WOLFGANG ALBERS

ZUR KASSE, BITTE!



GESUNDHEIT ALS GESCHÄFTS-MODELL

REPORT

DAS NEUE BERLIN

WOLFGANG ALBERS

ZUR KASSE, BITTE!



GESUNDHEIT ALS GESCHÄFTS-MODELL

REPORT

DAS NEUE BERLIN

ISBN eBook 978-3-360-50135-6 ISBN Print 978-3-360-01312-5

© 2016 Verlag Das Neue Berlin, Berlin Umschlaggestaltung: Buchgut, Berlin

Die Bücher des Verlags Das Neue Berlin erscheinen in der Eulenspiegel Verlagsgruppe.

www.eulenspiegel.com

Wolfgang Albers

ZUR KASSE, BITTE!

Gesundheit als Geschäfts-Modell

Das Neue Berlin

Über dieses Buch

Das Gesundheitswesen ist eigentlich eine Gesundheitsindustrie. Kranke heißen Kunden. Krankenhäuser sind Profitcenter und Renditefabriken, Ärzte Unternehmer. Seelsorge und Barmherzigkeit, Grundtugenden medizinischer Betreuung, werden im Minutentakt nach Vorgabe verrichtet ... Wolfgang Albers kennt sich als Praktiker und Gesundheitspolitiker bestens mit dieser Materie aus. Unser Gesundheitssystem ist nach wie vor eine der stabilsten Säulen des deutschen Sozialstaates, sagt er. Doch es ist auch das Objekt ökonomischer Begierden, ein krisensicherer und konjunkturunabhängiger Anlagemarkt. Krankheit ist ein Geschäftsmodell. Für das wir alle bezahlen.

Über den Autor

Wolfgang Albers, geboren 1950 in Essen, studierte Medizin und absolvierte eine Ausbildung zum Chirurgen. Er war Oberarzt in der Allgemein- und Gefäßchirurgie des Humboldt-Krankenhauses, Mitglied des Betriebsrates bei Vivantes, des Zusammenschlusses von neun öffentlichen Krankenhäusern Berlins, von 2002 bis 2008 gewählter Delegierter in der Berliner Ärztekammer. Seit 2006 ist er Mitglied des Abgeordnetenhauses und gesundheits- und wissenschaftspolitischer Sprecher der Fraktion Die Linke.

Hat man viel, so wird man bald Noch viel mehr dazu bekommen. Wer nur wenig hat, dem wird Auch das wenige genommen. Wenn du aber gar nichts hast, Ach, so lasse dich begraben – Denn ein Recht zum Leben, Lump, Haben nur, die etwas haben.

Heinrich Heine, 1851 auf dem Krankenlager in seiner Pariser »Matratzengruft«

Inhalt

Einleitung

Kapitel 1

Die Entstehung der sozialen Sicherungssysteme

I Der Sozialstaat: ein historischer Kompromiss

II Zuckerbrot und Peitsche

III Die Entwicklung der Krankenkassen: von der Selbsthilfe zur Solidargemeinschaft

IV Die Anfänge des Kassenarztsystems

V Die verpasste Chance: kein Neubeginn

VI Die Solidargemeinschaft als Auslaufmodell: der Angriff auf die Gesetzliche Krankenversicherung

VII Privat statt solidarisch: der Umbau des Systems hat schon begonnen

Kapitel 2

Der Arzt als Unternehmer

I Die Kassenärztliche Vereinigung: eine Kaufmannsgilde

II Die ärztliche Praxis als Wirtschaftsbetrieb

III Die »freie« Praxis als Auslaufmodell?

Kapitel 3

Gesundheit als Ware

I Der Patient am Ladentisch

II Pille sucht Patient

III Die Macht der Pharmalobby: neun Mal teurer als Gold

Kapitel 4

Märchen, Mythen und semantische Gaukeleien: Über explodierende Kosten, den demographischen Wandel und den Merkelschen Selbstbehalt I Selbstbehalt und Eigenverantwortung: der Griff in die Taschen der Versicherten

II Die Kostenexplosion: eine Bombe tickt seit 40 Jahren

III Das Älterwerden: ein Generationenverrat?

Kapitel 5

Die Wandlung der Krankenhäuser in Profitcenter und Renditefabriken

I Die Industrialisierung der Medizin: das System der Fallpauschalen

II Wie die ökonomische Logik zum Maß der Dinge wird

III Das Ende der Barmherzigkeit

IV Daseinsvorsorge als Marktgeschehen

V Die politische Zechprellerei geht weiter

VI Was eigentlich ist medizinische Qualität?

VII Über Leitlinien und Mindestmengen

VIII Unterfinanzierung als System

IX Ressource Arzt im Krankenhaus: über Selbstausbeutung und Knechtschaftsverhältnisse

X Der Ausverkauf der Daseinsvorsorge

XI Der Weg in die Privatisierung: das Beispiel Hamburg

XII Das Beispiel Berlin

Zum Schluss

Einleitung

Ι

Das deutsche Gesundheitssystem ist eine der stabilsten Säulen des bundesrepublikanischen Sozialstaats. Es hat die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Vergangenheit für jeden jederzeit und stets auf hohem Niveau gewährleistet.

Natürlich machte es immer schon einen Unterschied, ob man als Privatoder als Kassenpatient behandelt wurde. Das drückte sich in unterschiedlichen Wartezeiten vor den Sprechzimmern aus oder darin, dass man beim Zahnarzt Amalgamfüllungen bekam statt Keramikkronen.

Und natürlich existierten auch schon in der Vergangenheit Stationen mit komfortablen Einbett-Zimmern, die als Zusatzleistung gebucht werden konnten, meist zusammen mit einer »bevorzugten« Chefarztbehandlung.

Aber der Zugang zu einer notwendig werdenden medizinischen Behandlung war offen und für jeden garantiert.

Die Definition der medizinischen Versorgung als öffentliche Aufgabe im Rahmen der sozialen Daseinsvorsorge unter staatlicher Hoheit blieb im Kern unangetastet.

Das verändert sich aktuell.

