

Kränkendes Gesundheitssystem – oder: Von der Bedarfs- zur Gewinnorientierung

Tim Engartner

Mit Applaus an den Fenstern dankten viele Menschen lange Zeit jeden Abend um 21:00 Uhr Pfleger(inne)n und Ärzt(inn)en für ihren Einsatz während der Corona-Pandemie. Derartige Anerkennung erfuhr das medizinische Personal bislang selten. Aber in einer Zeit, in der italienische Zustände in den Krankenhäusern drohten, scheint vielen Bürger(inne)n bewusst geworden zu sein, dass Covid-19-Patient(inn)en auch deshalb um ihr Leben bangen müssen, weil das Spardiktat zu rigoros umgesetzt wurde. Über Jahrhunderte hatte die in den Volksmund überführte Maßgabe gelautet: „Gesundheit lässt sich weder in Geld noch in Gold aufwiegen.“ Mit dem Aufstieg des Neoliberalismus in den 1980er-Jahren hielten die Gesetze der Ökonomie dann aber selbst in dem international hoch geschätzten bundesrepublikanischen Gesundheitssystem Einzug. Längst ist die an betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgerichtete Gesundheitsökonomie an die Stelle einer an den Bedürfnissen des Patienten orientierten Gesundheitsversorgung getreten.

Verzicht auf historisches Erbe

So schrieb z.B. die schwarz-gelbe Bundesregierung im Koalitionsvertrag von 2009 „eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten“ mit dem Ziel fest, das einkommensabhängige Beitragssystem auf eine einkommensunabhängige „Kopfpauschale“ umzustellen. Erste Schritte in Richtung der als „Gesundheitsprämie“ deklarierten „Kopfpauschale“ wurden durch einkommensunabhängige



Tim Engartner

ist Professor für Didaktik der Sozialwissenschaften an der Goethe-Universität Frankfurt a.M. und Sprecher der Gesellschaft für sozioökonomische Bildung und Wissenschaft (GSÖBW).

Zusatzbeiträge unter Ausschluss des Arbeitgeberanteils eingeführt. Zudem wurde die paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung von der rot-grünen Bundesregierung zu Gunsten der Arbeitgeber aufgegeben. Diese Reformen in der Architektur des Gesundheitssystems sind insofern bemerkenswert, als Reichskanzler Otto von Bismarck mit der 1883 eingeführten gesetzlichen Krankenversicherung hierzulande eine weltweit beachtete Säule des Wohlfahrtsstaates begründet hatte. Bis in die „goldenen“ 1970er-Jahre hinein wurden die wohlfahrtsstaatlichen Elemente ausgebaut, sodass rund 90 Prozent der Bundesbürger/innen von der gesetzlichen – will heißen: über das Solidarsystem finanzierten – Krankenversicherung profitierten (vgl. Engartner 2016, 177-202). Mit der Wiedervereinigung Deutschlands und der 1995 eingeführten Pflegeversicherung verdoppelten sich die Gesundheitsausgaben zwar von 1992 bis heute auf 390 Milliarden Euro. Verschwiegen wird dabei aber zumeist, dass der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt – und dies ist der volkswirtschaftlich relevante Zusammenhang – in den letzten Jahren nicht gestiegen, sondern trotz einer alternden Gesellschaft weitestgehend konstant geblieben ist.

Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die nominelle Kostenexplosion nahmen jedoch Regierungen gleich welcher Couleur zum Anlass, der „Vermarktlichung“ des Gesundheitswesens auf dem Weg von der Patienten- zur Kostenorientierung den Weg zu ebnen – insbesondere im Krankenhaussektor. Längst haben sich Krankenhäuser von bedarfsgesteuerten Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge zu profitorientierten Gesundheitsunternehmen gewandelt, in denen immer häufiger Preise und immer seltener Werte über Behandlungsqualitäten entscheiden. Dieser einschneidende Wandel geht mit Effizienzsteigerungsstrategien einher, die inzwischen selbst die öffentlichen Krankenhäuser von den privaten adaptiert haben. Da Personalkosten in Krankenhäusern grundsätzlich den größten Ausgabenposten bilden, wird der Rotstift vor allem dort angesetzt. Mit materiellen wie formalen Privatisierungen lassen sich Lohnkürzungen und Arbeitszeitverlängerungen oder -verdichtungen, die mitunter auch mittels Outsourcing erbracht werden, am zielführendsten umsetzen.

