

/ > Thema > Privatisierung > Krankenhaeuser

In diesem Artikel sollen die Hintergründe und Folgen einer Kommodifizierung der stationären Krankenversorgung und Privatisierung der Krankenhäuser dargestellt werden. Anlass ist der Plan der hessischen Landesregierung, die Universitätskliniken Gießen und Marburg zu Beginn des Jahres 2006 an einen privaten Investor zu übergeben. An einem Betrieb dieser Kliniken sind u.a. die privaten Krankenhauskonzerne Helios und Asklepios interessiert. In den letzten Jahren fand bereits ein grundlegender Systemwechsel in der Krankenhausfinanzierung statt, der zu einem scharfen Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander führte. Entscheidend war die Umstellung der Krankenhausfinanzierung vom System der Pflegesätze auf das System der Fallpauschalen im Jahr 2000 durch die rot-grüne Bundesregierung. Sie ist eine Voraussetzung für die Privatisierung von Krankenhäusern.

1. Krankenhäuser müssen unternehmerisches Risiko tragen

Im bisherigen System war das Krankenhauswesen nur wenig den Marktgesetzen unterworfen, sondern es gab in diesem Bereich praktisch eine Planwirtschaft. Der Staatshaushalt und die Krankenkassen bezahlten alle Krankenhausaufgaben, die gerade anfielen und sie trugen demnach auch das Risiko bei Kostensteigerungen. Dies führte der Tendenz nach zur Überversorgung und einer gewissen Verschwendung. Im neuen System werden die Krankenhäuser als Marktteilnehmer betrachtet, die gegeneinander um knappe und von vornherein festgelegte Ressourcen konkurrieren. Das bedeutet aber auch, dass sie in Konkurs gehen können. (vgl. Kühn 2003, S. 5ff) Nach Berechnungen der Bundesregierung sind von den 2000 Krankenhäusern in der BRD c.a. 400 überflüssig und sie sollen als Resultat des Wettbewerbs verschwinden (vgl. Ver.di Bundesverwaltung 2004, S. 44).

2. Fallpauschalen

Wichtigstes Instrument der Umstellung von der „Planwirtschaft“ zur „Marktwirtschaft“ im Krankenhausbereich ist die Einführung der Fallpauschalen. Früher wurden die Kosten der Krankenhäuser durch Pflegesätze vergütet. Ein Pflegesatz ist eine gleich hohe Vergütung für jeden Kalendertag während der Verweildauer eines Patienten in der Klinik. Ein solches System war einfach und berechenbar: Die Einnahmen ergaben sich aus folgender Formel:

$$\text{Anzahl der Betten} * 365 * \text{Auslastungsgrad} (< 1) * \text{Pflegesatz.}$$

Der Auslastungsgrad schwankte im langjährigen Mittel nur gering und war bekannt. Die Höhe der Pflegesätze wurde jährlich zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen ausgehandelt (vgl. Wikipedia Artikel Pflegesatz, 2005). Nach dem Prinzip der Fallpauschalen (auch genannt DRG = Diagnosis Related Groups), das ab dem Jahr 2004 gilt, wird nicht mehr die Verweildauer des Patienten im Krankenhaus vergütet, sondern es wird eine Pauschale für die Behandlung einer bestimmten Krankheit gezahlt, unabhängig von der Verweildauer. Dies führt zu einem Kommerzialisierungsschub, denn der ökonomische Erfolg hängt jetzt davon ab, dass die Behandlung der Patienten möglichst kostengünstig durchgeführt wird. Ist die Behandlung billiger möglich, als sie durch die Fallpauschale vergütet wird, macht das Krankenhaus Gewinn, ist sie teurer, macht es Verlust (vgl. Wikipedia Artikel Diagnosis Related Groups und Fallpauschalen, 2005). Dies hat gravierende Folgen:

1. Patientenselektion: Es besteht ein finanzieller Anreiz, Patienten zu behandeln, bei denen berechenbar ist, dass die Kosten unter dem zu erzielenden Preis liegen. „Dies sind in der Regel Reiche, Junge, Gesunde, besser Ausgebildete und sozial Bessergestellte.“ Diejenigen, die eine Behandlung besonders nötig hätten, also Arme, Alte und chronisch Kranke werden es immer schwerer haben, in die Krankenhäuser aufgenommen zu werden (Vgl. Ver.di Stuttgart, 2003, S. 12).
2. Es kommt tendenziell zu einer Unterversorgung der Patienten durch Rationierung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen, da versucht wird, Kosten zu vermeiden. Patienten werden sehr früh, manchmal zu früh entlassen. Dies wird als „blutige Entlassung“ bezeichnet (Vgl. Kühn 2003, S. 7).
3. Andererseits entsteht in manchen Fällen auch ein ökonomischer Anreiz, möglichst viele, auch unnötige Behandlungen durchzuführen, wenn sie nur hoch entschädigt werden. Beispiel: Bei einer schweren arteriellen Durchblutungsstörung im Bein wird eine nichtoperative sog. „Feinnadelangiographie“ mit Nebenbehandlungen für einen Zeitraum von 6-8 Wochen nach dem Stand von 2001 mit 2400 Euro vergütet, eine mit gleichem oder geringerem Aufwand durchzuführende Beinamputation mit 11.000 Euro. Hier ist die Versuchung extrem hoch, ökonomische Kriterien in die medizinische Diagnose einfließen zu lassen. Andererseits werden den Patienten personalintensive und gering bewertete Behandlungen häufig vorenthalten werden (Vgl. Baitsch / Dohmen 2002).
4. Um die Kosten unter Kontrolle zu halten, gehen Krankenhäuser dazu über, die Behandlungen für bestimmte Krankheiten zu standardisieren und entsprechende Behandlungspfade den Ärzten vorzuschreiben. Diese Prozeduren sind jedoch aus medizinischer Sicht nicht in allen Fällen vertretbar (Vgl. Kühn 2003, S. 8 und 10f).
5. Hierdurch wird auch das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient gestört, weil

sich der Patient nicht mehr sicher sein kann, dass die Diagnose des Arztes durch ökonomische Faktoren beeinflusst wird. Denn das Fallpauschalensystem schafft ja genau hierfür starke Anreize (Vgl. Kühn 2003, S. 10).

6. Die Bürokratie für Ärzte nimmt stark zu. Der jetzt zu treibende Aufwand der diagnostischen Einordnung ist viel höher als bisher. Es entsteht sogar ein eigener Beruf des medizinischen Dokumentationsassistenten. Hierdurch wird ggf. auch die gewünschte Kostendämpfung wieder infrage gestellt: Während bei der Pflege und der Therapie eingespart wird, wird der bürokratische Wasserkopf der Krankenhausverwaltung aufgebläht (Vgl. Kühn 2003, S. 11f).

Diese Entwicklung ist jedoch für private Investoren von Vorteil, denn durch das Fallpauschalensystem ist eine medizinische Kostenrechnungen möglich geworden. Es kann jetzt ganz genau festgestellt werden, welche Ärzte, Patienten und Fälle für das Krankenhaus Gewinn oder Verlust bringen. Damit sind zum ersten Mal in der Geschichte die medizinischen Dienstleistungen transparent, kalkulier- und steuerbar geworden. Erst damit werden Krankenhäuser für große private Kapitalanleger interessant. Fazit: Durch Fallpauschalen wird die Versorgung von Patienten nicht verbessert, sondern tendenziell verschlechtert. Führt das alte System der Pflegesätze eher zu einer Überversorgung, etwa um den Auslastungsgrad der Klinik hochzuhalten, so führt das System der Fallpauschalen tendenziell zu einer Unterversorgung und gesellschaftlich unnötigen Rationierung der medizinischen Dienstleistungen sowie zu frühen („blutigen“) Entlassungen einerseits und einer Fehlversorgung mit im DRG-System hochbewerteten, aber möglicherweise aus medizinischer Sicht nicht erforderlichen Eingriffen andererseits.

3. Einsparungen bei den Beschäftigten

Im alten System der Pflegesätze wurde die Bezahlung der Krankenhäuser „politisch“ d.h. durch Verhandlungen der Beteiligten festgelegt. Dabei wurden auch die Belange der Beschäftigten berücksichtigt. Für sie galt in der Regel der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (BAT bzw. TVÖD). Jetzt müssen sich die Krankenhäuser auf einem tendenziell eher knapper werdenden Markt behaupten, wobei einkalkuliert ist, dass nicht alle überleben werden. Neben den Strategien der Patientenselektion und der Rationierung der medizinischen Versorgung wird durch das Fallpauschalensystem ein Anreiz geschaffen, auch bei den Beschäftigten zu sparen. Dies ist auch deshalb verlockend, weil Personalkosten 65,9% aller Betriebsmittelkosten der Krankenhäuser ausmachen (Vgl. Ver.di Bundesverwaltung 2004, S. 11). Hier gibt es mehrere Strategien:

1. **Lohnsenkung:** In den letzten Jahren sind auf breiter Front die Löhne der Beschäftigten in den Kliniken gesenkt worden, auch bei solchen, die

sich noch im öffentlichen Besitz befinden. Die meisten Kliniksbetreiber sind aus dem Arbeitgeberverband des öffentlichen Dienstes ausgetreten und versuchen mittels Haustarifverträgen oder individuellen Arbeitsverträgen die Löhne zu drücken, teilweise um bis zu 30%. Häufig wird dieser Lohnverzicht durch Drohungen erpresst, das Krankenhaus müsste ansonsten Insolvenz anmelden. Diese Befürchtungen sind teilweise berechtigt. In vielen Fällen geht es aber auch darum, durch Einsparungen bei den Löhnen Mittel für Investitionen freizustellen, die vom Staat nicht mehr getätigt werden (Vgl. Subcutan 2005a, S. 11ff).

2. **Arbeitsplatzabbau:** Es kam im Krankenhausbereich auch zu einem massiven Personalabbau. Andererseits bleibt die zu leistende Arbeit gleich. Die weiter beschäftigten ArbeitnehmerInnen werden also stärker belastet, oder dringend notwendige Arbeiten können nicht erledigt werden. So wurden beispielsweise seit dem Jahr 2001 in Berlin 4.000 der 17.000 Arbeitsplätze der städtischen Kliniken abgebaut (Vgl. Subcutan 2005c, S. 8).
3. **Ausgründungen:** Um Lohnkosten zu sparen, werden häufig Tätigkeiten, die nicht unmittelbar medizinisch oder pflegerisch sind, an externe Unternehmen vergeben, die in der Regel niedrigere Löhne bezahlen. Hierzu zählen beispielsweise Tätigkeiten der Verpflegung, Reinigung, Technik sowie Netzwerke und Computer etc (Vgl. Ver.di Mittelhessen 2005, S. 2).
4. **Profitcenterorganisation:** Um die harten Sparvorgaben umzusetzen, werden häufig beliebige Leistungseinheiten eines Klinikums wie z.B. OPs, Röntgen oder Stationen bestimmte Budgets für Personalkosten und Sachkosten zugewiesen und ihnen dafür eine bestimmte, genau definierte Leistung abverlangt. Sie arbeiten also als Profitcenter. Für jedes Profitcenter gibt es einen verantwortlichen Leiter, der gegenüber seinen Vorgesetzten für die Einhaltung des Budgets verantwortlich ist. Dies ist in der Regel der Chefarzt. Eine solche Konstruktion würde aber langfristig dazu führen, dass sich die im Rahmen der Krankenhausreformen der 60er und 70er Jahre eingeführte Dreiteilung der Verantwortung zwischen Verwaltung, Pflege und Ärzten nicht mehr aufrechterhalten ließe und der jeweilige Chefarzt wieder zum unanfechtbaren Herrscher der Abteilung würde. Eine solche Krankenhausorganisation ist in den USA bereits verwirklicht. Die Serie „Emergency Room“ zeigt, dass dort solche psychopathischen Vorgesetzten wie Dr. Romano ungehindert schalten und walten und ihre Untergebenen schikanieren dürfen. Damit Budgetverantwortliche ihre Aufgabe auch ernst nehmen, sollen sie die Gelder behalten dürfen, die bei Unterschreiten des Budgets und der Leistungsvorgaben übrig bleiben. Jetzt wird die Leistung der einzelnen Profitcenter vergleich- und messbar. Dadurch wird die gegenseitige Konkurrenz zwischen den Abteilungen statt der kollegialen Zusammenarbeit zum beherrschenden Prinzip. Dies führt u.a. dazu, dass sich jedes Profitcenter genau überlegen muss, ob noch Mitarbeiter beschäftigt werden können, die

nicht zu den Topleistern gehören, z.B. Schwangere, Mütter mit Kindern, Leistungsgeminderte und Alte. Es wird auch versucht, den anderen Abteilungen möglichst viele Kosten aufzudrücken.

5. **Konkurrenz mit externen Dienstleistern:** Durch die Profitcenterorganisation wird es möglich, dass einzelne Bereiche der Klinik auch mit externen Dienstleistern in Konkurrenz gesetzt werden. Ein Labor oder eine Röntgenabteilung bekommt z.B. nur noch dann Aufträge der anderen Abteilungen, wenn es seine Dienstleistungen preiswerter als externe Betriebe anbietet. Hierdurch wird ein massiver Unterbietungswettbewerb bei den Löhnen in Gang gesetzt (Vgl. Subcutan 2005a, S. 3f).