Auf der einen Seite ist das Gesundheitswesen zum Objekt der ökonomischen Begierde geworden. Ein krisensicherer und konjunkturunabhängiger Anlagemarkt, zu dem die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* schon vor Jahren vorausschauend für das westdeutsche Kapital feststellte: »Das Gesundheitswesen ist einer der wenigen Wachstumsmärkte, die es überhaupt noch gibt.«¹

Wirtschaftswissenschaftler sprechen für den Gesundheitsbereich gar von der sechsten »langen Welle« der »Kondratieff-Zyklen«, jener volkswirtschaftlichen Innovationsschübe im Rahmen einer zyklischen Wirschaftsentwicklung, die mit ihren technologische Neuerungen die Konjunktur jeweils über viele Jahre bestimmen.²

Das Wortkonstrukt »Gesundheitsmarkt« beschreibt dabei exakt die gegenwärtige Wandlung von einem ehemals im Wesentlichen konsumtiven Wohlfahrtssektor der sozialen Daseinsvorsorge zu einem zunehmend rein rendite-orientierten Bereich »Gesundheitswirtschaft«.

Mittlerweile leben ganze Industriezweige von der schlichten kaufmännischen Erkenntnis: Die Menschen sind bereit, für ihre Gesundheit zu zahlen. 314,9 Milliarden Euro wurden im Jahr 2013 für die Gesundheit in diesem Land ausgegeben. 57,5 Prozent davon kamen aus den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung: 181,5 Milliarden Euro.

Es wird viel Geld im Gesundheitswesen ausgegeben, es wird aber auch viel Geld im Gesundheitswesen verdient. Da ist eine Menge Geld im System, da wird dem System aber auch eine Menge Geld über den »boomender Markt« entzogen, der mit seinen Gewinn- und Renditeansprüchen aus den »öffentlichen« Gesundheitsausgaben krisenfest bedient werden möchte.

Auf der anderen Seite jedoch reduziert sich die gesamte Gesundheitspolitik in diesem Land seit Jahrzehnten im Sinne einer wettbewerbsbasierten Kostendämpfungsstrategie allein auf das Gesundheitssystem als »Kostentreiber«.

Nahezu alle gesundheitspolitischen Debatten werden überlagert von einer unsäglichen Diskussion über explodierende Kosten, die nachhaltig geprägt wird von Mythen und Märchen. Auf der Basis dubioser Zukunftsprognosen werden »Sachzwänge« hergeleitet, mit denen die Notwendigkeit von tiefen Eingriffen in die sozialen Sicherungssysteme in immer neuen Varianten begründet wird. Bedrohungsszenarien wechseln sich ab, mit denen ein sozialpolitischer Kahlschlag ideologisch vorbereitet werden soll.

»Die Möglichkeiten des Sozialstaates, die soziale Sicherung in dem bisher gewohnten Umfang aufrechtzuerhalten, stoßen auf immanente Grenzen.«³ »Experten« wie das hier zitierte Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordbaden reklamieren, ob gefragt oder ungefragt, aber stets mit einer Selbstverständlichkeit, die keinerlei Zweifel zulässt, die zukünftige Unbezahlbarkeit unseres sozialen Sicherungssystems und begründen damit die Notwendigkeit seines »Umbaus« oder, in der phraseologischen Variante,

seiner »Modernisierung«. Dabei geht es immer nur darum, die kostengünstigste Variante dieses leidigen Reparaturbetriebs zu organisieren. Aufgabe einer verantwortlichen Gesundheitspolitik wäre es aber, diese »immanenten Grenzen«, von denen die Rede ist, einmal genauer zu betrachten und zu analysieren, worin diese begründet sind und ob man sie gesellschaftspolitisch auch genauso gesetzt sehen will.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch mal der genauere Blick darauf, wohin denn diese immensen Gelder fließen, deren Zahlung den Sozialstaat an den Rand des Abgrunds drängt. Stattdessen aber beklagen die Experten die im internationalen Vergleich angeblich zu hohe

Lohnnebenkosten, die den »Faktor Arbeit« für die deutschen »Arbeitgeber«⁴ so gewaltig verteuern.

Sie beschwören mit der entsprechenden rhetorischen Schlitzohrigkeit den »Dämon« des gesellschaftlich nicht mehr zu verkraftenden demographischen Wandels durch eine »drohende Überalterung«, kritisieren eine vermeintliche »Überversorgung« in der sozialen Hängematte und unterstellen gleichzeitig weit verbreiteten Sozialmissbrauch durch Arbeitslose, aus denen gewollt denunziatorisch »Arbeitsunwillige« gemacht werden.

Den Hintergrund der gesamten Reformpolitik der letzten Jahrzehnte im Gesundheitswesen hat der heutige Finanzminister Wolfgang Schäuble bereits 1988 deutlich gemacht: »Unsere Arbeitskosten sind zu hoch, wir belegen einen Spitzenplatz. [...] Wir tun das unsere, sie zu senken. Dazu dienen die Strukturreform unserer Krankenversicherung und die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung.«⁵

Natürlich wird niemand offen die Abschaffung des Sozialstaats bundesrepublikanischer Prägung fordern. Dafür wird er keine politischen Mehrheiten bekommen. Gefordert wird vielmehr, die »Wettbewerbsfähigkeit« des Standorts Deutschland dürfe nicht gefährdet werden.

Und das läuft dann so:

Nach der »Agenda 2010«, die mit der Hartz IV-Gesetzgebung bereits einen massiven Eingriff in das bisherige System der Arbeitslosenversicherung

brachte, und nach der Zerstörung der alten Rentenformel, die die Öffnung der Altersvorsorge für die Kapitalmärkte zur Folge hatte, wird in diesem Sinn nun auch die Umwandlung unseres Gesundheitssystems in ein weitgehend dereguliertes und rein rendite-orientiertes Element der freien Marktwirtschaft vorangetrieben.

II

Ein Blick auf die Geschichte der Entwicklung des bundesrepublikanischen Sozialstaatsmodells zeigt, dass dieses weder als fürsorglicher Gunst- noch als hoheitlicher Gnadenerweis dahergekommen ist.

Es ist auch nicht die Umsetzung irgendeiner in der philanthropischen Teestube entwickelten sozialen Utopie.

