

Kai Mosebach und Nadja Rakowitz

Fabrik Krankenhaus

Seit Wochen bewegt der Organspende-skandal an den Unikliniken Göttingen und Regensburg die Gazetten der Republik. Er wirft ein Schlaglicht auf Missstände in einem besonders sensiblen medizinischen Bereich, ein viel grundlegenderes Problem des gesamten Krankenhausesektors bleibt dabei jedoch ausgeblendet: Die Krankenhäuser befinden sich seit Jahren in einem harten Konkurrenzkampf, längst hat sich auch hier die Wettbewerbslogik durchgesetzt. Doch was sich ökonomisch auszahlt, ist nicht immer gut für die Patienten. Einerseits führen Ärzte immer öfter nicht notwendige, aber für die Krankenhäuser lukrative medizinische Behandlungen durch, andererseits droht gerade auf dem Land der Abbau einer flächendeckenden Grundversorgung. An die Stelle einer am Patienten orientierten Versorgung tritt zunehmend eine an betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgerichtete Krankenhausökonomie.

Mehr Arbeit, weniger Personal

Die Barmer-GEK stellte bereits im Jahr 2010 in ihrem Krankenhausreport fest, dass die Anzahl von Hüftoperationen seit 2003 – altersbereinigt – um 9 Prozent gestiegen ist und Knieoperationen gar um rund 43 Prozent zugenommen haben.¹ Dass diese Steigerung nicht allein medizinisch begründet sein kann, betonte im Frühjahr dieses Jahres auch der Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), Jo-

hann-Magnus von Stackelberg: „Vieles deutet darauf hin, dass in den Kliniken aufgrund ökonomischer Anreize medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden.“²

Parallel zu dieser Entwicklung wurden in den Jahren von 1996 bis 2008 insgesamt rund 50000 Vollkraftstellen, vor allem in der Krankenhauspflege, abgebaut – das entspricht einem Anteil von 14,2 Prozent oder jeder siebten Stelle. Immer weniger Pflegekräfte müssen also immer mehr Patienten versorgen. Für die Beschäftigten führt dies zu einer ungeheuren Arbeitsverdichtung – für das Unternehmen Krankenhaus hingegen, betriebswirtschaftlich gesprochen, zu einer deutlichen „Produktivitätssteigerung“. Die Beschäftigten bezahlen diese mit negativen Auswirkungen auf ihre eigene Gesundheit.

Zeitgleich kam es im deutschen Gesundheitswesen zu einem Privatisierungsschub: Inzwischen gibt es mehr Krankenhäuser in privatwirtschaftlicher als in öffentlicher Trägerschaft. Wie hängen der sprunghafte Anstieg medizinisch nicht notwendiger Operationen, der Personalabbau und die Privatisierung von Krankenhäusern miteinander zusammen?

Wettbewerb mit Fallpauschalen

Zum besseren Verständnis lohnt sich ein Blick in die Vergangenheit: Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre stiegen die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

¹ Vgl. Barmer-GEK, Report Krankenhaus 2010, Pressekonferenz Berlin, 27.7.2010.

² GKV Spitzenverband, Mengenentwicklung im Krankenhausbereich, Pressemitteilung, 30.5.2012.

Da die Krankenkassenbeiträge als sogenannte Lohnnebenkosten anteilig auch vom Arbeitgeber zu finanzieren sind und damit – gemäß neoliberaler Angebotstheorie – einen Konkurrenzvorteil auf dem Weltmarkt darstellen, bemühte sich die Politik darum, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Unbeachtet blieb dabei, dass der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt nicht stieg, sondern weitgehend konstant blieb.

In diesem Zusammenhang wurde ab Ende 2003 für den stationären Sektor ein neues Abrechnungssystem nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) eingeführt. Dieses folgt dem Prinzip „eine Leistung, ein Preis“ – und zwar unabhängig davon, wie lange ein Patient im Krankenhaus verweilt. Allerdings gilt pro DRG eine durchschnittliche Liegezeit, um allzu frühzeitige Entlassungen zu vermeiden.

Vor dieser Reform basierte das Vergütungssystem auf krankenhausespezifischen individuellen Pflegesätzen, bei denen die sogenannten Liegezeiten mit berücksichtigt wurden, um die (betriebswirtschaftlichen) Selbstkosten des Krankenhauses zu decken. Hierdurch setzte es – nach herkömmlicher Lesart – Fehlanreize für lange Krankenhausaufenthalte, die für unnötige Ausgabensteigerungen in der stationären Krankenversorgung sorgten. Das neue System sollte im Gegenteil Anreize für die Verkürzung der langen Liegezeiten geben und so die stationäre Behandlung effizienter machen. Zudem sollte der nun explizit geforderte Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern auch dazu führen, dass weniger profitable Krankenhäuser am Markt scheitern und auf diese Weise bestehende Überkapazitäten abgebaut werden.

