

Lauterbach beschleunigt mit Privatisierungsexperten Kommerzialisierung und Kahlschlag im Krankenhaus



Das Bündnis Klinikrettung übt anlässlich der Gesundheitsministerkonferenz am 22. und 23. Juni 2022 in Magdeburg scharfe Kritik

Das deutsche Ärzteblatt titelt, die aktuelle Kommerzialisierung im Gesundheitswesen bedeute die „Entmenschlichung der Medizin“. ÄrztInnen und Pflegekräfte einer ganzen Abteilung entflohen dem privatisierten Uniklinikum Gießen-Marburg wegen katastrophaler Arbeitsbedingungen. Anfang Juni warnen Ärzteverbände und Gewerkschaften in einem Brandbrief an Bundesgesundheitsminister Lauterbach vor Krankenhausschließungen. Tatsächlich schließt bundesweit ein Krankenhaus nach dem anderen. Schlimmer noch: Minister Lauterbach legitimiert und forciert mit seiner ExpertInnenkommission den Krankenhauskahlschlag. Das Bündnis Klinikrettung analysiert anlässlich der GesundheitsministerInnenkonferenz (GMK) die Lage im Krankenhausbereich und adressiert Vorschläge an die MinisterInnen für Reformen, die eine wohnortnahe und bezahlbare Krankenhausversorgung sichern würden.

In der deutschen Krankenhauslandschaft vollzieht sich eine rasante Privatisierung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. Mittlerweile hat Deutschland den weltweit höchsten Anteil von Krankenhausbetten im Besitz privater Gesundheitskonzerne¹. Im Jahr 2020 befanden sich bereits 39 Prozent von Deutschlands Krankenhäusern in privater Hand, 32 Prozent in freigemeinnütziger und nur 29 Prozent in öffentlicher. Knapp 20 Jahre vorher sah die Verteilung noch völlig anders aus: 1991 befanden sich 15 Prozent in privater, 39 Prozent in freigemeinnütziger und 46 Prozent in öffentlicher Bewirtschaftung. Auch die ambulante medizinische Versorgung ist durch den Einzug von Finanzinvestoren aktuell von einem Kommerzialisierungsschub in ungekanntem Ausmaß betroffen.

Vorangetrieben wird der Prozess durch eine fatale Zangenbewegung der Politik: Eine systematische öffentliche Unterfinanzierung treibt massenweise Kliniken in die Schließung – oder in die Hände privater Konzerne, die verschuldete Häuser für Spottpreise übernehmen². Mindestens 30 Krankenhäuser haben seit 2020 dichtgemacht, mehr als 60 sind davon bedroht³. Betroffen sind vor allen Dingen kleinere Häuser, die eine wohnortnahe stationäre Versorgung gewährleisten. Mit dem Argument, sie seien unwirtschaftlich, wird kleinen Kliniken der Grundversorgung die auskömmliche Finanzierung versagt. Währenddessen fließen Milliarden aus Steuergeldern in Konzerngewinne, aufgeblähte Controlling-Abteilungen und riesige Zentralklinikneubauten.

- 1 Bernd Hontschik: Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie, Frankfurt/Main 2022: Westend, S. 69
- 2 Ein paradigmatisches Beispiel ist Offenbach, dessen Krankenhaus nach Investitionen in dreistelliger Millionenhöhe für 1 Euro an den Sana-Konzern verkauft wurde. <https://www.nordbayern.de/politik/absurde-privatisierung-ein-euro-fur-ein-krankenhaus-1.5842993>
- 3 Eine Übersicht der geschlossenen und schließungsbedrohten Krankenhäuser findet sich in der Zeitungsbeilage „Klinikschließungen – Zahlen, Gründe, Folgen“, S. 2, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/05/GiB_BuendnisKlinikrettung_4-Seiter_DOWNLOAD_200522.pdf