Der Sozialstaat ist das Ergebnis sozialer und ökonomischer Auseinandersetzungen. Seine Errungenschaften sind keineswegs milde Gaben, die je nach Kassenlage zugestanden werden oder nicht. Vielmehr stellt er sich als gesellschaftlicher Kompromiss dar, der durch diese Kämpfe vermittelt ist und der in seiner Erscheinung und im Ergebnis im Wesentlichen bestimmt wird durch das jeweilige gesellschaftliche Kräfteverhältnis, das ihm zugrunde liegt und das sich in seiner Verfasstheit ausbalanciert widerspiegelt.

Es geht dabei immer um die Frage von gesellschaftlicher Macht und Gegenmacht. So ist der gesellschaftliche Kompromiss, der bei der Konstituierung der Bundesrepublik als Sozialstaat zugrunde lag, geprägt durch die sozialen Kämpfe der Nachkriegsära.

Auf der einen Seite bestimmt vom Druck einer organisierten Arbeiterbewegung und starken Gewerkschaften, auf der anderen Seite von dem Interesse der Unternehmer an optimalen Verwertungsbedingungen für das eingesetzte Kapital in der Aufschwungphase des wirtschaftlichen Wiederaufbaus.

Er war aber auch von dem politischen Bestreben beeinflusst, die junge Bundesrepublik in der damaligen Systemkonkurrenz mit den Staaten, die sich einer kapitalistischen Entwicklung verweigerten, zum »Schaufenster des Westens« zu machen und als »Wirtschaftswunderland« als das »bessere«, weil sozialere System erscheinen zu lassen.

Mit dem Wegbrechen dieser Systemalternative und dem Rückgang der Industriearbeit in großen Verbünden, den sozialen Veränderungen in der modernen, zunehmend digitalisierten Arbeitswelt mit ihrer Zersplitterung und der zunehmenden Prekarisierung »Job statt Beruf« hat sich das gesellschaftliche Kräfteverhältnis verschoben. Der historische Kompromiss wird aufgekündigt.

Das jüngste Beispiel als absurde Posse mit der Axt an das soziale Gebälk: Das Krankengeld gerät unter Beschuss.

Weil die Ausgaben zwischen 2006 und 2014 von 5,7 auf 10,6 Milliarden Euro gestiegen sind, hatte das Bundesgesundheitsministerium ein Sondergutachten in Auftrag gegeben. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl daraufhin die Einführung einer »Teil-Krankschreibung«, nach der Erwerbstätige ihrer Arbeit noch in Teilen nachgehen könnten. Danach müssten die

Krankenkassen eben nur noch einen Teil des Krankengeldes zahlen.⁶

Wie man sich das dann praktisch vorstellen muss? Der gesunde Teil geht arbeiten, der andere bleibt zu Hause? Oder muss halt lustlos fiebrig murrend mit?

Absurd in der Praxis.

Absurd aber auch, wie hier das Primat der Ökonomie über die Definition von Gesundheit gestülpt werden soll.

Es geht schlichtweg um die Kürzung des Krankengelds.

Und der Deutsche Industrie- und Handelskammertag stellt folgerichtig auch noch die Lohnfortzahlung für die Arbeitnehmer im Krankheitsfall in Gänze in Frage.⁷

Die Durchsetzung der tariflichen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall war das Ergebnis harter und langwieriger sozialer Auseinandersetzungen. Bereits 1955 hatte der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) den damaligen Bundestagsfraktionen einen solchen Vorschlag zur Änderung des entsprechenden Paragraphen 616 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) vorgelegt.

Eine nachfolgende Gesetzesinitiative der SPD zur Gleichstellung aller Arbeitnehmer im Krankheitsfall fand parlamentarisch keine Mehrheit, weil man eine zu hohe finanzielle Belastung für die Wirtschaft fürchtete. Daraufhin rief die IG Metall in Schleswig-Holstein ihre Mitglieder zum Streik auf. Es folgte der bis dato längste Arbeitskampf in der Geschichte der Bundesrepublik. Vom 24. Oktober 1956 bis zum 14. Februar 1957, mehr als 16 Wochen, 114 Tage lang, traten die Metallarbeiter in den Ausstand. Das Ergebnis war zunächst keine Änderung des § 616 des Bürgerlichen Gesetzbuches, sondern ein »Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Arbeiter im Krankheitsfall«.

Es brachte nicht die geforderte Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, aber ihm wurde zumindest eine Zuschusszahlung zum Krankengeld abgerungen, durch die das Krankengeld auf 90 Prozent des Nettolohns aufgestockt werden konnte.

Es dauerte schließlich noch 14 Jahre, ehe die Streikforderung 1970 durchgesetzt werden konnte.

Erst 1969, mit der sozialliberalen Koalition aus SPD und FDP, die einen gesellschaftlichen Wendepunkt in der Geschichte der Bundesrepublik markierte, konnte die faktische Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten gesetzlich durchgesetzt werden. Das gesellschaftliche Kräfteverhältnis hatte sich entsprechend verändert.

Die Regelung aber blieb den Arbeitgebern immer ein Dorn im Auge. Offenbar erscheint ihnen die Zeit jetzt günstig, weiter in die Offensive zu kommen und auch in dieser Frage ihre sozialpolitische Rollback-Strategie durchzuziehen.

^{1 »}Frankfurter Allgemeine Zeitung« vom 21. Mai 2005

² Nefiodow, Leo und Simone: Der sechste Kondratieff, kondratieff.net, 2013; siehe auch: Händeler, Erik: Das Gesundheitswesen als Wachstumsmotor, in: »außenreport versicherungsdienste«, Nr.4/2005, S. 4 f.

³ Ruebsam-Simon, Ekkehard: Krise des Sozialstaats: Eckpunkte einer großen Gesundheitsreform, in: »Deutsches Ärzteblatt« 2002; 99 (5): A 267 f.