Fehlanreize durch neuen Kostendruck

In den ersten Jahren nach Einführung des DRG-Systems lieferten sich die Krankenhäuser daher einen Kosten-

senkungswettbewerb, bei dem sie sich vor allem durch Personalabbau, Restrukturierung und Spezialisierung Vorteile zu verschaffen suchten. Dabei gerieten die Kliniken in eine zunehmende Kostenklemme: Zum einen führten ihre Einsparungen dazu, dass die vom Institut für die Erlössystem im Krankenhauswesen (InEK) errechneten und pro Fall gezahlten (Durchschnitts-)Pauschalen sanken. Zum anderen ist die Steigerung der Krankenhausbudgets strikt an die Steigerung der Grundlohnsumme – die Summe des beitragspflichtigen Einkommens aller Mitglieder der Krankenkassen – gekoppelt, unabhängig davon, wie hoch die (betriebswirtschaftlichen) Kostensteigerungen für die Krankenhäuser tatsächlich ausfallen. Doch trotz aller Sparbemühungen sind die Ausgaben der Krankenhäuser zwischen 2005 und 2011 um 27,9 Prozent gestiegen, deutlich mehr als die Grundlohnsumme gestiegen ist. – Die Krankenhäuser sind somit chronisch unterfinanziert.

Dass Kliniken „in die Menge gehen“, also möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit behandeln, ist dem Druck der beschriebenen Dumpinglogik geschuldet, und entspricht somit nichts anderem als einem marktconformen Verhalten. Die Flucht in die Menge „planbarer Eingriffe“ mit möglichst hohem *Casemix* – das heißt hohem Schweregrad der behandelten Fälle, der hohe Einnahmen, aber möglichst geringe Kosten generiert – ist eine vielversprechende betriebswirtschaftliche Strategie, dem Kostendruck zu widerstehen bzw. die Gewinne zu steigern. Denn mit jedem neuen Fall bekommen die Krankenhäuser zusätzliches Geld, mit dem sie die gestiegenen Betriebskosten auszugleichen suchen: So konnten die Kliniken die Einnahmen zwischen 2005 und 2011 um immerhin 23,1 Prozent steigern. Die damit verbundene Mehrarbeit kann jedoch bei gleichzeitigem Personalabbau nur zu Lasten der Qua-

lität ausfallen. Dies gilt für alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft. Bei privat geführten Krankenhäusern kommt zusätzlich der Druck hinzu, auch noch Profite erzielen zu müssen. Der Präsident der Berliner Ärztekammer, Günther Jonitz, fasste diese Tendenz jüngst so zusammen: „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.“³

Gerade für Patienten ist diese Entwicklung eine Katastrophe, denn medizinisch überflüssige Leistungen sind für sie genauso schädlich wie verweigerter Leistungen. Hierzu zählen nicht nur die bereits genannten Hüft- und Kniegelenkprothesen. Auch die Anzahl der Herzkatheteruntersuchungen und einiger gynäkologischer Leistungen, insbesondere geplante Kaiserschnitte (mit anschließender Frühgeburtspflege), ist rasant gestiegen. Ob es sich dabei in jedem einzelnen Fall um eine unnötige medizinische Leistung handelte, ist methodisch nur schwer zu bestimmen.⁴ Der zeitgleich zur DRG-Einführung verlaufende Anstieg der (altersbereinigten) Fallzahlen ist allerdings zu offensichtlich, als dass es sich um einen rein zufälligen Zusammenhang handeln könnte.

Wohnortnahe Versorgung ist bedroht

Hinzu tritt ein weitere Veränderung, die sich negativ auf die Patienten auswirkt: Im Zuge der neoliberalen Strategie des „Ausblutens“ der öffentlichen Hand – und verschärft durch die Fi-

nanzkrise sowie die in der Verfassung verankerte Schuldenbremse – haben sich die kommunalen Krankenhäuser zu einem veritablen Finanzierungsrisiko für viele Gemeinden und Städte gewandelt. Der Anteil der privatwirtschaftlich geführten Krankenhäuser in Deutschland ist daher in den letzten 20 Jahren von 15 Prozent (1991) auf 33 Prozent (2010) angestiegen. Vor dem Hintergrund der noch schärferen fiskalischen Strangulierung öffentlicher Haushalte im Kontext der Eurokrise ist nicht zu erwarten, dass die Privatisierungswellen in Deutschland gänzlich verebben. Allerdings dürften zukünftig vor allem Zusatzleistungen in den Krankenhäusern auf der Privatisierungsagenda stehen.

Zugleich zeichnet sich ein grundlegender Umbruch in der Krankenhausversorgung ab: Denn das DRG-System fördert den Zusammenschluss verschiedener Krankenhäuser in einen Verbund: Krankenhäuser, die nicht kostendeckend arbeiten, können der DRG-Logik zufolge bestimmte Leistungen nicht mehr anbieten oder sie müssen über Zusammenschlüsse „Betriebsgrößenvorteile“ bzw. *economies of scale* erzielen. Dies wird umso schwieriger, je mehr die Fallpauschalen abgesenkt und die stationären Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt gedeckelt werden. Die in einem Verbund zusammengeschlossenen Kliniken bieten dann zwar mitunter noch das gesamte Spektrum an Krankenhausleistungen an, für die Patienten wird der Weg aber bisweilen weit sein. Damit ist die wohnortnahe Versorgung mit grundlegenden Krankenhausleistungen (Geburtshilfe, allgemeine Chirurgie) gefährdet, insbesondere wenn keine Alternativen im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen.