Zugleich ist die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland seit 1991 um rund 20 Prozent gesunken; die Anzahl der Betten wurde seither um ein Viertel auf 498.352 reduziert, obwohl der Versorgungsbedarf in einer alternden Gesellschaft wächst und nicht sinkt. Und längst werden hierzulande mehr Krankenhäuser in privatwirtschaftlicher als in öffentlicher Trägerschaft geführt. Lag der Anteil der Privatkliniken an der deutschen Krankenhauslandschaft zu Beginn der 1990er-Jahre noch bei „nur“ 15 Prozent, stieg er zuletzt auf über ein Drittel. Damit wurde hierzulande ein Privatisierungsniveau erreicht, das nicht nur jedes andere europäische Land, sondern sogar die USA als „Mutterland“ privater Kliniken übertrifft. Gleichzeitig zwingen klamme Kassen viele Städte, Gemeinden und Landkreise zum Verkauf ihrer Krankenhäuser an private Klinikbetreiber wie die Rhön-Klinikum AG, die Helios Kliniken, die Asklepios Kliniken und die Sana Kliniken AG.

Diese Abkehr vom einst ehernen Prinzip der öffentlichen Daseinsvorsorge ist insofern überraschend, als sich die gesellschaftliche Verantwortung des Staates für die Gesundheit seiner Bürger/innen gerade auch in seiner Krankenhausinfrastruktur widerspiegelt. Immer häufiger sind Krankenhäuser jedoch gehalten, ökonomische Richtwerte und Benchmarks zu erreichen, um ihren Fortbestand gewährleisten zu können. Angesichts der Tatsache, dass Kommunen und Länder in den letzten zehn Jahren beinahe jede zehnte Einrichtung an private Konzerne verkauft haben, wird der ökonomische Druck, der auf dem Krankenhausmanagement der verbleibenden öffentlichen Krankenhäuser lastet, deutlich: „Je knapper die Ressourcenverfügbarkeit der öffentlichen Hand ist, desto strenger müssen sich auch Non-Profit-Unternehmen am Postulat der Wirtschaftlichkeit orientieren“ (Sibbel 2010, 50).

Fallpauschalen als Sieg der Unternehmensberatungen

Immer mehr Krankenhäuser haben sich auf Empfehlung von Unternehmensberatungen wie McKinsey, Roland Berger und BCG (Boston Consulting Group) von bedarfs- gesteuerten Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge zu profitorientierten Gesundheitsunternehmen gewandelt: Gewinn- statt Gemeinwohlorientierung lautet die Losung inzwischen nicht nur in privaten Einrichtungen. Auch in öffentlichen Krankenhäusern, die von Städten oder Landkreisen geführt werden, sowie in freigemeinnützigen Häusern unter dem Dach der Kirchen, entfaltet die Renditeorientierung der privaten Krankenhausverbünde Druck. Da Personalkosten in Krankenhäusern den größten Ausgabenposten bilden, wird vor allem dort gekürzt. Allenfalls Chefärzt(inn)e(n) und kaufmännische Leiter/innen werden in Krankenhäusern noch auskömmlich entlohnt. Letztere sorgen dafür, dass in Kombination mit dem Patientenklassifikationssystem namens *Diagnosis Related Groups* (DRG) der sog. *Case Mix* stimmt. Der gleichnamige Index bildet den Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausesfälle ab, indiziert somit die betriebswirtschaftlich bestmögliche „Fallmischung“. Seitdem das 2003 eingeführte DRG-System, das dem Prinzip „Eine Leistung = ein Preis“ folgt, Eingriffe mit einem möglichst hohen Kostendeckungsgrad prämiiert, haben „englische Entlassungen“ Konjunktur. Weil es für das Abrechnungssystem nach Fallpauschalen unerheblich ist, wie lange ein Patient im Krankenhaus verweilt, drängen die kaufmännischen Abteilungen der Krankenhäuser das medizinische Fachpersonal, die Liegezeiten ihrer Patient(inn)en zu drosseln und kostengünstige Behandlungsmethoden zu wählen. Vielerorts wurden zudem examinierte Pflegekräfte eingespart oder durch Pflegeassistent(inn)en ersetzt.