Weichenstellungen für die Privatisierung

Es waren die Erlaubnis, Gewinne machen zu dürfen, im Jahr 1985 und die Ablösung der Kostendeckung durch Fallpauschalen im Jahr 2004, welche die Privatisierungen im Krankenhauswesen ankurbelten und den Klinikahlschlag einleiteten. Die strukturelle Voraussetzung dafür, dass Krankenhäuser für profitorientierte Konzerne interessant wurden, war die bereits 1972 eingeführte finanzielle Trennung von Krankenhausinfrastruktur und Betrieb. Das Fallpauschalen-System leistet der Privatisierung Vorschub, weil die Gesundheitsversorgung durch die Vergütung von behandelten Fällen zur Ware gemacht wird. Mit der Einführung der Abrechnung nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG, kurz: Fallpauschalen) stieg die Zahl der lukrativen Eingriffe, auf die sich Private konzentrieren, innerhalb von wenigen Jahren: Knieoperationen nahmen 2005-2018 um 48 Prozent zu, Hüftgelenkoperationen um 23 Prozent, oder Kaiserschnitte um 40 Prozent⁴. Gleichzeitig hat ein überbordender Controlling- und Dokumentationsaufwand Einzug gehalten. In diesem System sind kleine Häuser der Grundversorgung strukturell benachteiligt.

Mit einem Volumen von rund 440 Milliarden Euro im Jahr⁵, Tendenz steigend, ist der deutsche Gesundheitsmarkt äußerst lukrativ. In ihrer Suche nach gewinnbringenden Anlagen drängen Finanzinvestoren in den Markt. Sie übernehmen Reha-Kliniken, Pflegeheime, medizinische Spezialdienste, Arztpraxen und Krankenhäuser. Geschlossene Krankenhäuser und aufgekaufte Praxen werden in gewinnorientierte medizinische Versorgungszentren (MVZ) umgewandelt, die nicht mehr die Grundversorgung bieten, sondern sich auf lukrative Fachbereiche spezialisieren⁶. So schwindet die Grundversorgung in der Fläche, während beispielsweise die Zahl der profitorientierten Orthopäden und Augenkliniken steigt; sie befinden sich teilweise in der Hand von Private Equity Fonds. Seit zwei Jahrzehnten wachsen die privaten Gesundheitskonzerne unablässig. Unternehmen wie Helios, Asklepios oder Sana verzeichnen Milliarden Gewinne. Insolvenzen, Entlassungen, Konzentrationsprozesse und Unterversorgung sind die gesellschaftlichen Folgen des Prozesses.

Fatale Folgen: Klinikahlschlag und Pflegeflucht

Die Konsequenzen der Kommerzialisierung und Privatisierung sind überall im Gesundheitssystem spürbar. In der Krankenhauslandschaft findet ein bundesweiter radikaler Klinikahlschlag statt. Vor allem in ländlichen Regionen und benachteiligten Stadtbezirken schließen Abteilungen oder gleich ganze Krankenhäuser. Kinderkliniken, Gynäkologien und Geburtsstationen, die durch das DRG-System finanziell benachteiligt werden, sind von Schließungen besonders betroffen. So gab es 2010 immerhin noch 811 Kliniken mit Geburtshilfe, 2018 nur noch 682 – trotz steigender Geburtenraten⁷. Immer mehr BürgerInnen vor Ort protestieren gegen die Bedrohung der gesundheitlichen Versorgung und das Ausbluten ländlicher Regionen.

Auch die Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals haben sich dramatisch verschlechtert: Arbeitsverdichtung, Arbeitshetze, Überforderung und Lohndumping kennzeichnen mittlerweile die Versorgung und Pflege in den meisten Kliniken. Ein beträchtlicher Teil des Pflegepersonals ist bereits aus dem Beruf ausgeschieden. Die aktuellen Streiks für bessere Arbeitsbedingungen und die Tarifaufeinandersetzung 2021 setzen Zeichen. Trotzdem wird Personal vor allem als Kostenfaktor gesehen. Mit der Mär des „Fachkräftemangels“ wird vertuscht, dass der „Pflexit“ durch unerträgliche

4 Krankenhaus statt Fabrik, Broschüre „Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser“, S. 72 ff., <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/index.php?get=download&cfilename=BRwTBOqFUFcdcn8SkclEBUsigoEGFhYbXtCDEpQAREEAQEOVFoDAXxJVAU%3D>

5 Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 153 vom 7. April 2022,

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_153_236.html

6 vgl. Bernd Hontschik, a. a. O. und <https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Spekulanten-greifen-nach-Arztpraxen,arztpraxen110.html>

7 Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe. Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen, 26.03.21, Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages, Aktenzeichen WD 9 - 3000 – 012/21, <https://www.bundestag.de/resource/blob/844764/ac656a16f259978b379e41f649f39865/WD-9-012-21-pdf-data.pdf>

Arbeitsbedingungen und Krankenhausschließungen verursacht wird. Wenn Krankenhäuser schließen, verschwinden damit auch die Ausbildungsstätten für den Nachwuchs, außerdem gehen wohnortnahe Arbeitsplätze verloren – ein Teufelskreis.

