen wurde von verschiedenen Seiten gelobt, weil es so gut ausgestattet sei, insbesondere mit Intensivbetten. Die Zahl der Intensivbetten war zu Beginn der Pandemie in Deutschland mit 33,9 Intensivbetten auf 100.000 Einwohner*innen tatsächlich die höchste in der Europäischen Union und um ein Vielfaches höher als etwa in den besonders stark von der Corona-Pandemie betroffenen Staaten wie Spanien und Italien mit 9,7 bzw. 8,6 Intensivbetten je 100.000 Einwohner*innen.⁴⁴ Bis zum Zeitpunkt der Druckfassung dieses Textes (August 2021) reichten in Deutschland die Behandlungskapazitäten aus. Es mussten – anders als in manchen EU-Ländern – keine Corona-Patient*innen (oder andere Patient*innen) abgewiesen und ihrem Schicksal überlassen werden.

28 Allerdings sind trotz Pandemie auch im Jahr 2020 wieder einige Krankenhäuser geschlossen worden, zum Teil unter großem Protest der Beschäftigten und der lokalen Bevölkerung. Es weist auch nichts darauf hin, dass einflussreiche Gesundheitsökonom*innen und Politiker*innen ihre Pläne der «Zentralisierung» und Reduzierung der Kliniken inzwischen aufgegeben hätten. Das «Beispiel Dänemark» schwebt immer noch über der Krankenhausdebatte in Deutschland, deshalb noch einmal zurück zur Leopoldina-Studie: Die Zahl von 330 Krankenhäusern kam zustande, weil man die Bevölkerungszahlen Dänemarks und Deutschlands ins Verhältnis zur Anzahl der Krankenhäuser gesetzt hat. Dänemark hat ein Krankenhaus pro 250.000 Einwohner*innen, macht für rund 82 Millionen Einwohner*innen in Deutschland 330 Krankenhäuser, oder anders kalkuliert: In Deutschland hat man 8,0 Betten pro 1.000 Einwohner*innen, in Dänemark 2,6.⁴⁵ Rechnerisch ist der Schluss korrekt, gesundheitspolitisch ist er aber mehr als problematisch, denn ganz offensichtlich müssen in einem solchen Ländervergleich eine ganze Reihe Aspekte und Fragen berücksichtigt werden: Sind die verschiedenen Sektoren (am-

⁴⁴ Deutschlands Versorgungsdichte mit Intensivbetten im internationalen Vergleich hoch. Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts Nr. 119 vom 2.4.2020, unter: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_119_231.html. ⁴⁵ Balzter: Dänemark.

bulant, stationär, Reha etc.) organisatorisch eng miteinander verzahnt, werden sie einheitlich finanziert oder gibt es ein ähnliches Durcheinander wie in Deutschland? Werden die Krankenhauskosten aus Steuern oder Beiträgen bezahlt? Wie hoch ist der Anteil, den die Patient*innen direkt leisten? Ist der Krankenhaussektor vornehmlich in privater, gemeinnütziger oder öffentlicher Hand? Wie ist die geografische Struktur des Landes: Ist die Bevölkerung halbwegs gleich verteilt oder gibt es Zentren und schwer erreichbare Regionen? Wie ist die Verkehrsinfrastruktur entwickelt, wie einfach ist es, größere Entfernungen zur nächsten medizinischen Behandlungseinrichtung zu überwinden? Wie sieht die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen aus, aber auch zwischen ehrenamtlichen und professionellen Strukturen etc.?

Wir müssen also genauer hinschauen. Und da fällt beim Vergleich mit Dänemark sofort eines auf: Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark, dann hätten wir ein öffentliches Gesundheitswesen, in dem der Staat Eigentümer, Planer, Betreiber und Finanzier der Krankenhäuser ist. Das aber erwähnen die Wissenschaftler*innen der Leopoldina wohlweislich nicht. Es gibt in Dänemark praktisch so gut wie keine privaten, profitorientierten Klinikbetreiber. Es handelt sich bei dem dänischen Krankenhaussystem um eine geplante und auf das Gemeinwohl ausgerichtete Struktur, die sich darüber hinaus noch dadurch auszeichnet, dass die verschiedenen Berufsgruppen ein weniger hierarchisches Verhältnis zueinander haben und deswegen auch viel besser miteinander kooperieren. Hätten wir das alles in Deutschland, wären unsere Probleme sicherlich nicht so groß und viele Forderungen, für die die Beschäftigten und verschiedene Initiativen gerade hart kämpfen, wären längst erfüllt. Unter den Bedingungen eines «Krankenhausmarktes», auf dem der Anteil der Privaten unaufhörlich wächst wie in Deutschland (derzeit liegt er bei den Krankenhäusern bei 37 Prozent), ist eine stringente Reformierung der Krankenhauslandschaft fast unmöglich.