^{4 »}Arbeitgeber« ist eigentlich der, der sich die Arbeit anderer nimmt, und der Arbeitnehmer der, der sie

eigentlich gibt. Dieses Wortpaar in seiner trunken-doofen Umdeutung der Erfahrungswelt des arbeitenden Menschen tauchte erstmals nach dem Schlesischen Weberaufstand von 1844 in den politischen Debatten auf und fand dann seinen Niederschlag in den Bismarckschen Sozialgesetzen. Schon damals also eine empfindliche Niederlage im Kampf um die Köpfe der Menschen, die Friedrich Engels 1883 in seinem Vorwort zur 3. Auflage von Marx' »Kapital« so kommentierte: »Mit Recht würden die Franzosen den Ökonomen für verrückt halten, der den Kapitalisten donneur de travail, den Arbeiter receveur de travail nennen wollte.«

- 5 Schäuble, Wolfgang: Die Zukunft des Industriestandortes Bundesrepublik Deutschland, in: Presseund Informationsamt der Bundesregierung, Pressemitteilung Nr. 225 vom 23.6.1988, zitiert nach: Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Frankfurt a.M., 2000, S. 255
- 6 Sachverständigenrat empfiehlt Teil-Krankschreibung, in: »Deutsches Ärzteblatt«, Jg.112, Heft 51–52, Dezember 2015, S. B 1782
- 7 »Handelsblatt« vom 23.12.2015

Kapitel 1 Die Entstehung der sozialen Sicherungssysteme

I Der Sozialstaat: ein historischer Kompromiss

Die Anfänge des deutschen Sozialsystems reichen bis weit in das 19. Jahrhundert zurück. Sie sind eng verbunden mit dem Erstarken der organisierten Arbeiterbewegung.⁸

Die zunehmende Industrialisierung des Landes hatte nicht nur in ihren Ballungsräumen zu einem massiven Anwachsen der sozialen Probleme geführt. Als Ausdruck dieses rasanten politischen und sozialen Umbruchs entstanden auf vielen gesellschaftlichen Ebenen neue Organisationsformen. Die Arbeiterbewegung formierte sich und entwickelte erste gewerkschaftliche Strukturen. Hunderttausende von arbeitenden Menschen schlossen sich im Zuge der gesellschaftlichen Auswirkungen des industriellen Aufschwungs zusammen und formulierten in neu entstehenden Berufsverbänden ihre Interessen oder organisierten Einrichtungen zur Selbsthilfe. Bereits in den 1820er Jahren hatten sich in der Arbeiterschaft erste Fabrik- und Sterbekassen als Instrumente dieser Selbsthilfe gegründet. Aus der 1849 entstandenen »Kranken-und Sterbekasse hiesiger Fabrikarbeiter« in Berlin zum Beispiel ging später die Ortskrankenkasse in der Hauptstadt hervor.

Nach dem damals geltenden preußischen Heimatrecht war bei Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit die jeweilige Geburtsgemeinde des Betroffenen für die Armenhilfe zuständig. Vielerorts bestand deshalb ein dringender Regelungsbedarf.

Die Unternehmer konnten ihre Arbeitskräfte ohne jede weitere Risikoverpflichtung für ihre Unternehmen beschäftigen oder nicht mehr beschäftigen. Sie waren von jeder sozialen Verantwortung befreit. Die Kommunen aber waren mit der sozialen Absicherung der durch Krankheit oder Arbeitslosigkeit in die industrielle Reservearmee katapultierten Arbeiter und ihrer Familien finanziell völlig überfordert. Sie forderten angesichts der Massen, die diesem ungehemmten Raubbau an menschlicher Arbeitskraft zum Opfer fielen, staatliche Hilfe, weil sie, auf sich allein gestellt, der Probleme nicht mehr Herr werden konnten.

Zwar ermöglichte die Allgemeine Gewerbeordnung den Gemeinden seit 1845, Fabrikarbeiter zum Beitritt in Unterstützungskassen zu verpflichten, und seit 1849 konnten alle selbständigen Gewerbetreibenden mit Hilfe eines Ortsstatuts gezwungen werden, den Kranken-, Sterbe- und Hilfskassen oder den Witwen- und Waisenkassen beizutreten, aber dennoch zögerten viele Gemeinden, den Konflikt mit dem Arbeitgeber im Ort zu suchen und ihren Gewerbetreibenden einen solchen Beitrittszwang aufzuerlegen.⁹

Aus diesem Grund wurden 1854 die übergeordneten Bezirksregierungen per Gesetz ermächtigt, auch über den Kopf einer Gemeinde hinweg einen solchen Kassenzwang einzuführen.

Entsprechende Ansätze gestalteten sich in der Vielzahl der deutschen Kleinstaaten jedoch höchst unterschiedlich und waren zudem umstritten. Einzig für den Berufsstand der Handlungsgehilfen konnte bereits 1861 eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu sechs Wochen länderübergreifend geregelt werden. ¹⁰

II Zuckerbrot und Peitsche

Der Zustrom in die schnell wachsenden Städte hatte die ohnehin problematischen Wohn- und Lebensverhältnisse weiter verschlechtert. In den Fabriken herrschten zum Teil unerträgliche Arbeitsbedingungen. Die stetige Verschärfung der sozialen Lage brachte den Organisationen der Arbeiterbewegung massenhaften Zulauf. Ihr politischer Einfluss wuchs, trotz aller staatlichen Repressionsversuche, ständig weiter an und wurde für die bürgerlich-monarchistische Obrigkeit zu einer realen Gefahr. Angesichts der sich schließlich auch in den Wahlergebnissen widerspiegelnden Organisationskraft der Arbeiterbewegung erschien die steigende Attraktivität sozialdemokratischen Gedankenguts den Staatsorganen zunehmend

»staatsgefährdend«.

Zwar verwiesen selbst dem Staatsapparat verbundene Wissenschaftler und Beamte in diesem Zusammenhang immer wieder mahnend auf die Notwendigkeit einer sozialpolitischen Gesetzgebung, um im Sinne einer »integrativen Befriedungspolitik«¹¹ zumindest Teile der Arbeiterschaft an den Staat zu binden, aber erst das Wahlergebnis der Reichstagswahlen von 1877, bei denen die sozialdemokratischen Kandidaten 9,1 Prozent der Stimmen erhielten und die »Umsturzpartei« in der Reichshauptstadt von fast 40 Prozent der Wähler gewählt wurde, beunruhigte den Reichskanzler Bismarck tatsächlich.¹²

Seine Reaktion ist bekannt geworden unter dem Stichwort »Zuckerbrot und Peitsche«. Als Peitsche brachte er die Sozialistengesetze ein, mit denen er glaubte, die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie eindämmen zu können, indem ihre Schriften verboten und ihre Agitatoren verfolgt wurden – ein von Anbeginn an untauglicher wie hilfloser Versuch, eine gesellschaftliche Entwicklung mit der Knute Justitias zu stoppen.