4. EU-Recht

Nach der EU-Gesetzgebung haben zwar Staaten das Recht, bestimmte Teile der Daseinsvorsorge staatlich oder solidarisch zu organisieren und sie und sie von freiem Wettbewerb abzuschotten. Dann gelten die entsprechenden Bestimmungen über den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr und den Marktzugang aller Anbieter nicht. Wird jedoch ein System der Daseinsvorsorge unter Wettbewerbsbedingungen betrieben, gelten auch alle entsprechenden EU-Bestimmungen. Damit wird auf einmal jede staatliche Subvention und Einflussnahme auf das Gesundheitswesen unzulässig. So gilt unter diesen Bedingungen z.B. für Krankenkassen die volle Vertragsfreiheit. Sie können sich dann aussuchen, welche Personen sie versichern wollen und mit welchen Ärzten und Krankenhäusern sie noch zusammenarbeiten. Es wäre dem Staat auch strikt untersagt, Krankenhäuser direkt oder indirekt zu unterstützen. Im Augenblick tragen die Bundesländer noch die Kosten für größere Investitionen. Auch könnten sich alle Krankenhausbetreiber überall niederlassen, was zu einem gnadenlosen Verdrängungswettbewerb führen kann (Vgl. Ver.di Stuttgart 2003, S. 22f und Ver.di Bundesverwaltung 2004, S. 9). Die in der EU diskutierte Bolkesteinrichtlinie kann würde durch das Herkunftslandsprinzip Lohndumping sehr erleichtern. Auch das TRIPS (WTO-Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen) enthält im Bereich Marktzugang und Ausnahmeregel ähnliche Bestimmungen wie das EU-Recht.

5. Privatisierung

Die Einführung der Fallpauschalen und die hierdurch ausgelöste Kommodifizierungswelle ist eine Voraussetzung für die jetzt langsam anlaufende Privatisierung der Krankenhäuser. Denn erst jetzt sind sie zu einem attraktiven Investitionsobjekt für private Anleger geworden. Aber auch Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft wurden in den letzten Jahren in GmbHs oder AGs umgewandelt, es wurden rabiät die Löhne gesenkt und ökonomische Kriterien gewannen einen immer größeren Stellenwert für medizinische Entscheidungen. Dies wird damit begründet, dass solche

„Reformen“ unvermeidlich seien, damit sich die jeweiligen Krankenhäuser im immer schärfer werdenden Wettbewerb behaupten können. Die rot-rote Landesregierung in Berlin war ein Vorreiter dieser Entwicklung: Entsprechend dem Empfehlungen der Unternehmensberatung McKinsey wurden die Löhne der Beschäftigten der Berliner Krankenhäuser gesenkt und deren Urlaubs- und Weihnachtsgeld gestrichen (Vgl. Subcutan 2005c, S. 8). Eine Privatisierung würde solche Tendenzen nur noch etwas radikalieren:

- Auch wenn sich alle Krankenhäuser dem Wettbewerb stellen müssen, so haben die Kommunen oder der Staat bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft doch noch einen gewissen Einfluss, der bei der Privatisierung schwindet.
- Das Universitätsklinikum Marburg muss als Krankenhaus der Maximalversorgung alle Patienten aufnehmen. Wilfried Buckler, Personalratsvorsitzender dieses Krankenhauses, befürchtet, dass ein privater Betreiber versuchen würde, sich mit legalen oder illegalen Tricks von dieser Pflicht zu drücken und schwere Fälle abzuschieben.
- Bis jetzt werden die Beschäftigten des Uniklinikums noch nach dem BAT bzw. dem TVÖD bezahlt. Bei einer Privatisierung wird sich das ändern und es kommt möglicherweise zu Lohnkürzungen von bis zu 30%. Viele Beschäftigte würden dann kaum mehr als den Sozialhilfesatz verdienen.
- Im Uniklinikum wurde bisher die Forschung und Lehre teilweise durch die Krankenversorgung quersubventioniert. Dies wird in Zukunft nicht mehr möglich sein. Ein privater Betreiber wird sich jeden Handgriff bei Forschung und Lehre teuer bezahlen lassen. Als Resultat dürfte es nicht mehr, sondern weniger und schlechtere Forschung und Lehre geben. Die von Ministerpräsident Koch geforderten „Leuchttürme der Exzellenz“ werden mit großer Wahrscheinlichkeit zumindest nicht in den privatisierten Universitätskliniken Gießen und Marburg entstehen (Vgl. Ver.di Mittelhessen 2005, S. 1ff).