Kommerzialisierung und Kahlschlag sind politisch gewollt

Die öffentliche Unterfinanzierung der Krankenhäuser hat System. Eigentlich sind für die Finanzierung der „Hardware“ – also Gebäude, Technik, Geräte et cetera – die Bundesländer zuständig. Sie kommen aber ihrer Verantwortung nicht nach. Die aktuellen Investitionen liegen weit unter dem Stand der 1990er Jahre. Deswegen müssen Krankenhäuser neben Personal und laufenden Kosten auch noch ihre Investitionen aus dem laufenden Betrieb finanzieren. Das führt dazu, dass 60 Prozent der Kliniken ein mittleres bis hohes Insolvenzrisiko haben, wie es das Krankenhausbarometer 2021 der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) errechnet hat. Diese Kliniken sind von Schließung und Übernahme durch Private bedroht.

Die Schließung von Krankenhäusern wird gleichzeitig politisch noch forciert und sogar finanziell gefördert. Mehrere Landesregierungen verfolgen ein Programm der Ausdünnung der Kliniklandschaft, so zum Beispiel Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Niedersachsen. Der Bund unterstützt seit 2016 über den Krankenhausstrukturfonds die Verminderung der Zahl der Krankenhäuser mit finanziellen Mitteln in Milliardenhöhe⁸. Während Förderprogramme für den Erhalt bestehender Krankenhäuser fehlen, stecken Bund und Länder Unsummen an Steuergeldern in den Kahlschlag der Kliniklandschaft. Gleichzeitig beklagen sie die schwierige finanzielle Lage der Häuser, die doch durch den Dreiklang Gewinnabfuhr, Mangel an Investitionen und Fallpauschalensystem erst herbeigeführt wird.

Vom Bertelsmann-Gründer Reinhard Mohn stammt der Satz, es sei „ein Segen“, wenn dem Staat das Geld ausgehe. Denn dann könnten Private einspringen und zeigen, dass sie es besser können. Genau diesem Prinzip folgt anscheinend die Krankenhauspolitik der letzten Jahrzehnte⁹. PolitikerInnen brauchen sich dann, wie sie meinen, um die Angelegenheiten nicht mehr zu kümmern. Ausgerechnet die Bertelsmann Stiftung gestaltet seit Jahren die deutsche Krankenhausstrukturpolitik aktiv mit.

Lauterbach und die ExpertInnenkommission: Verschlechterung der Lage ist absehbar

Die Verlautbarungen von Gesundheitsminister Lauterbach sowie die Besetzung der neuen ExpertInnenkommission zur Krankenhausreform deuten darauf hin, dass sich die Lage verschlimmern wird. Mit den Gesundheitsökonominnen Reinhard Busse und Boris Augurzky sitzen zwei der vehementesten Befürworter von Krankenhausschließungen in der Kommission. Die anderen Mitglieder kommen aus großen, teils privaten Kliniken und Universitätskliniken, während Beschäftigte, PatientInnen und VertreterInnen kleinerer Krankenhäuser nicht mit am Tisch sitzen.

Die Gesundheitsökonomie, aus der gleich drei Mitglieder der Kommission stammen, spielt eine zentrale Rolle bei der folgenschweren Umgestaltung des Gesundheitswesens. Gesundheitsökonomie basiert auf einer engen, betriebswirtschaftlichen Sicht auf Gesundheit, die medizinische und soziale Aspekte ausblendet. Das schlägt sich in den Beratergutachten von Firmen wie Lohfert & Lohfert, Oberender oder McKinsey nieder, welche immer wieder trotz eklatanter Mängel als argumentative Grundlage für Schließungen kleinerer Krankenhäuser herhalten. Die „Qualitätsverbesserung“, welche die Gesundheitsökonomie der Zentralisierung und Spezialisierung zuschreibt, ist in Wirklichkeit eine Maximierung der Gewinne.