Die Sozialistengesetze traten 1878 in Kraft. 217 Arbeitervereine, fünf Selbsthilfekassen, 127 periodische und 278 nichtperiodische Druckschriften wurden mit den Repressionsgesetzen vom 19. Oktober 1878 verboten. Ihre Funktionäre wurden massenhaft verhaftet und abgeurteilt.

Gleichzeitig versuchte die Reichsregierung nun der sozialdemokratischen Agitation durch eine gemäßigte Reformpolitik den Boden zu entziehen. Bismarck selber wies in der Debatte um die Sozialistengesetze auf die Notwendigkeit solcher sozialen Zugeständnisse hin und kündigte eine »fortschrittliche« Sozialgesetzgebung an, mit der auf offensichtliche Missstände im Sinne einer »staatserhaltenden« Politik reagiert und der

Einfluss der Sozialdemokratie weiter zurückgedrängt werden sollte. ¹³ Die Kaiserliche Botschaft anlässlich der Eröffnung des 5. Deutschen Reichstags am 17. November 1881 war eindeutig: »Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, dass die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der

positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewusstsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. [...] In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstag stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesammtheit gegenüber begründeten Anspruch auf ein höheres

Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.«¹⁴
1883 schließlich wurde die Krankenpflichtversicherung für alle abhängig
Beschäftigten eingeführt, die mit einem Jahreseinkommen von höchstens bis
zu 2000 Reichsmark im Bergbau, in der Industrie, bei der Eisenbahn oder in
der Binnendampfschifffahrt, im Handwerk oder im Gewerbe tätig waren. Die
Kasse gewährte im Krankheitsfall für dreizehn Wochen die Arzt- und
Arzneikosten sowie ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des damals üblichen
Tagelöhnerlohns. Zudem zahlte sie eine Wochenhilfeunterstützung und ein
Sterbegeld. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Dritteln durch die Arbeiter und
zu einem Drittel durch die Arbeitgeber.

1884 folgte die Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung und 1889 vervollständigte die Invaliditäts- und Altersversicherung das Reformpaket.

Keineswegs aus sozialer Verantwortung, sondern aus politischstrategischem Kalkül, wie Bismarck selbst am 26. November 1884 im Reichstag deutlich machte: »Wenn es keine Sozialdemokratie gäbe und wenn nicht eine Menge Leute sich vor ihr fürchteten, würden die mäßigen Fortschritte, die wir überhaupt in der Sozialreform bisher gemacht haben, auch noch nicht existieren.«¹⁵

III Die Entwicklung der Krankenkassen: von der Selbsthilfe zur Solidargemeinschaft

Die parlamentarischen Vertreter der Arbeiterbewegung im Reichstag hatten unter dem Diktat der Sozialistengesetze die Bismarckschen Sozialreformen zunächst als »Befriedungsinstrumente« angeprangert und trotz der damit verbundenen sozialen Fortschritte abgelehnt. Erst nach der Aufhebung der Sozialistengesetze wurden die Strukturen, die durch die Gesetzgebung geschaffen worden waren, zu einem wichtigen Betätigungsfeld des sozialpolitischen Engagements auch der Arbeiterbewegung und ihrer Funktionäre. Sie verstanden die Kassen, zunehmend selbstbewusster, als Kontrollinstanz zur Durchsetzung der Interessen ihrer Versicherten und forderten entsprechende Qualitätsstandards für die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder ein.

Eine zentrale Rolle spielten die sogenannten »Arbeiter-Sanitäts-Commissionen«. Dabei handelte es sich um eine Bürgerinitiative, die ihre Mitglieder vor allem aus den Gewerkschaften rekrutierte, die aber auch von sozialpolitisch engagierten Ärzten unterstützt wurde. Später sollte aus ihrer Organisation der Arbeiter-Samariter-Bund hervorgehen.

Der gesundheitspolitische Sprecher der damaligen SPD-Fraktion in der Berliner Stadtverordnetenversammlung, Ignaz Zadek, hatte diese Commissionen angeregt, nachdem im Spätsommer 1892 in Hamburg die Cholera ausgebrochen war und in Berlin die von der SPD zur Vermeidung einer Ausdehnung der Epidemie geforderten »sanitätspolizeilichen Maßnahmen« durch die preußische Regierung ausgeblieben waren. Daraufhin hatte er die Arbeiter aufgefordert, Sanitätskontrollen von Freiwilligen einzurichten, die die schlimmsten Hygienemissstände aufdecken sollten. Die Commissionen waren in der ganzen Stadt unterwegs. Der *Vorwärts* berichtete regelmäßig über ihre Tätigkeit.

Sie beschränkten sich dabei nicht nur auf Inspektionen und Kontrollen, sondern forderten auch sozialpolitische Maßnahmen ein, wie kommunale Wohnungsämter und ein städtisches Krankentransportwesen.

1893 geriet die Berliner Charité in den Fokus ihrer Kritik. Kontrolleure der »Arbeiter-Sanitäts-Commission« (ASC) prangerten unhaltbare Zustände in der preußischen Militär- und Universitätsklinik an. Ihre Kontrollen in der Charité führten zu einem Sturm der Entrüstung über katastrophale Zustände, die sich nicht nur in mangelhaften sanitären Einrichtungen und überfüllten Krankensälen ausdrückten, sondern auch in dem allseits herrschenden Kasernenton und der unwürdigen Behandlung der Patienten durch das Personal. In der Folge riefen die Berliner Krankenkassen zum Boykott der königlichen Einrichtung auf. 40 Ortskrankenkassen mit über 200 000 Mitgliedern, sämtliche freien und eingeschriebenen Hilfskassen mit nochmals 45 000 Mitgliedern, eine Betriebskrankenkasse mit 15 000 Versicherten und die Kasse des Meiereibetriebs Bolle erklärten sich mit dem Boykottaufruf solidarisch. 19 Forderungen an die Charité wurden formuliert.