Die Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2000 war der entscheidende Schritt hin zu einer Kommodifizierung des Krankenhauswesens. Die aktuelle Entwicklung mit Lohnsenkungen und Privatisierungen ist eine Folge dieser Entscheidung. Gegen die Fallpauschalen hätte sich eigentlich massiver Protest richten müssen. Aber dies war nicht der Fall und die sozialen Bewegungen haben die Brisanz dieser Entwicklung offenbar völlig verschlafen. Jetzt sind grundlegende Weichen bereits gestellt und sowohl private als auch staatliche Betriebe müssen sich in einem scharfen Wettbewerb behaupten.

6. Alternativen

Um die negativen Entwicklungen rückgängig zu machen, muss der

Wettbewerb im Krankenhaussektor weitgehend eingeschränkt werden. Ein Mittel hierfür wäre die Abschaffung des Fallpauschalensystems und die Rückkehr zur Finanzierung durch Pflegesätze. Dann hätte auch die Öffentlichkeit wieder größeren Einfluss auf die Gesundheitspolitik und das Krankenhauswesen könnte wieder auf eine wohnortnahe, breit gefächerte und maximale Versorgung der Patienten ausgerichtet werden. Statt Wettbewerb würden dann alle Versorgungseinrichtungen planmäßig so aufeinander abgestimmt sein, dass sie das von der Politik vorgegebene Ziel erreichen. Allerdings war auch der Zustand des Gesundheitswesens vor dem Jahr 2000 nicht optimal und er ließe sich in einigen Bereichen verbessern, z.B. durch Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und Abschaffung des Niederlassungsmonopols (Vgl. Ver.di Stuttgart 2003, S. 24f).

7. Literatur

Günter Baitsch / Arndt Dohmen: Die Kehrseite der Medaille – Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf das neue DRG-System hat weit reichende Folgen für die künftige Entwicklung der Medizin, 2002, im Internet: www.attac.de/marburg/data/drg-text-kehrseite.rtf, Stand: 15.09.2005

Hagen Kühn: Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: in: A. Büssing / J. Glaser (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Schriftenreihe Organisation und Medizin, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2003, S. 77-98, im Internet: http://www.wz-berlin.de/ars/ph/download/ethische_probleme.pdf, Stand: 15.09.2005

Subcutan: Überall in Krankenhäusern: Lohnsenkung durch Erpressung, in Subcutan, Zeitung der ver.di-Betriebsgruppe Charité, Februar 2005a, im Internet: http://www.attac.de/klinika/data/Subcutan-EndfassungFeb-2005-1_1_.pdf, Stand: 15.09.2005

Subcutan: Profitcenter: Entmachtung der Pflege, aber nicht nur das!, in Subcutan, Zeitung der ver.di-Betriebsgruppe Charité, Februar 2005b, im Internet: http://www.attac.de/klinika/data/Subcutan-EndfassungFeb-2005-1_1_.pdf, Stand: 15.09.2005

Subcutan: Beispiele für Folgen von GmbH-Bildungen: „Die Braut hübsch machen“ in Subcutan, Zeitung der ver.di-Betriebsgruppe Charité, Februar 2005c, im Internet: http://www.attac.de/klinika/data/Subcutan-EndfassungFeb-2005-1_1_.pdf, Stand: 15.09.2005

Ver.di Bundesverwaltung: Von den DRGs zum Umbau der Gesundheitslandschaft?, 2004, im Internet: http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x014f14ed, Stand: 15.09.2005

Ver.di Mittelhessen: Positionspapier von ver.di Mittelhessen und den Personalräten zur beabsichtigten Privatisierung der Universitätsklinik Marburg und Gießen, 2005, im Internet:
<http://www.attac.de/klinika/data/PositionspapierPRGie%25DFen17.03.05.pdf>,
Stand: 15.09.2005

Ver.di Stuttgart (Hrsg.): Gegen die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens, 2003, im Internet:
<http://www.attac.de/marburg/data/endfassung.pdf>, Stand: 15.09.2005

Wikipedia Artikel Diagnosis Related Groups, 2005, im Internet:
http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups, Stand: 15.09.2005

Wikipedia Artikel Fallpauschalen, 2005, im Internet:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Fallpauschalen>, Stand: 15.09.2005

Wikipedia Artikel Pflegesatz, 2005, im Internet:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegesatz>, Stand: 15.09.2005

attac Marburg | [Technik:]ewiki

SourceURL: [http://attac.de/marburg/cms/?](http://attac.de/marburg/cms/?id=Thema.Privatisierung.Krankenhaeuser)

id=Thema.Privatisierung.Krankenhaeuser - Print-Date: *December 8, 2005*