Regelmäßig wird von der Geschäftsführung privater Krankenhausbetreiber die Behauptung in den Raum gestellt, dass erwerbswirtschaftliche Einrichtungen dieselben Leistungen wie öffentliche Krankenhäuser erbrächten – allerdings ungleich effizienter. Dabei heben sie auf die betriebswirtschaftlich (!) kostengünstigere Vorhaltung medizinischer Leistungen ab, während Details dieses Kostenvorsprungs unausgesprochen bleiben. Dabei bekommen die Auswirkungen dieser Rationalisierungsmaßnahmen inzwischen nicht mehr nur die Beschäftigten, sondern auch die Patient(inn)en zu spüren. Spätestens dann, wenn private Krankenkettensysteme wie Sana, Helios, Rhön und As-

klepios mehrere öffentliche Krankenhäuser in unmittelbarer Nähe voneinander erwerben, ist die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhauseinrichtungen bedroht, da diese Klinikketten ihre Standorte vielfach konzentrieren, sprich: sich aus der Fläche zurückziehen. Werden Standorte und Abteilungen nicht in Gänze geschlossen, so wird häufig die Zahl der Betten reduziert (vgl. Hontschik 2019).

Eine Frage des Case Mix

Wenn Krankenhäuser aber nun darauf setzen, möglichst viele Patient(inn)en in möglichst kurzer Zeit zu behandeln, ist dies Ausdruck eines marktkonformen Verhaltens, welches der Dumpinglogik folgt. So ist es aus betriebswirtschaftlicher Perspektive vielversprechend, die Flucht in die Menge „planbarer Eingriffe“ mit einem möglichst hohen *Case Mix* anzutreten, d. h. auf Eingriffe mit einem hohem Schweregrad der behandelten Fälle zu setzen, die hohe Einnahmen, aber möglichst geringe Kosten generieren. Kliniken, die das DRG-System eingeführt hatten, konnten ihre Einnahmen so zwischen 2005 und 2011 um immerhin 23,1 Prozent steigern. Doch die hiermit verbundene Mehrarbeit kann bei gleichzeitig stattfindendem Personalabbau nur zu Lasten der Qualität gehen. Dies gilt unweigerlich für alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft; bei privat geführten Krankenhäusern erwächst aus der Verpflichtung, Profite zu erzielen, jedoch noch weitreichenderer Druck. Diese Tendenz kommentierte der langjährige Präsident der Berliner Ärztekammer, Günther Jonitz, wie folgt: „Ein Krankenhaus gefährdet seine Existenz heute stärker, wenn es schlechte wirtschaftliche Leistungen erbringt, als wenn es schlechte Medizin macht. Das ist weder im Sinne der Patienten noch der Ärzte“ (zitiert nach Baumann 2012).

Seit der Umstellung des Krankenhausfinanzierungssystems von Tagespauschalen auf das DRG-System stoßen auch die privaten Krankenhausbetreiber bei der Erwirtschaftung von Gewinnen an Grenzen. Durch die Umstellung von Tagespauschalen, die für eine Behandlung retrospektiv, also nach Beendigung der Behandlung von den Krankenkassen gezahlt wurden, gibt das neue System nun prospektiv die Dauer sowie die von den Krankenkassen finanzierten Kosten für die Behandlung der jeweiligen Krankheit vor. Ein Patient, der eine über die Maßgaben der fallbezogenen Gruppeneinteilung hinausgehende Behandlung erforderlich macht, kann somit zu einer regelrechten „Kostenfalle“ für den Krankenhausbetreiber werden. Um dies zu vermeiden, kommt es gelegentlich zu ethisch fragwürdigen Situationen, in denen Patient(inn)en bereits vor einem erfolgreichen Behandlungsabschluss entlassen werden, damit dem Krankenhaus keine Zusatzkosten entstehen.