Zwar verfügen die Bundesländer über vielfältige Steuerungsinstrumente, um die örtliche Krankenhausversorgung zu sichern. Dabei handelt es sich jedoch vor allem um finanzielle Zuschüsse für Krankenhäuser der

3 Zit. nach: Daniel Baumann, Die Patienten-Fabrik, in: „Frankfurter Rundschau“, 19.6.2012.

4 Vgl. Kai Mosebach, Kommerzialisierung und Ökonomisierung von Gesundheitssystemen. Ein essayistischer Problemaufriss zur Identifizierung möglicher Felder zukünftiger medizinsoziologischer Forschung, Diskussionspapier 2/2010, Institut für Medizinische Soziologie, Frankfurt a.M., S. 66 ff.

Grundversorgung, die derzeit nicht kostendeckend arbeiten können, deren Fortbestehen aber für wünschenswert gehalten wird. Ob freilich vor dem Hintergrund fiskalischer Engpässe in vielen kommunalen Budgets und Länderhaushalten die wohnortnahe Versorgung auch zukünftig sicher ist, ist keinesfalls ausgemacht.

Kommerzialisierung statt Qualitätswettbewerb

Die Zunahme der behandelten „Fälle“ und die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser sind eine Folge des komplexen Übergangs in eine kommerzialisierte Krankenversorgung. Ein wichtiger Bestandteil dieses Problemkomplexes ist die Vermögens- und Einkommensumverteilung vom öffentlichen zum privaten Sektor und von den einkommensschwachen zu den einkommensstarken Haushalten.

In dieser Situation der politisch hergestellten ökonomischen Knappheit konkurrieren aktuell die expandierenden Krankenhausverbände und die Krankenkassen um die Hegemonie in der Krankenhauspolitik: Die renditegetriebenen Krankenhausverbände – so etwa die privaten Krankenhauskonzerne Rhön AG und Asklepios – forcieren den ökonomischen Wettbewerb und üben damit fortwährend Druck auf öffentliche und freigemeinnützige Häuser aus. Von dem versprochenen Qualitätswettbewerb ist allerdings nichts zu bemerken. Dies trifft umso mehr zu, als kaum auf die Qualität der Diagnose, sondern vor allem auf formale Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung fokussiert wird. Unnötig angesetzte Operationen bleiben damit ebenso unentdeckt, wie unvorhergesehene Komplikationen nicht-indizierter Behandlungen.

Die Krankenkassen möchten dem anbietergetriebenen Wettbewerb entgegenwirken und nicht mehr nur zahlen, sondern auch mitbestimmen, wel-

che Krankenhäuser erhalten bleiben und welche schließen müssen, kurz: Sie wollen vom *Payer* zum *Player* werden. Einen solchen „kostenträgerorientierten“ Wettbewerb empfiehlt auch eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung. Sie plädiert für den „Übergang vom Kollektiv- zu einem Selektivvertragssystem“.⁵ Damit soll die Vertragsmacht der Krankenkassen gegenüber den Krankenhausträgern gestärkt werden. Krankenhäuser, die aus Sicht der Krankenkassen entweder ineffizient arbeiten oder qualitativ minderwertige Leistungen anbieten, sollen keine neuen Verträge bekommen und im Extremfall geschlossen werden. Doch so lange die Krankenkassen in wirtschaftlicher Konkurrenz zueinander stehen, wird sich auch diese Wettbewerbsstrategie negativ auf die wohnortnahe Versorgung auswirken. Zudem werden die Bundesländer ihren Einfluss nicht an die Krankenkassen abgeben, sodass schließlich auch weiterhin der „anbietergetriebene“ Wettbewerb der großen Krankenhausverbände die Oberhand behalten wird.

Was jedoch jenseits dieser beiden konkurrierenden Strategien nottut, ist ein grundsätzlicher „Kulturwandel im Gesundheitswesen“,⁶ der wieder das Patientenwohl zum Ausgangspunkt ärztlichen Handelns macht. Es ist eine Illusion zu glauben, dass dafür nur kleine Stellschrauben besser justiert werden müssten. Vielmehr darf man sich nicht scheuen, die Finanzierung über Fallpauschalen im Krankenhaus im Besonderen und den Wettbewerb im Gesundheitswesen insgesamt in Frage zu stellen.

5 RWI, Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Endbericht, Essen 2012, S. 5.

6 Vgl. Thomas Gerlinger und Kai Mosebach, Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: Dies. u.a., Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg 2009, S. 10-40.