Auch das Argument, es ließe sich mit einer Schließung von Häusern der Personalmangel beheben, weil dann für die verbleibenden Kliniken mehr Fachpersonal zur Verfügung stünde, ist rechnerisch richtig – aber nur auf dem Papier. Es unterstellt,

dass die Personaldecke deshalb so dünn ist, weil es faktisch zu wenige Pflegekräfte gibt. Das mag inzwischen so sein, weil die Arbeitsbedingungen inzwischen so katastrophal sind (siehe hierzu Kapitel 2), aber der wesentliche Grund für den Pflegenotstand ist die beschriebene Ökonomisierung der Krankenhäuser und der zunehmende Konkurrenz- und Kostendruck: An der Pflege konnte am meisten gespart werden, deshalb wurden hier systematisch Stellen abgebaut. Die Entlassung von Personal aufgrund von Krankenhausschließungen würde die Situation in den verbleibenden Kliniken nicht wirklich verbessern, solange diese Logik nicht außer Kraft gesetzt ist.

Und nun noch zu einem letzten Grund, der für die Schließung angeführt wird: weniger Krankenhäuser – schneller gesund, weniger Herztote, kürzere Wartezeiten, so die Verheißungen der Gesundheitsökonom*innen, die verstärkt direkte Politikberatung betreiben. Ein Beispiel hierfür ist das vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhauslandschaft in einem der größten deutschen Bundesländer vom August 2019.⁴⁶ «Die Studie verknüpft den ‹Abbau von Überkapazitäten› und ‹eine stärkere Zentralisierung und Spezialisierung der stationären Versorgung› mit der ‹Reduzierung von Fallhäufigkeiten bzw. Verweildauern›. Am Ende kommt – oh Wunder – heraus, dass wir viel zu viele Krankenhäuser und Betten haben.»⁴⁷ Das Gutachten empfiehlt also als Strategie eine Zentralisierung der Krankenhauslandschaft, was beinhaltet, viele kleine Krankenhäuser zu schließen, weil diese angeblich schlecht seien. Das Argumentationsmuster ist: Viele «Kleine» behandeln Herzinfarktpatient*innen, obwohl ihnen die Voraussetzungen dazu fehlen und obwohl «Große», die es besser können, in der Nähe sind.

Achim Teusch, Arzt und ehemals Betriebsrat in einem Krankenhaus von Helios, hat sich die Zahlen in der Studie, die das belegen sollen, genau angeschaut. Er schreibt, dass «das kleinere Krankenhaus ohne entsprechende Ausstattung» der «böse Wolf

⁴⁶ Busse, Reinhard u. a.: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, hrsg. von Partnerschaft Deutschland GmbH in Kooperation mit Lohfert und Lohfert AG und der Technischen Universität Berlin, Berlin 2019, unter: <https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten+Krankenhauslandschaft//822>. Reinhard Busse war auch am Leopoldina-Papier beteiligt. ⁴⁷ Krankenhaus statt Fabrik, S. 182.

aller Zentralisierungsmärchen» sei. Es möge das kleine schlechte Krankenhaus um die Ecke zwar vereinzelt geben, aber der Regelfall sei das in Deutschland nicht. Im Gegenteil: «Als Krankenhaustypus gibt es kleine und mittlere Krankenhäuser, die sich dazu entschlossen haben, Leistungen der Maximalversorgung zu erbringen, um im Konkurrenzkampf mit den Großen mithalten zu können. Sie investieren in teure Geräte, sie bauen um und sie schließen außertarifliche Verträge mit Ärzt*innen, die sie aus Unikliniken und anderen Maximalversorgern abwerben. Sie sind nicht klein und schlecht. Sie sind klein, mittelgroß und in Bezug auf technische Ausstattung und ärztliche Kompetenz ziemlich gut. «Schlecht» ist ihre Personalausstattung, wie in allen deutschen Krankenhäusern.»⁴⁸

Teusch hat sich ebenfalls mit der Mortalitätsstatistik von Eurostat befasst. Bei einem Vergleich zwischen Deutschland und Dänemark fällt Folgendes auf: Während es in Dänemark tatsächlich weniger Menschen als in Deutschland gibt, die an einem Herzinfarkt oder einem anderen Herzleiden sterben, gibt es in Dänemark mehr Krebstote und mehr Tote aufgrund von Atemwegs- und Nervenerkrankungen. Das wird in dem oben zitierten Gutachten allerdings nicht erwähnt. Was sagt uns das? Die Krankenhausgröße kann nicht der einzige und nicht der wesentliche Faktor sein, der Krankheitsentstehung und Sterblichkeit beeinflusst. Sonst müsste Dänemark in allen Vergleichen besser sein.⁴⁹ Teusch zeigt also, dass es unredlich ist, bei Ländervergleichen einzelne Diagnosen und Daten herauszugreifen und den Kontext zu vernachlässigen. Hinter Studien wie der zu Nordrhein-Westfalen stehen eindeutig politische Absichten, die Statistiken werden so ausgewählt und interpretiert, dass sie das gewünschte Ergebnis, nämlich die Zentralisierung und die Schließung kleiner Krankenhäuser, nahelegen. Die Zahl solcher Gutachten von Beratungsfirmen steigt steil an,⁵⁰ seit Beginn der Corona-Pandemie sind einige neue dazugekommen. Sie dienen der ideologischen Unterfütterung eines Vorhabens, hinter dem sich noch weiterreichende Interessen verbergen.

