

Geld oder Leben?

Die Zukunft der Krankenhausversorgung



Aktion von Bündnis Klinikrettung bei der Gesundheitsministerkonferenz in Lübeck-Travemünde | Foto: Gemeingut

Inhalt

Krankenhauskahlschlag	Seite 2
Viele leere Versprechungen	Seite 2
„Wir können die Krankenhausversorgung nicht optimieren, ohne die Versorgung zu gefährden“	Seite 3
Erfolglose, aber folgenschwere Sparmaßnahmen	Seite 3
Gesundheitseinrichtungen als Motor ländlicher Regionen	Seite 3
Mission Klinikrettung	Seite 4
Aktiv für Gemeingüter	Seite 4
Petition jetzt unterschreiben	Seite 4

Seit Jahrzehnten formen Regierungen unser Gesundheitssystem um: weg vom Sozialsystem hin zum Wirtschaftszweig. Auch die aktuelle Krankenhausreform verlässt den Pfad der Ökonomisierung nicht. Arzt und Autor Dr. med. Bernd Hontschik zeichnet die Entwicklung nach und beschreibt die Folgen.

Die Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens ist kein Naturgesetz. Sie ist politisch gewollt – von einer Minderheit vorangetrieben und von der Mehrheit kaum verstanden. Der Prozess erfolgt schrittweise:

Der erste Schritt: investorenfreundliche Gesetze

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz führte der Bundestag im Jahr 1972 die öffentliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionen ein, die es so vorher nicht gegeben hatte. Die Krankenkassen hatten bis dahin erbärmliche Tagessätze gezahlt, die Defizite mussten die Träger decken – Kommunen und Kirchen. Der Gesetzgeber übertrug die Investitionsfinanzierung den Ländern. Die neue Finanzierungssituation machte Krankenhäuser für private Investoren attraktiv.

Die heutige Rhön-Klinikum AG mit ihrem Gründer Eugen Münch ist ein klassischer Fall dafür. Der umtriebige Betriebswirt Münch nutzte die Stellschrauben Personal- und Betriebskosten, um aus einer maroden Kurklinik den ersten erfolgreichen deutschen Klinikkonzern zu formen. Er und seine Nachahmer trafen auf Kommunen, die mit ihren Krankenhäusern rote Zahlen schrieben und sie lieber heute als morgen loswerden wollten. Und die Bundesregierung ging noch einen Schritt weiter: Ab 1985 ermöglichte sie, Gewinne mit dem Krankenhausbetrieb zu machen.

Die Privatisierung der Krankenhäuser hat also drei Wurzeln: erstens den Einstieg durch privatisierungsfreundliche Gesetze, zweitens die antiquierte ökonomische Struktur kommunaler und kirchlicher Krankenhäuser und drittens das

Bestreben vieler Kommunen, sich einen Klotz vom Bein zu schaffen.

Der zweite Schritt: fehlende öffentliche Finanzierung

Neben den Ländern, die die Investitionen finanzierten, kamen die Krankenkassen für den laufenden Betrieb der Krankenhäuser auf. Das Ganze nennt man duale Krankenhausfinanzierung: Die Länder sind für Bauten, Einrichtung und Modernisierungen zuständig, die Krankenkassen für das Personal und den Unterhalt. Für private Träger war das vollkommen risikofreie Geschäft attraktiv, Einnahmen waren durch die stete Nachfrage und die gesetzlichen Rahmenbedingungen praktisch garantiert.

Die duale Krankenhausfinanzierung ist inzwischen gescheitert. Seit Jahren bringen die Länder nur die Hälfte der erforderlichen und gesetzlich vorgeschriebenen Investitionsfinanzierung auf. Das ist ein entscheidender Grund für die katastrophale finanzielle Situation der Krankenhäuser. Da Investitionen unumgänglich sind, entnehmen sie das notwendige Kapital aus dem laufenden Unterhaltsbereich und sind zudem gezwungen, teure Kredite am freien Markt aufzunehmen. So geraten Kliniken in finanzielle Schwierigkeiten. Früher fielen zahlreiche solcher Kliniken in die Hände der Privaten, heute werden viele einfach geschlossen.