Der Boykott endete erst nach der Zusicherung des preußischen Ministeriums für Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, eine »Neue Charité« zu errichten. 16

IV Die Anfänge des Kassenarztsystems

Auch mit den frei praktizierenden Ärzten gab es ständige Auseinandersetzungen. Seit 1869 galt für die Ärzteschaft mit ihrem neuen und freien Berufsstand die Gewerbefreiheit. Von der »Arbeiterversicherung« hatte sie zunächst kaum Notiz genommen.

Das brachte den Kassen anfänglich erhebliche Schwierigkeiten, überhaupt qualifizierte Ärzte für die Versorgung ihrer Versicherten zu finden. Das berufsständische Interesse der Ärzteschaft wurde dann jedoch sehr schnell geweckt, als sich über die steigende Zahl der Versicherten ein neues Kundenklientel für sie erschließen ließ. Jedoch wollten die Ärzte keineswegs als Angestellte der Krankenkassen fungieren, sondern pochten auf ihren Anspruch der Freiberuflichkeit – einen Mythos, dem sie bis heute anhängen.

Die Auseinandersetzungen zwischen Ärztevertretern und Kassen konzentrierten sich deshalb schon sehr bald nicht nur auf die Höhe der Vergütung für die ärztlichen Leistungen, die sie für die Kassenpatienten erbrachten, sondern die Ärzte forderten nun auch eine Mitsprache bei der Entscheidung, wer denn die Patienten der Krankenkassen überhaupt behandeln dürfe.

Im Jahre 1900 schlossen sie sich zum »Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen«, dem späteren Hartmann-Bund, zusammen. In den zum Teil heftigen und langwierigen Auseinandersetzungen mit den Kassen traten sie zur Durchsetzung ihrer Standesinteressen zeitweise auch in den Ausstand und verweigerten sich der medizinischen Versorgung der Patienten. Im Oktober 1913 beschloss man gar einen »Generalstreik«, der nur nach einer Intervention der Regierung abgewendet werden konnte. Unter Vermittlung der Regierung verständigten sich Kassenverbände und Ärzte daraufhin im Dezember 1913 auf das »Berliner Abkommen«, das die Modalitäten ihres künftigen Umgangs miteinander regeln sollte. Die Krankenkassen verloren dabei das alleinige Entscheidungsrecht über die kassenärztliche Zulassung.

Die Ärzte wirkten nun »gleichberechtig« bei der Auswahl der Kassenärzte und der Festlegung der Vertragsbedingungen für ihre Tätigkeit mit.

Das Abkommen war der Ausgangspunkt der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten, die später im »Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen« ihren Niederschlag finden sollte und auch heute noch in Form des »Gemeinsamen Bundesausschusses« existiert.

Allerdings waren die Auseinandersetzungen um die Vergütung der ärztlichen Leistungen damit nicht beendet.

Sie dauerten weiter fort und spitzten sich noch einmal zu, als das Kassensystem nach dem Ersten Weltkrieg in eine ernste Krise geriet. Die Inflation hatte auch die Krankenkassen in finanzielle Bedrängnis gebracht. Ihnen brachen aufgrund der Wirtschaftskrise und der Massenarbeitslosigkeit die Einnahmen aus den Beiträgen weg.

Ab Juli 1923 waren wegen der fortlaufenden Geldentwertung wöchentliche

Honorarzahlungen an die Ärzte vereinbart worden, deren Höhe jeweils durch ein Schiedsgericht kurzfristig festzustellen war. Die Kassen sahen sich dennoch außerstande, die bereits vereinbarten Arzthonorare weiter zu zahlen. Daraufhin kam es zu heftigen Reaktionen in der Ärzteschaft, der Kassenarztvertrag mit den Krankenkassen wurde Ende November für das gesamte Reichsgebiet fristlos gekündigt.

Am 1. Dezember 1923 begann ein »Generalstreik« der in der »Wirtschaftlichen Abteilung des Groß-Berliner Ärztebundes« organisierten Ärzte. Dieser Streik endete erst am 5. April 1924 mit einem »Waffenstillstand«. In dieser Zeit wurden Kassenpatienten zwar auch weiterbehandelt, aber eben nur gegen Barzahlung und nicht mehr auf Kassenschein. Konnten Kassenpatienten das geforderte Honorar nicht zahlen, mussten sie Schmuckgegenstände, Uhren oder Kleidungsstücke als Pfand hinterlegen. 17

Diese Zuspitzung der Versorgungssituation zu Lasten der Patienten nutzten die Kassen, um ihre bereits seit langem gehegten Vorstellungen von eigenen Ambulatorien mit angestellten Ärzten für die Versorgung ihrer Versicherten einzurichten. Die zuständige Aufsichtsbehörde genehmigte während des Streiks 50 solcher Ambulatorien in Berlin, in denen insgesamt 300 Ärzte tätig waren. Die dazu benötigten Ärzte wurden per Zeitungsanzeige wie im *Vorwärts* vom 25. Dezember 1923 gesucht. Als Honorar sollte die Einzelleistung nach der Gebührenordnung vergütet oder eine Pauschale mit garantiertem Fixum gezahlt werden.

Gesucht wurden nur »bestvorgebildete Ärzte mit Erfahrungen in der Kassenpraxis«. ¹⁸ Damit war grundsätzlich erstmals eine Systemalternative zur Freiberuflichkeit des Ärztestandes geschaffen worden, die zu einer strukturellen Reform des gesamten Gesundheitssystems hätte ausgeweitet werden können.