Hinter der Forderung der Zentralisierung steckt nämlich noch etwas, was man vielleicht nicht gleich vermutet: eine weitere Privatisierung. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Mitglied im «Review Board» des Bertelsmann-Gutachtens «Zukunftsfähige Krankenhauslandschaft» von Juli 2019 und wie Reinhard Busse Mitautor des NRW-Gutachtens und Mitglied des Corona-Expertenbeirats von Gesundheitsminister Jens Spahn, beantwortete am 19. Oktober 2020 in der *Ärzte Zeitung* die Gretchenfrage «Was würde die angestrebte Zentralisierung des deutschen Krankenhauses kosten?» folgendermaßen: «Ein Beispiel, damit einmal die Dimensionen klar werden: Wenn wir dem dänischen Beispiel bei der Zentralisierung folgen wollten, bräuchten wir fast 100 Milliarden Euro für Deutschland als Investitionsmittel. Im Moment haben wir gerade einmal gut fünf Milliarden Euro.»⁵¹ Bereits in einer Studie von 2018 hatte er erklärt, wer die aufbringen soll: «Um Angebotsstrukturen dementsprechend anpassen zu können, wird aufgrund rückläufigen öffentlichen Kapitals vermehrt privates Kapital zum Einsatz kommen müssen. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn ausreichend unternehmerische Freiheiten vorhanden sind. Dafür ist ein Abbau von regulatorischen Restriktionen im Gesundheitswesen nötig.»⁵² Private Krankenhauskonzerne, Private-Equity-Gesellschaften, Investmentfonds, Banken und Versicherungen sollen also die Differenz zwischen fast 100 und gut fünf Milliarden Euro schließen. Käme es dazu, würde ihnen ein großer Teil der zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft gehören. Der Preis der Zentralisierung wäre also ein weiterer massiver Privatisierungsschub.

51 «Ambulante Leistung muss sich lohnen». Interview mit Boris Augurzky, in: *Ärzte Zeitung*, 19.10.2020, unter: www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Ambulante-Leistung-muss-sich-lohnen-413716.html. **52** Augurzky, Boris/Beivers, Andreas/Pilny, Adam: Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018, RWI-Materialien, Heft 122, Essen 2018, S. 11.

MARKT, PREISE UND TRÄGERVIELFALT – VOM GRUNDGESETZ GARANTIERT!?

«Dass die tarifliche Entlohnung als Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag einer Pflegeeinrichtung mit der Pflegekasse ‹zementiert› werden sollte, sei ‹klar verfassungswidrig›. Das Vorhaben verstoße gegen die Trägervielfalt, das Wirtschaftlichkeitsgebot und die institutionelle Selbstverwaltung.»⁵³

«Das geltende Abrechnungssystem nach Fallpauschalen (DRG) sollte beibehalten werden, da es sich im Grundsatz bewährt hat und sinnvolle Anreize setzt, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Krankenhaus effizient einzusetzen.»

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)⁵⁴

Ob es sich um die Krankenhäuser, Pflegeheime, Krankenkassen oder auch die ambulante medizinische Versorgung handelt: Spätestens seit den 1980er Jahren wird in Deutschland für «Trägervielfalt» und mehr Wettbewerb geworben. Ein freier Markt sei das sinnvollste und effizienteste Organisationsprinzip. Begriffe wie Privatisierung oder gar Konkurrenz, Verdrängung und Profite werden dabei zumindest in der politischen Debatte eher vermieden, vermutlich weil man ahnt, dass diese bei der Mehrheit der Bevölkerung eher auf Ablehnung stoßen. Also bestand die Strategie darin, zunächst Mythen über ein öffentliches, nicht profitorientiertes und politisch gesteuertes Gesundheitswesen zu verbreiten und dies mit einem Bedrohungsszenario zu verknüpfen, wonach Deutschland den Anschluss auf dem Weltmarkt zu verlieren drohe und am Ende «die Bevölkerung»

⁵³ Arbeitgeber warnen vor Tarifzwang in der Altenpflege, in: Ärzte Zeitung, 11.5.2021, unter: www.aerztezeitung.de/Politik/Arbeitgeber-warnen-vor-Tarifzwang-in-der-Altenpflege-419539.html. ⁵⁴ DRG-System weiterentwickeln – Krankenhäuser aus einer Hand finanzieren. Stellungnahme des BDA zu dem Antrag der FDP «Krankenhausfinanzierung der Zukunft – Mehr Investitionen und weniger Bürokratie» (BT-Drs. 19/26191) und anderen Anträgen, 14.5.2021, unter: www.bundestag.de/resource/blob/842166/8a516f9b1d3f73010ba4ea5f905d7a12/19_14_0340-5-_Bundesvereinigung-der-deutschen-Arbeitgeberverbaende_Krankenhausfinanzierung-data.pdf.