Der dritte Schritt: Fallpauschalen und Case Mix Index

Der nächste Privatisierungsschritt erfolgte in den 2000er Jahren. Das Parlament beschloss die Diagnosis Related Groups (DRG, deutsch: Fallpauschalen). Bis dahin waren

die laufenden Unterhaltskosten der Krankenhäuser mit Tagessätzen finanziert worden. Die Krankenhäuser wurden also nach Liegezeit bezahlt und versuchten, sie möglichst zu verlängern. Als das zeitorientierte System durch ein diagnoseorientiertes abgelöst wurde und die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt wurden, fingen sie an, die Liegezeit so kurz wie möglich zu halten und damit die Fallzahl zu erhöhen. Da auch die Schwere der Diagnosen eine Rolle spielt, muss man sie so schwerwiegend wie möglich deklarieren. Es kommt also zu einer Liegezeitverkürzung und zu einer Fallzahlerhöhung, um im gleichen Zeitraum wie bisher maximal viele Fälle und maximal schwere Diagnosen abrechnen zu können. Die Zahl der Patient:innen stieg an, zugleich auch der Arbeitsdruck. Die Einsparungen und die hohe Arbeitsbelastung setzten eine zerstörerische Spirale in Bewegung: Durch den massiven Stellenabbau von mehr als 50.000 Stellen in den letzten zehn Jahren wurde die medizinische Arbeit besonders im Pflegebereich immer schwieriger. Eine Fluchtbewegung Zehntausender Pflegekräfte setzte ein, von der sich das Gesundheitswesen bis heute nicht erholt hat.

Der Case Mix Index (CMI) ist der Durchschnitt aller DRG, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen abrechnet. Je höher der Index, desto höher die Vergütung. Erreicht eine Abteilung den von der Geschäftsleitung eines Krankenhauses vorgegebenen Case Mix Index nicht, so droht ihr die Teilschließung. Erreicht ein ganzes Krankenhaus die Gewinnzone nicht, droht die komplette Schließung oder der Verkauf.

Die Unterfinanzierung durch die DRG lässt sich bislang am deutlichsten bei den Kinderkliniken und den Kreisläsen beobachten, die seit Jahren den drastischsten Kahlschlag erleiden. Aber auch andere Bereiche der Grundversorgung und die Notfallversorgung sind stark defizitär und werden vielfach geschlossen. Gleichzeitig ist eine Zunahme operativer Eingriffe mit hoher Vergütung gegenüber einem rasanten Rückgang der „sprechenden“ Beziehungsmedizin zu beobachten.

Die Privatisierung und Gewinnorientierung brachte Armeen von Unternehmensberatern hervor. Deren Frage ist nicht: Was brauchen die Kranken? Oder: Wie viele Ärzt:innen und Pflegekräfte werden für eine gute Medizin gebraucht? Sie interessiert: Was bringt der Patient ein? Und: Wie viele Stellen kann man streichen? Das Fatale an dem Bezahlungssystem war und ist die Verknüpfung der medizinischen Tätigkeit und Diagnose mit der Höhe der Bezahlung. Generieren allein die Diagnosen die Einnahmen des Krankenhauses, werden sie zum Zielobjekt der Ökonomen. Tausende von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenhäuser kämpfen mit Tausenden von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenkassen um jeden Euro.

Der vierte Schritt: Medizinische Versorgungszentren

Inzwischen greifen die Klinikkonzerne mehr und mehr auch nach dem ambulanten Medizinbetrieb, beispielsweise durch den Kauf freierwerdender Arztstühle und die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Kooperationsform MVZ gibt es seit dem

Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004. Gab es 2007 nur in einem Fall den Kauf eines MVZ durch private, branchenfremde Kapitalgeber, waren es 2021 schon 138. Ende 2021 waren über 500 der bundesweit knapp 4.000 MVZ in privater Hand. Inzwischen boomen die ambulanten MVZ für gut bezahlte Fächer wie Labormedizin, Radiologie, Onkologie, Kardiologie oder Augenheilkunde. Schlecht bezahlte Bereiche wie die Kinderheilkunde verkümmern. Nicht medizinische Notwendigkeiten oder der lokale, regionale Bedarf sind für Investoren entscheidend, sondern einzig die Rendite.

Der fünfte Schritt: die Reform und ihre Reform

Anfang 2025 trat das Krankenhausverbesserungsgesetz in Kraft – angekündigt als große Reform oder gar als Revolution. Im Wesentlichen geht es dabei um die Einführung von Leistungsgruppen, mit denen den Krankenhäusern Versorgungsaufträge zugewiesen werden. Dafür müssen sie vor allem bestimmte Mengenvorgaben erfüllen und werden nur für die ihnen zugewiesenen Leistungen bezahlt. Neben der Finanzierung über Fallpauschalen wird eine Vorhaltefinanzierung eingeführt, die jedoch auch nur eine mengenorientierte Pauschale ist. Mit der DRG-Logik wird also nicht gebrochen. Für kleine und mittelgroße Krankenhäuser wird es schwer, die Vorgaben der Leistungsgruppen zu erfüllen. Die Versorgung in ländlichen Gebieten ist daher gefährdet, regionale Besonderheiten bleiben unberücksichtigt – ein großangelegter Kahlschlag ist vorprogrammiert und beabsichtigt. Die Bundesländer setzen sich deswegen für eine Reform der Reform ein und fordern mehr Entscheidungsmacht. Aber auch sie hinterfragen das Grundübel nicht: die Profitorientierung der Krankenhäuser.