Dementsprechend waren die Reaktionen der organisierten Ärzteschaft. Diese »Eigenbetriebe der Krankenkassen«, wie die Stadtärztin Käte Frankenthal die Ambulatorien treffend kennzeichnete, wurden zum ständigen Kampfobjekt zwischen den ärztlichen Standesorganisationen und den

Kassen. 19

Die Sinnhaftigkeit der freiberuflichen Praxis war bereits 1919 vom damaligen Vorsitzenden des Groß-Berliner Ärztebundes Rudolf Lehnhoff verhalten hinterfragt worden: »Auch ich bin der Ansicht, dass die durchgängige Aufrechterhaltung des privatwirtschaftlich kleinen Betriebes nicht unbedingt im Wesen der ärztlichen Berufsausübung gelegen ist. [...] Ist es notwendig und wirtschaftlich, dass jeder Arzt sich ein umfangreiches und kostspieliges Instrumentarium anschafft [...]? Es ist sicher wirtschaftlicher, wenn ein teuereres und entsprechend vollkommeneres Instrumentarium gleichzeitig oder hintereinander von vielen Ärzten benutzt wird.«²⁰

Eine Argumentation, die in ihrer Logik auch heute noch Bestand hat.

Die Reaktionen der Standesvertreter waren entsprechend heftig. Sie gingen sofort auf Konfrontationskurs zu dieser »sozialistischen« Konkurrenz.

Zwar konnten die niedergelassenen Ärzte ihre Forderung, die Ambulatorien gänzlich von jeder medizinischen Versorgung auszuschließen, politisch nicht durchsetzen, aber es gelang ihnen, deren Zahl in Berlin auf 42 zu begrenzen, in denen allerdings nur noch die Versorgung von Familienangehörigen, nicht die der Versicherten selbst zugelassen war.

Die Entwicklung einer sinnvollen Strukturalternative für die medizinische Versorgung war damit zunächst einmal erledigt und die Grundlage für das Monopol der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten Versorgung der Patienten dauerhaft gelegt.

V Die verpasste Chance: kein Neubeginn

Infrage gestellt wurde dieses Monopol noch einmal nach dem Zweiten Weltkrieg. In den beiden deutschen Staaten kam es bei dem Neuaufbau und der Organisation der Gesundheitssysteme zu einer grundsätzlich unterschiedlichen Entwicklung.

In der Deutschen Demokratischen Republik bestimmten im Wesentlichen die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Arbeiterbewegung aus der Weimarer Republik den Aufbau eines staatlichen Gesundheitswesens, das die Krankenversorgung dem kommerziellen Interesse grundsätzlich entzog.

Alle Teilbereiche der Sozialversicherung wurden dort zu einer Einheitsversicherung zusammengefasst, staatliche Polikliniken und Ambulatorien gegründet, in denen festangestellte Ärzte arbeiteten und parallel dazu ein umfassendes betriebliches Gesundheitswesen aufgebaut.

In der Bundesrepublik dagegen wurden auch im Gesundheitswesen die alten privatwirtschaftlichen Grundstrukturen restauriert. Die niedergelassenen Ärzte erhielten dazu ihre Selbstverwaltung mit den entsprechenden Organen zurück. Das 1955 verabschiedete Gesetz über das Kassenarztrecht sicherte ihnen als Körperschaft öffentlichen Rechts nicht nur diese Selbstverwaltung, sondern bescherte ihnen auch standespolitisch den Erfolg, alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen für alle ambulant zu erbringenden Leistungen zu sein. Damit setzten sie sich nach heftigen Auseinandersetzungen dank einer starken Lobby im konservativen Regierungslager gegen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft durch.

Im Gesundheitssystem der Bundesrepublik wurde damit dauerhaft eine doppelte Versorgungsstruktur implementiert. Durch die strikte Abgrenzung der Honorierung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung wurden diese Strukturen auch ökonomisch abgesichert. Krankenhäuser dürfen Patienten nur sehr begrenzt und zumeist nur im Rahmen einer Notfallversorgung ambulant behandeln.

Die Krankenhausträger hatten sich ihren Anspruch, grundsätzlich auch in die ambulante Versorgung einbezogen zu werden, in den Verhandlungen über eine entsprechende Regelung offenbar zugunsten ihrer Chefärzte abkaufen lassen. Die erhielten dafür als leitende Krankenhausärzte ein eigenes Liquidationsrecht, das ihnen erlaubte, nach Überweisung entsprechender Patienten durch niedergelassene Kassenärzte ihrerseits begrenzt ambulante Behandlungen durchzuführen und auch privat als lukrativen Nebenverdienst abzurechnen.

Die versorgungspolitisch sinnvolle Forderung, die Krankenhäuser zu einer wesentlichen Säule auch der ambulanten Versorgung zu machen, war damit vom Tisch.

Die Folgen wirken bis heute nach.

Das Monopol der ambulanten Versorgung liegt de jure bei den

niedergelassenen Ärzten. Völlig unberührt davon, dass sie es de facto außerhalb ihrer normalen Praxis-Öffnungszeiten und an den Sonn- und Feiertagen längst aus den Händen gegeben haben, nicht zuletzt, weil es sich für sie nicht rechnet.

Die Krankenhäuser aber müssen entsprechende Strukturen auch zu diesen Zeiten vorhalten, völlig unabhängig davon, ob es sich rechnet oder nicht.

32,00 Euro erhalten sie zur Zeit pauschal für die ambulante Behandlung eines Patienten, der in ihre Rettungsstelle kommt, unabhängig davon, wie hoch der wirkliche Aufwand ist.

Das erwähnte Gesetz über das Kassenarztrecht verwehrte den Krankenkassen auch die Möglichkeit, im Falle des Nichtzustandekommens einer vertraglichen Regelung mit den niedergelassenen Ärzten, eigene medizinische Versorgungsstrukturen aufzubauen.

VI Die Solidargemeinschaft als Auslaufmodell: der Angriff auf die Gesetzliche Krankenversicherung

Ausgangspunkt aller Reformen im Gesundheitsbereich ist seit Mitte der 70er Jahre die Grundüberzeugung, dass sich die Sozialpolitik an der Reduzierung der Arbeitskosten zu orientieren habe. Die »Beitragssatzstabilität« wurde zur alles beherrschenden Zielstellung erklärt.