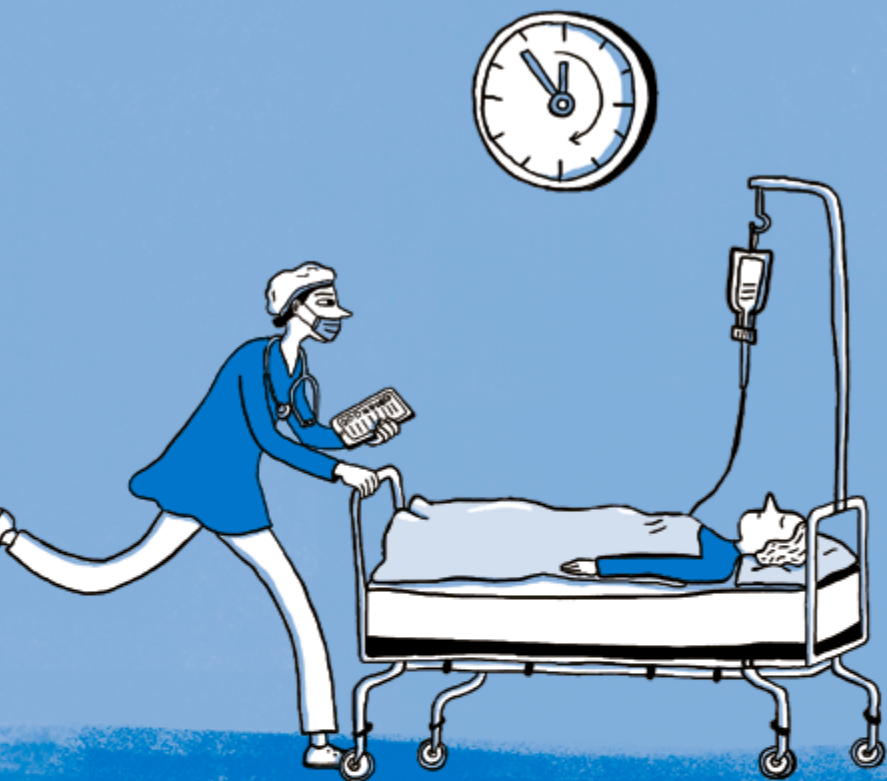
mit immer höheren Steuerbelastungen alles ausbaden müsse. Damit wurde der Weg bereitet, die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen wie in vielen anderen Ländern nach neoliberalen Vorgaben umzubauen. Die so politisch hergestellten «Sachzwänge» erzeugten dann einen Zustand, in dem Politik scheinbar nicht mehr viel ausrichten kann, weil man nun den «Gesetzen des Marktes gehorchen» muss. Ist erst einmal ein großer Teil der Strukturen privatisiert, wird alles dafür getan, diese abzusichern und alternative Politikansätze und Forderungen nach einer stärkeren Gemeinwohlorientierung zu diskreditieren. Häufig wird auf übergeordnete EU-Regelungen zurückgegriffen, um die Privatisierungs- und Kommerzialisierungstendenzen zu verteidigen oder gar zu forcieren und Forderungen nach größerer öffentlicher Kontrolle oder Rekommunalisierung abzuwehren.

Dies ergibt eine schwierige Situation, die aber nicht ausweglos ist, denn mit der Corona-Pandemie wurde einer breiteren Öffentlichkeit an verschiedenen Punkten deutlich, wie wenig Markt und Konkurrenz als Prinzipien der Daseinsvorsorge taugen. Darüber hinaus scheint auch der Neoliberalismus inzwischen in vielerlei Hinsicht in eine Krise geraten zu sein. Wohin Markt, Preise und Konkurrenz im Krankenhausbereich führen, wurde in Kapitel 2 gezeigt. Dass dieses System nicht nur bei den Beschäftigten, sondern auch in immer größeren Teilen der Bevölkerung auf Ablehnung stößt, stellt diejenigen, die für eine weitere Ökonomisierung eintreten, vor Legitimationsprobleme. Einige reagieren darauf mit der ganz großen Keule: nämlich mit der Berufung auf ihre Freiheitsrechte und das Grundgesetz. Im Jahr 2015 wehrten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, aber auch die Leitung des Berliner Universitätskrankenhauses Charité gegen die Forderung der Beschäftigten und von ver.di nach gesetzlich garantierten Personalquoten (z. B. X Patient*innen pro Pflegekraft, mehr als eine Pflegekraft nachts auf einer Station etc.) mit dem Argument, dies käme einem Eingriff in die im Grundgesetz festgeschriebene unternehmerische Freiheit gleich. Die Charité-Leitung zog deswegen vor das Arbeitsgericht – und verlor: Der Arbeitsrichter begründete, warum er das von der Charité beantragte Verbot eines Streiks der Beschäftigten für mehr Personal in allen Punkten ablehne, folgendermaßen: «Die unternehmerische Freiheit des Arbeit-