8 Bundestag-Drs. 20/225, Bericht über den durch die Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds bewirkten Strukturwandel, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/002/2000225.pdf>

9 Ein Beispiel: In Hessen, wo die CDU unter ihrem Ministerpräsidenten Roland Koch die Maxime „Privat vor Staat“ in der Regierungspolitik verankert hatte, wurde 2006 erst- und bisher einmalig in Deutschland eine Universitätsklinik einem privaten Krankenhauskonzern übertragen (Uniklinikum Gießen-Marburg). Für 112 Millionen Euro wurde die Klinik an die Rhön AG verkauft – bei Verzicht der AG auf weitere öffentliche Zuschüsse. Trotzdem flossen weiter Gelder, die den Kaufpreis längst übertrafen. Zuletzt wurde sogar eine Versechsfachung der Zuschüsse in Aussicht gestellt, weil der neue Eigentümer Asklepios das erpresserisch verlangte. Die Mittel fehlen nicht zuletzt anderen Krankenhäusern.

Bündnis Klinikrettung: Gesundheitspolitische Forderungen

Um das deutsche Krankenhauswesen zu retten und die flächendeckende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ist ein radikaler Kurswechsel notwendig: weg von Privatisierung und Kommerzialisierung, hin zu auskömmlich finanzierter, öffentlicher Daseinsvorsorge. Dem stetigen Abfluss öffentlicher Mittel in private Konzerne sowie der fatalen Verschlechterung der Gesundheitsversorgung und der Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals muss Einhalt geboten werden. Folgende Maßnahmen sind notwendig:

Sofortiger Krankenhaus-Schließungsstopp

Der finanzielle Druck, der zu wildwüchsigen und fahrlässigen Krankenhausschließungen führt, muss sofort beendet werden. Bedrohte Häuser müssen durch öffentliche Mittel aufgefangen werden. Die Privatisierung von Bereichen des Gesundheitswesens und die Gewinnabführung aus den Krankenhäusern müssen ein Ende haben. Krankenhäuser müssen gemeinwohlorientiert und nicht gewinnorientiert arbeiten.

Abschaffung, nicht Modifikation des DRG-Systems

Die Selbstkostendeckung muss eingeführt werden, um die notwendige Versorgung zu gewährleisten. Im aktuellen Finanzierungssystem werden Behandlungsnotwendigkeiten von gewinnwirtschaftlichen Interessen, teils auch Zwängen überlagert. Dieses Grundübel kann nur durch Überwindung, nicht durch Modifikation des Systems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG, kurz: Fallpauschalen) behoben werden.

Bürokratieabbau für mehr Arbeitszeit – an PatientInnen

Der derzeitige Dokumentationsaufwand von ÄrztInnen, Pflegekräften und TherapeutInnen muss reduziert werden. Mit der Abschaffung der Fallpauschalen kann der Aufwand von aktuell 30 Prozent der Arbeitszeit auf 15 Prozent halbiert werden. Das entspricht einem Äquivalent von 30.000 ÄrztInnen, 73.000 Pflegekräfte und 40.000 TherapeutInnen, deren Arbeitskraft dann voll den PatientInnen zugutekommen könnte.

Erfüllung der Investitionsverpflichtungen und Abbau des Investitionsstaus durch die Bundesländer

Die sofortige Bereitstellung von Mitteln für Investitionen an Krankenhäusern – das heißt für Geräte, Sanierungen und weitere Ausstattung – ist notwendig, um kaputtgesparte Infrastrukturen wieder fit zu machen. Öffentliche Gelder sollen nicht in Zentralisierung und damit in ökologisch desaströse Neubauprojekte, sondern in Sanierung und Ertüchtigung des Bestehenden fließen. Öffentliche Investitionen dürfen nicht der Gewinnmaximierung dienen – das Krankenhauswesen muss rekommunalisiert werden.

Einführung einer BürgerInnenversicherung

Mit der Zusammenführung der aktuell 103 gesetzlichen und 44 privaten Krankenkassen zu einer BürgerInnenversicherung kann der größte Anteil der Verwaltungskosten im Umfang von jährlich 11,8 Milliarden Euro eingespart und einer verbesserten klinischen Versorgung zugeführt werden.

Demokratische Beteiligung von BürgerInnen, PatientInnen und Beschäftigten bei der Krankenhausreform

Die ExpertInnenkommission zur Krankenhausreform braucht die Stimmen derjenigen, welche die Gesundheitsversorgung täglich sicherstellen, und derjenigen, für die sie da sein soll. Das bisherige Beiseiteschieben von Beschäftigten und BürgerInnen muss unverzüglich beendet werden.

Der Aufruf „Rendite raus aus dem Krankenhaus“ des Bündnis Klinikrettung:
gemeingut.org/rendite-raus-aus-dem-krankenhaus

Kontakt: info@gemeingut.org