Die Auswirkungen dieser Rationalisierungsmaßnahmen bekommen inzwischen nicht mehr nur die Beschäftigten, sondern auch die Patient(inn)en zu spüren. Häufiger als Standortschließungen kommen jedoch Abteilungsschließungen vor, wie die unlängst erfolgte Schließung der einzigen Geburtshilfestation auf der Insel Sylt durch den Klinikbetreiber Asklepios-Kliniken GmbH noch einmal in Erinnerung gerufen hat. Offiziell begründet wurde die Schließung mit der niedrigen Geburtenrate auf der Nobelinsel sowie der schwierigen personellen Situation. Der wesentliche, der Öffentlichkeit jedoch ver-

schwiegene Grund dafür, dass es nun keine neugeborenen Sylter mehr gibt, dürfte indes darin gelegen haben, dass Geburtshilfeabteilungen stets zu den unwirtschaftlichen Einheiten eines Krankenhauses zählen und das vergleichsweise neue System der Fallpauschalen den mit Entbindungen einhergehenden Aufwand nicht adäquat widerspiegelt.

Werden Standorte und Abteilungen nicht in Gänze geschlossen, so wird häufig die Zahl der Betten reduziert, was bereits Zustände provoziert hat, in denen Patient(inn)en in den Krankenhausgängen platziert werden mussten – so etwa im Sana Klinikum Offenbach, in den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden sowie in den kommunal verantworteten Kliniken Fulda und Aschaffenburg-Alzenau sowie in den in freigemeinnütziger Trägerschaft geführten Krankenhäusern St. Vinzenz Braunschweig und Hedwigshöhe in Berlin. Herbe Kritik ist auch mit Blick auf In-House-Verlautbarungen zu formulieren, wonach die Liegezeiten verkürzt werden sollen, so dass Patient(inn)en mitunter ohne eine angemessene Nachversorgung verfrüht entlassen werden. Schon aufgrund der Reduktion examinierter Pflegekräfte bzw. des Ersatzes dieser durch Pflegeassistent(inn)en verringert sich die tatsächliche Kontaktzeit mit den Patient(inn)en. Eine an den Bedürfnissen der Patient(inn)en orientierte Pflege kann dementsprechend in vielen Einrichtungen nicht mehr gewährleistet werden.

Diese Entwicklung lässt US-amerikanische Zustände befürchten, wie sie 2.300 Ärzte aus Massachusetts 1997 in einem im Journal of the American Medical Association erschienenen Hilferuf beschrieben (zitiert nach Reimon/Felber 2003, 49): „Die Zeit, die wir mit den Kranken verbringen dürfen, schrumpft unter dem Druck, den Durchlauf zu erhöhen, als ob wir es mit industriellen Gebrauchsgegenständen zu tun hätten und nicht mit Menschen. [...] Ärzte und Krankenschwestern werden mit Drohungen und Bestechungen geschubst, die Loyalität zum Patienten aufzugeben und die Kränksten zu meiden, die unprofitabel sein könnten. Einige von uns riskieren eine Kündigung oder ‚Auslistung‘, weil sie teure Behandlungen gewähren oder gar nur diskutieren, und vielen wird ein Bonus angeboten, wenn sie die Pflege minimieren.“

Kein Markt wie jeder andere

Seit Jahrzehnten propagieren Marktapologeten die Privatisierung der Gesundheitssysteme, obwohl die Andersartigkeit des Gesundheitsmarktes seit den Arbeiten des 1972 mit dem „Ökonomie-Nobelpreis“ ausgezeichneten Wirtschaftswissenschaftlers Kenneth Arrow anerkannt ist. Das für funktionierende Märkte konstitutive Prinzip der Konsumentenfreiheit greift auf dem Gesundheitsmarkt nicht, weil Kranke nicht als Kund(inn)en auftreten, sondern dem Markt ausgeliefert sind. Während Güter und Dienstleistungen auf Märkten für gewöhnlich freiwillig in Anspruch genommen werden (Ausnahme: Drogenmarkt) oder aber als Privileg begriffen werden (Schulpflicht auf dem „Bildungsmarkt“), nimmt niemand freiwillig Gesundheitsleistungen in Anspruch. Unabhängig davon, wie preiswert oder effizient eine Behandlung ist, will niemand krank sein. Bei vielen Gütern können wir den Gürtel enger schnallen, aber wer schwer krank ist, kann nicht auf seine Medikamente verzichten. Den Urlaub zu stornieren, weil es finanziell knapp wird, geht, aber eine Krankheit lässt sich nicht zurückgeben, wenn das Geld (zu) knapp ist.