gebers endet dort, wo der Gesundheitsschutz der Mitarbeiter beginnt.»⁵⁵

Ein ähnliches Abwehrargument kam vonseiten der Arbeitgeber in Pflegeeinrichtungen, nachdem der konservative Gesundheitsminister Jens Spahn angekündigt hatte, dort einen Lohntarif erzwingen zu wollen: «Dass die tarifliche Entlohnung als Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag einer Pflegeeinrichtung mit der Pflegekasse ‹zementiert› werden solle, sei ‹klar verfassungswidrig›. Das Vorhaben verstoße gegen die Trägervielfalt, das Wirtschaftlichkeitsgebot und die institutionelle Selbstverwaltung.»⁵⁶ Ebenfalls auf das Grundgesetz zurückgegriffen wird bei der Frage der Rekommunalisierung bzw. der Rückführung von privatisierten Krankenhäusern unter öffentliche Kontrolle. Die privaten Träger argumentieren, dies sei ein Verstoß gegen ihre Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG. Wer hätte gedacht, dass dieser Artikel des Grundgesetzes, der zunächst davor schützen sollte, dass es (z. B. politisch motivierte) Berufsverbote gibt, irgendwann dafür herangezogen wird, um die Privatisierung der Krankenhäuser zu zementieren? Joachim Wieland, Professor für Öffentliches Recht, Finanz- und Steuerrecht, hat in einem im März 2021 veröffentlichten Gutachten «zu den rechtlichen Möglichkeiten einer Rücküberführung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg in öffentliches Eigentum» diese Argumentation zurückgewiesen, denn es werde mit einer Rekommunalisierung kein «öffentliches Monopol im Bereich der Gesundheitsversorgung errichtet, das Private von der Berufstätigkeit als Betreiber von Kliniken ausschließt. Die selbstständige unternehmerische Betätigung im sozialisierten Bereich der Gesundheitsversorgung bleibt rechtlich zulässig und praktisch möglich [und würde] außerhalb des vergesellschafteten Bereichs aber ein gewinnorientiertes Handeln in diesem Wirtschaftszweig weiter zulassen. Es handelt sich damit um eine bloße Berufsausübungsregelung. Deshalb sei diese Einschränkung der Berufsfreiheit verfassungsgemäß, weil Art. 15 GG, der die Sozialisierung und damit die Beschränkung

⁵⁵ Latza, Jan/Rakowitz, Nadja: Mehr von uns ist besser für alle. Zum Streik für mehr Personal an der Charité, in: express, Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, Heft 6-7, 2015. ⁵⁶ Arbeitgeber warnen vor Tarifzwang in der Altenpflege, in: Ärzte Zeitung, 11.5.2021.



gen des Eigentums erlaubt, der Berufsfreiheit des Art. 12 GG vorausgehe.»⁵⁷

Der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V. geht einen Schritt weiter und dreht die Frage der Grundgesetzwidrigkeit um: Es gebe verfassungsrechtlich garantierte Güter und Grundprinzipien wie die Menschenwürde und das Sozialstaatsgebot. Vor diesem Hintergrund müssten wir fragen, «wie man das Krankenhauswesen ausrichtet, um dann die Effizienzgewinne, die sich aus guter Wirtschaftsführung und auch aus technologischer Innovation ergeben, für das Gemeinwesen zu nutzen, aber nicht Gewinne zu privatisieren und Risiken zu sozialisieren».⁵⁸ Der Verband überlegt, ob eine Verfassungsklage gegen die Ökonomisierung der Krankenhäuser möglich ist. Ob das politisch ein erfolgversprechender Weg ist, sei dahingestellt. Jenseits davon wäre es sicherlich wichtig, hier zusammen mit breiten gesellschaftlichen Bündnissen noch größeren Druck zu entfalten und die Diskussion über die Rahmenbedingungen der Daseinsvorsorge und sozialer Infrastrukturen wie Kindergärten, Schulen, Universitäten, erschwinglicher Wohnungen oder eben Krankenhäuser weiter voranzutreiben und überall auf die politische Tagesordnung zu setzen. Denn es ist aus verschiedenen Gründen völlig inakzeptabel, dass sich private Profitinteressen hinter dem Grundgesetz so verstecken können, dass die Privatisierung gegen den Willen der Mehrheit der Gesellschaft aufrechterhalten bleibt.

Zentral, weil politisch sehr wirksam, sind hier sicherlich die Proteste der Beschäftigten in den Krankenhäusern. Hiervon gibt es – vor allem bei den Pflegekräften – seit einigen Jahren mehr, als man diesem Sektor jemals zugetraut hätte. Ihre Kämpfe haben die Politik schon ziemlich unter Druck gesetzt und mit der Herausnahme der Pflege aus dem Fallpauschalensystem klein, aber grundsätzliche Änderungen erzwungen.

57 Wieland, Joachim: Rechtsgutachten zu den rechtlichen Möglichkeiten einer Rücküberführung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg in öffentliches Eigentum, hrsg. von Rosa-Luxemburg-Stiftung – Gesellschaftsanalyse und Politische Bildung e. V., ver.di Hessen und Fraktion DIE LINKE im Hessischen Landtag, März 2021, unter: www.rosalux.de/publikation/id/44201/klinikum-zurueck-in-die-oeffentliche-hand?cHash=1e53e08eb0a91a0668f6ba8d882b577c. **58** Vgl. www.ivkk.de/mitteilungen/3383-wirtschaftlichkeit-ja-aber-nicht-zum-zweck-der-kommerzialisierung.

PFLEGEPERSONAL: «MEHR VON UNS IST BESSER FÜR ALLE»

«Deutsches Pflegepersonal streikt nicht.»⁵⁹

«Im falschen System relevant»⁶⁰

Noch im März 2014 schätzte die Wochenzeitung *Die Zeit* das Pflegepersonal so ein: «Deutsches Pflegepersonal streikt nicht. Das Idealbild der deutschen Krankenschwester leitet sich von der christlichen Ordensschwester her, und die rackert aus Nächstenliebe und für Gotteslohn. Streiken? Alle mögen streiken, Piloten, Lokführer, selbst Beamte und auch die Ärzte – die deutsche Schwester und ihre seltenere männliche Inkarnation, der Pfleger, bleiben am Krankenbett. Schlimmstenfalls gehen sie zur Demo, sofern für Vertretung gesorgt ist.»⁶¹

Was die bürgerlichen Journalist*innen und vermutlich auch die meisten Leser*innen scheinbar nicht mitbekommen hatten: 2014 waren in deutschen Krankenhäusern längst andere Zeiten angebrochen. Mit der Einführung von Fallpauschalen (siehe hierzu Kapitel 2), kapitalistischem Wettbewerb und Rationalisierungsbestrebungen waren die Abläufe in den Krankenhäusern denen von Fabriken ähnlich geworden. Dazu gehörte schon im Vorfeld der Einführung des DRG-Systems der Personalabbau in der Pflege, durch den man eine Menge an Kosten einsparen konnte. Im Zeitraum zwischen 1995 und 2007 ging die Zahl der Vollzeitstellen in der Pflege von 350.571 auf 298.325 zurück. Zwischen 2008 und 2018 gab es wieder einen Anstieg auf 331.370 Vollzeitstellen. Trotzdem war der Personalabbau in der Krankenpflege über die Jahre so drastisch, dass in Deutschland inzwischen eine Pflegekraft durchschnittlich 13 Patient*innen zu versorgen hat. In Europa ist das Verhältnis nur in den allerärmsten Ländern noch schlechter.⁶² Parallel dazu wurde die

⁵⁹ Straßmann, Burkhard: Schluss mit Schwester!, in: Die Zeit, 13.3.2014, unter: www.zeit.de/2014/12/kopf-geld-pflegepersonal-klinik?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.de%2F. ⁶⁰ Vgl. https://gesundheit-soziales.verdi.de/service/drei/drei-73/++co++3e9b6596-aa66-11ea-bde0-001a4a160119?4d09e12e-3e7a-11e4-9a31-525400a933ef.display_page=2. ⁶¹ Straßmann: Schluss mit Schwester! ⁶² Krankenhaus statt Fabrik, S. 83.

Verweildauer der Patient*innen in Allgemeinkrankenhäusern zwischen 1990 und 2018 von 14,7 Tagen auf 7,2 Tage gesenkt, während die Zahl der Krankenhausbehandlungen von 14,3 auf 19,4 Millionen pro Jahr anstieg.⁶³

Der Unmut und die Erschöpfung unter den Pflegekräften im Krankenhaus waren schon vor Corona sehr groß. Viele reagierten mit der Flucht aus dem Beruf. Viele entschieden sich dafür, nur noch in Teilzeit zu arbeiten. Nirgendwo im Dienstleistungsbereich ist die Teilzeitquote höher als bei der Pflege im Krankenhaus. Der sogenannte Fachkräftemangel im Gesundheitswesen war also kein unausweichliches Schicksal, sondern ist aus ökonomischen Beweggründen bewusst herbeigeführt worden. Will man Pflegekräfte zurückgewinnen oder mehr Menschen für diesen Beruf begeistern, dann wird – so zeigen diverse Studien⁶⁴ – kein Weg daran vorbeigehen, die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für sie deutlich zu verbessern. Dieser Ansicht sind auch die vielen Menschen, die sich in den vergangenen Jahren in der Krankenhausbewegung in diversen Städten der Republik zusammengeschlossen haben.

39

Vorbild für viele waren die Arbeitskämpfe der Pflegekräfte an der Berliner Charité, einer der größten Universitätskliniken Europas. Schon im Frühjahr 2011 hatten sie ein neues Kapitel der Krankenhausgeschichte aufgeschlagen. 2006 hatte es die letzten größeren Streiks in Krankenhäusern gegeben. Damals wurden Notdienstvereinbarungen abgeschlossen, die regelten, wie viele Pflegekräfte während eines Streiks mindestens auf Station sein müssen, damit die Patient*innen nicht gefährdet sind. Fünf Jahre später, im Jahr 2011, war die Personaldecke im Zuge der Ökonomisierung so dünn geworden, dass diese Notdienstvereinbarungen mehr Personal vorsahen als die reguläre Planung. «Der Normalbetrieb gefährdet die Patient*innen» ist deshalb bis heute ein Streikslogan. Im laufenden Betrieb war seither an Streik also nicht zu denken, weshalb die Beschäftigten an der Charité den Stations- und Bettenschließungsstreik erfanden: Sie kün-

63 Deutsche Krankenhausgesellschaft: Zahlen Daten Fakten 2020, StBA 2021. **64** Auffenberg, Jennie/ Heß, Moritz: Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie «Ich pflege wieder, wenn ...» der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen, Januar 2021; vgl. auch <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/fachkraeftemangel/> ++co++7bdb0e82-f6eb-11e8-a739-52540066e5a9.

digten dem Arbeitgeber sieben Tage vor dem Streik an, welche Stationen von der Arbeitsniederlegung betroffen sein würden, sodass dieser die Patient*innen von diesen Stationen verlegen lassen musste und/oder keine neuen mehr aufnehmen konnte. Das Gleiche galt mit einer kürzeren Ankündigungsfrist für die zu bestreikenden Betten. In der Streikbewegung 2011 wurden 1.500 Betten gesperrt, 90 Prozent der Operationen fielen aus. Nach fünf Tagen erzielten die Kolleg*innen ein gutes Ergebnis.