Es bleibt zu hoffen, dass die gesamtgesellschaftliche Sorge um die Gesundheit zu einer gesundheitspolitischen Kehrtwende führt. Die Tatsache, dass es zu Beginn der Corona-Pandemie in hiesigen Krankenhäusern an Atemschutzmasken, Desinfektionsmitteln und Beatmungsgeräten mangelte, ist von vielen Menschen als Armutszeugnis eines vom betriebswirtschaftlichen Imperativ geprägten Gesundheitssystems gedeutet worden. Eine wachsende Zahl von Menschen erfüllt mit Sorge, dass die Krankenkassen darauf drängen, vom „Payer“ zum „Player“ zu werden, indem sie nicht mehr nur zahlen, sondern zugleich ihre Idee eines „kostenträgerorientierten“ Wettbewerbs umsetzen. Nicht ohne Grund gehören der Sana Kliniken AG als drittgrößter privater Klinikgruppe hierzulande 25 Unternehmen der privaten Krankenversicherungen, die als Aktionäre der Shareholder Value-Orientierung verpflichtet sind. Prägnant formuliert hat dies unlängst der Chirurg und Buchautor Bernd Hontschik (2020): „Das Sozialsystem Gesundheitswesen verkommt zu einer Gesundheitswirtschaft. Dividenden werden aus den Krankenkassenbeiträgen der Solidargemeinschaft generiert. Das muss aufhören. Sozialsysteme kann man nicht optimieren. Man verkauft ja auch nicht die Feuerwehr an Investoren und schaut dann zu, wie Stellen gestrichen werden, weil es länger nicht gebrannt hat.“

Die Corona-Pandemie wäre folglich nicht nur ein geeigneter Ausgangspunkt, um den über die Privatisierung von Krankenhäusern und Gesundheitsleistungen forcierten Wettbewerb im Gesundheitswesen aufzugeben und die Pflegekräfte angemessen zu bezahlen. Zugleich deutet das gesamtgesellschaftliche Bewusstsein in eine vielversprechende Richtung, wonach das Patientenwohl wieder zum Kern ärztlichen Handelns erklärt, die Ungleichbehandlung im dualen Versicherungssystem beendet, die Finanzierung der Krankenhäuser via Fallpauschalen abgeschafft und der über die Privatisierung von Gesundheitsleistungen forcierte Wettbewerb aufgegeben werden sollte. Erst dann, wenn das Geschäft mit der Gesundheit ein Ende gefunden hat, wird das Krankenhausgesetz adäquat umgesetzt. Wir sollten Gesundheitseinrichtungen nicht länger als Wirtschaftseinheiten begreifen und uns im Spiegel der „Corona-Krise“ die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitssektors vergegenwärtigen. An die Stelle der betriebswirtschaftlich optimalen Behandlung von Patient(inn)en muss endlich wieder deren bestmögliche medizinische Versorgung als oberstes gesundheitspolitisches Ziel treten – erst recht in einem reichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland.

Literatur

- Baumann, Daniel (2012): Die Patienten-Fabrik, in: Frankfurter Rundschau v. 19.6.
- Engartner, Tim (2016): Staat im Ausverkauf. Privatisierung in Deutschland, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Hontschik, Bernd (2019): Erkranken schadet Ihrer Gesundheit, Frankfurt am Main: Westend.
- Hontschik, Bernd (2020): „Das ist doch unfassbar, dass ein Gesundheitsminister so auftritt!“, Interview, in: Frankfurter Rundschau v. 31.5.
- Reimon, Michel/Felber, Christian (2003): Schwarzbuch Privatisierung. Was opfern wir dem freien Markt?, Wien: Ueberreuter.
- Sibbel, Rainer (2010): Krankenhäuser als Wirtschaftseinheiten – ökonomische Aspekte und Herausforderungen, in: Friedrich Heubel/Matthias Kettner/Arne Manzeschke (Hg.), Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven, Wiesbaden: Springer VS, S. 43-58.