Gestärkt durch die Erfahrung, dass ein Streik möglich ist, ohne das Wohl der Patient*innen zu gefährden, trauten sich die Pflegekräfte der Charité noch mehr zu. Im Juli 2015 traten sie in einen unbefristeten Streik, mit dem sie die Einführung einer verbindlichen Personalquote forderten. Mit dem Slogan «Mehr von uns ist besser für alle» und einer Notdienstvereinbarung im Rücken wurden 1.000 von 3.000 Betten «leergestreikt» und 20 Stationen geschlossen. Die Charité verzeichnete jeden Tag einen ökonomischen Verlust von 500.000 Euro, aber Patient*innen kamen nicht zu Schaden, im Gegenteil. Sowohl Patient*innen als auch 99 Prozent der Berliner Bevölkerung hielten laut einer Umfrage des *Berliner Kuriers* den Charité-Streik für gerechtfertigt. Nach elf Tagen kam es zum ersten Mal in der Geschichte der Krankenhäuser zur Vereinbarung eines Tarifvertrags über Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung im Krankenhaus. Damit war die Charité bundesweit Vorbild.

Eine Besonderheit der Charité-Auseinandersetzungen lag außerdem im Konzept der sogenannten Tarifberater*innen: Vertreter*innen aller Stationsteams sollten an jedem entscheidenden Punkt des Arbeitskampfes gemeinsam mit der Tarifkommission beraten, damit es keine Abkoppelung der Gremien von der Basis gibt, sondern eine gemeinsame Diskussion und Entscheidung. Die Teams waren in den Verlauf des Arbeitskampfes eingebunden und konnten ihn aktiv mitgestalten, anstatt sich lediglich über das Ergebnis zu freuen oder zu klagen. Die Idee dahinter war, dass die Beschäftigten die Expert*innen sind, die wissen, wie viel Personal gebraucht wird. Im Zuge der die Arbeitskämpfe begleitenden Bildungsarbeit wurde den Streikenden deutlich, dass ihr Kampf für eine Personalregelung mit der Perspektive auf eine Verallgemeinerung in Form einer gesetzlichen Regelung zugleich ein Angriff auf die Ökonomisierung des Gesundheitswe-

sens ist. Sie fordern damit eine andere Logik als die des Marktes. Sie setzen sich für eine politische Planung und Steuerung ein, die sich an konkreten Bedarfen und nicht an der betriebswirtschaftlichen Situation orientiert. Nur so können Pflegekräfte dem eigenen Berufsethos gerecht werden. Die Kolleg*innen an der Charité gingen so weit, selbstbewusst Leistungseinschränkungen zu fordern, wenn es nicht genügend Personal gibt. Das kapitalistische Wachstumsmantra des «immer größer und immer mehr» wurde von ihnen zugunsten qualitativer Kriterien infrage gestellt.

Trotz diverser Umsetzungsschwierigkeiten stellte der erkämpfte Tarifvertrag an der Charité ein Signal an die Politik dar und flankierte die Forderung nach gesetzlich geregelten Personalstandards. Er beflügelte zudem viele Beschäftigte an anderen Krankenhäusern und in anderen Städten, den Berliner Kolleg*innen nachzueifern. Von wegen, die Pflege streikt nicht! Das in Berlin entwickelte Streikkonzept erwies sich als ziemlich erfolgreich: Inzwischen gibt es in 17 Krankenhäusern Entlastungstarifverträge, mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurden die Kosten für die «Pflege am Bett» aus dem DRG-Abrechnungssystem herausgenommen und werden seit letztem Jahr nach dem Selbstkostendeckungsprinzip bezahlt. Zudem hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit ver.di und dem Deutschen Pflegeerrat an einen Tisch gesetzt und ein Instrument zur gesetzlichen Personalbemessung konzipiert, das eine Fortschreibung und Weiterentwicklung der in den 1980er Jahren für kurze Zeit geltenden Pflege-Personal-Regelung (PPR) darstellt: die PPR 2.0. Seit Ende 2019 liegt dieser Vorschlag beim Gesundheitsministerium zur Prüfung, dann kam Corona und es passierte ein Jahr lang gar nichts. Bei der Anhörung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Bundestag im April 2021 wurde dann klar, dass die PPR 2.0 – trotz großer Proteste der Beschäftigten – nicht mehr umgesetzt werden wird, sondern dass das Ministerium eine Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen favorisiert und ein eigenes Personalbemessungsinstrument erarbeiten lassen will.⁶⁵

⁶⁵ Pflegepersonalbemessung: Spahn will ein neues Instrument, in: Bibliomed, 29.4.2021, unter: www.bibliomed-pflege.de/news/spahn-will-ein-neues-instrument-bis-2025-1; Spahn stellt Roadmap für Pflegepersonalbemessung in Aussicht, in: Deutsches Ärzteblatt, 29.4.2021, unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/123310/Spahn-stellt-Roadmap-fuer-Pflegepersonalbemessung-in-Aussicht. Die sogenannten Pflegepersonaluntergrenzen, die auch auf ein Gesetz aus dem Hause Spahn zurückgehen, orientieren sich am Personalbestand der am schlechtesten ausgestatteten Krankenhäuser und schreiben damit nur eine desaströse Situation fest.

Mit der Corona-Pandemie ist die Situation in der Pflege erneut ins Rampenlicht gerückt. Weder Applaus noch mickrige Prämien können die dort Beschäftigten besänftigen oder das Problem lösen. Am 12. Mai, dem «Tag der Pflegenden», haben im ganzen Land Beschäftigte aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen auf ihre Forderungen nach guten Arbeitsbedingungen und angemessener Bezahlung aufmerksam gemacht. Erneut gehen die Beschäftigten von der Charité – diesmal zusammen mit ihren Kolleg*innen von Vivantes in Berlin – in die Auseinandersetzung. Ihre Kampfansage: «Mit den 8.397 Unterschriften von Beschäftigten der öffentlichen Kliniken Berlins, die zum «Tag der Pflegenden» am 12. Mai 2021 vor dem Roten Rathaus an die Fraktionsvorsitzenden im Abgeordnetenhaus und die Leitungen von Charité und Vivantes übergeben wurden, werden diese nicht *gebeten*, endlich für Entlastung und eine tarifliche Bezahlung in allen Tochterunternehmen zu sorgen. Die Beschäftigten stellen ihnen vielmehr ein Ultimatum: Entweder die Forderungen werden innerhalb von 100 Tagen erfüllt oder sie treten unmittelbar vor den Wahlen zum Bundestag und zum Berliner Abgeordnetenhaus in den Streik.»⁶⁶ Unterstützt werden sie dabei von verschiedenen sozialen Bewegungen und Initiativen, angefangen von Fridays for Future bis hin zur Kampagne «Deutsche Wohnen & Co enteignen», die ein Volksbegehren für die Vergesellschaftung von großen Wohnungskonzernen initiiert hat.

Sowohl die Parole «Mehr von uns ist besser für alle» als auch «Wir sind im falschen System relevant» und «Menschen vor Profit» zeugen von einem genauen und kritischen Verständnis der Beschäftigten vom Zusammenhang zwischen Ökonomisierung/Privatisierung und ihrer Arbeitssituation. Parallel dazu entwickelt sich die Debatte zur Care-Arbeit insgesamt und zu ihrer Funktion für die Gesellschaft wie auch die Debatte darum, wie wir uns als Gesellschaft die wesentlichen Bereiche der Daseinsvorsorge vorstellen. Eine Verknüpfung der Auseinandersetzung um das Gesundheitswesen mit zum Beispiel der Frage des Wohnens und der Rolle privaten Kapitals in diesem Bereich könnte die Tür aufschlagen zu einer neuen Phase fortschrittlicher Politik.

⁶⁶ Behruzi, Daniel: Klinikpersonal entlasten. Starke Ansage, 12.5.2021, unter: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++c5a8114a-b4d0-11eb-a61b-001a4a160119>.

Wir dürfen jetzt nicht lockerlassen und müssen die Bewegung weitertreiben. Die richtige Wahlentscheidung im September wird nicht ausreichen, vielmehr braucht die Bewegung in den Betrieben und auf der Straße Verstärkung. Neben der Auseinandersetzung in Berlin gibt es noch viele weitere Gruppen, Bündnisse und Aktivitäten, von denen hier nur einige aufgezählt werden sollen: Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik⁶⁷ stellt Argumentationshilfen zur Verfügung und organisiert Veranstaltungen und Aktiventreffen. In Nordrhein-Westfalen sammelt die Volksinitiative «Gesunde Krankenhäuser in NRW – für ALLE!»⁶⁸ Unterschriften, um den Landtag zu zwingen, sich für ein patientenorientiertes, wohnortnahes und bedarfsorientiertes Gesundheitswesen einzusetzen, das ausreichend finanziert ist und gute Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten bietet. Das «Bündnis Klinikrettung» fordert (unter dem Dach von «Gemeingut in Bürgerhand»)⁶⁹ den sofortigen Stopp aller Schließungen von Krankenhäusern. In vielen Städten gibt es Bündnisse von Bürger*innen zur Unterstützung der Kämpfe der Klinikbeschäftigten für mehr Personal und gegen eine weitere Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. Es gibt also neben bzw. zusätzlich zu gewerkschaftlichem Engagement viele Möglichkeiten, sich einzumischen und für ein solidarisches und patientenorientiertes Gesundheitswesen zu kämpfen.



Poster der ver.di-Jugend Bayern 2020, unter: <https://gesundheit-soziales-bayern.verdi.de/jugend/++co++7dae6eb6-12cd-11eb-a02a-001a4a16012a>.

Impressum

luxemburg argumente Nr. 19

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2193-5831 · Redaktionsschluss: Juli 2021

Autorin: Dr. Nadja Rakowitz

Illustrationen: Marie Geißler

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Satz/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100% Recycling

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.

AKTUELLE VERÖFFENTLICHUNGEN



Andrej Holm

MUSS WOHNEN IMMER TEURER WERDEN?

**Mythen und Behauptungen
über Wohnen, Miete, Kaufen**

luxemburg argumente Nr. 15

4., überarbeitete Auflage

Juni 2021

52 Seiten

ISSN 2193-5831

Download und Bestellung unter:

www.rosalux.de/publikation/id/37487



Holger Balodis, Dagmar Hühne

«ES GIBT KEINE ALTERSARMUT IN DEUTSCHLAND!»

**Mythen und Fakten
zur Rentenpolitik**

luxemburg argumente Nr. 18

Oktober 2020

52 Seiten

ISSN 2193-5831

Download und Bestellung unter:

www.rosalux.de/publikation/id/43088

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