Unter der Vorgabe einer »einnahmeorientierten Ausgabenpolitik« folgte eine »Kostendämpfungspolitik«, mit der die Kosten insgesamt zwar nicht gesenkt, aber für die Arbeitgeber dadurch »gedämpft« wurden, dass man sie schlichtweg auf die Beschäftigten abwälzte. Über Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und die Streichung von Leistungen aus dem GKV-Katalog wurde eine zunehmende Privatisierung der Krankheitskosten eingeleitet.

Wirkliche »Kostendämpfung« hätte eine ganz andere Zielsetzung. Sie hätte dort anzusetzen, wo Krankheiten entstehen, und darauf abzuzielen, die Entstehung oder Chronifizierung von Krankheit zu verhindern und die Umwelt- und Lebensbedingungen so zu gestalten, dass die Ursachen für ihre Entstehung so weit wie möglich beseitigt werden.

Ein entsprechendes Präventionsgesetz ist aber bis heute nicht aufgelegt. Es

geht immer nur darum, die kostengünstigste Variante eines leidlichen Reparaturbetriebs zu organisieren.

Stattdessen tauchen aus den Schubladen der Unternehmerverbände all jene sozialen Demontagepläne auf, die diese seit Jahren auf ihrer politischen Agenda zu stehen haben.

So wird die uralte wirtschaftsliberale Forderung, die soziale Krankenversicherung in eine Mindestsicherung umzuwandeln und durch eine private Vorsorge in Eigenverantwortung ohne Arbeitgeberanteil zu ergänzen, immer wieder aufs neue als moderne Antwort auf die Herausforderungen unserer Zeit an den Sozialstaat verkauft.

»Zur Bewältigung der Konsolidierungsaufgaben sollte in der Gesetzlichen Krankenversicherung stärker auf das Subsidaritätsprinzip abgestellt und die Eigenverantwortung des Menschen für seine Gesundheit betont werden. Das erfordert, dass der Leistungsrahmen auf das gesundheitspolitisch Notwendige zugeschnitten wird«, hieß es 1985 im Programm der Unternehmerverbände. »Das kann durch Herausnahme von Leistungen aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung wie durch Selbstbeteiligungsregelungen der Versicherten geschehen, die Steuerungsfunktion bei der Inanspruchnahme haben. Selbstbeteiligung kann eine überdurchschnittliche Kostenentwicklung allein nicht bewältigen, sie kann aber einen wesentlichen Beitrag dazu leisten «21

Seit 1883 gehört die gemeinsame und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems. Auf dieser Grundlage hat es sich über die Jahrzehnte und durch alle gesellschaftlichen Umbrüche hinweg zur stabilsten und stärksten Säule des bundesdeutschen Sozialstaats entwickelt.

Der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherung liegt der Gedanke eines sozialen Sicherungssystems zugrunde, das den solidarischen Ausgleich eines möglichen Schadens des einzelnen Versicherten durch die Gesamtheit aller Versicherten gewährleistet. Als Solidargemeinschaft verteilt die Kasse die Last des individuellen Lebensrisikos »Krankheit« auf alle ihre Mitglieder, unabhängig von ihrem sozialen Status.

Der von den Mitgliedern zu zahlende Beitrag hängt dabei bis zu einer gewissen Grenze von der Höhe ihres jeweiligen Einkommens ab.

Die Kasse organisiert so den Ausgleich zwischen schlecht und gut verdienenden Arbeitnehmern, zwischen Alten und Jungen sowie zwischen Gesunden und Kranken.

Das Solidaritätsprinzip bewirkt dabei, dass alle Versicherten, auch bei ungleicher Leistungskraft im Hinblick auf die eingezahlten Beiträge, dennoch im Krankheitsfall die gleiche Leistung erhalten.

Als alternatives Finanzierungsmodell ist in der gegenwärtigen Diskussion immer wieder die Rede von der »Kopfpauschale« oder, als christdemokratische Wortschöpfung, aus welchem Grund auch immer, »solidarische Gesundheitsprämie« genannt.²² Wirtschaftskreise und vor allem die CDU favorisieren dieses Modell.

Das »solidarische« Element besteht dabei offensichtlich darin, dass alle, völlig unabhängig vom jeweiligen Einkommen, den gleichen Betrag einzahlen. Bezieher kleiner oder mittlerer Einkommen würden dadurch überproportional belastet und die Bezieher höherer Einkommen erheblich entlastet. Das wird auch nicht durch das Argument widerlegt, dass ja die »Besserverdienenden« über ihre höhere Steuerlast stärker an der Aufbringung der dann notwendigen steuerfinanzierten Subventionen beteiligt sein würden. Das Argument verkennt einfach, dass der überwiegende Anteil der Steuereinnahmen aus eben den Verbrauchssteuern besteht, bei denen der Steuersatz für alle Personen – unabhängig vom Einkommen – gleich hoch ist. Im Grunde finanzieren die vermeintlichen »Leistungsempfänger« ihren unterstützenden Steuerzuschuss zu einem relevanten Anteil also selbst.

Die angeblich stärkere Belastung der Bezieher höherer Einkommen über die Finanzierung des Steuerzuschusses ist eine Schimäre. Sie wird deren Entlastung bei der Aufbringung der Krankenversicherungsbeiträge nicht ausgleichen.

Das 2010 verabschiedete GKV-Finanzierungsgesetz geht mit seinen Regelungen zu den Zusatzbeiträgen bereits in Richtung des Einstiegs in ein solches Modell.

Eine wichtiges Strukturelement, auf dem die gesetzliche Krankenversicherung seit ihren Anfängen beruht, ist dabei das sogenannte »Sachleistungsprinzip«. Der Sinn dieses Prinzips liegt darin, den Zugang zur benötigten Behandlung breit zu öffnen, indem der Versicherte bei einem Arztbesuch die ambulante oder stationäre Leistung, die er benötigt, auch bekommt, ohne dafür finanziell in eigene Vorleistung gehen zu müssen. Nur so ist der Zugang zur notwendigen Versorgung auch jederzeit tatsächlich gewährleistet. Er braucht nichts zu bezahlen, er muss lediglich seinen Versicherungsnachweis vorlegen.

Von der zeitweise eingeführten Praxisgebühr und den mittlerweile üblichen Zuzahlungen bei Medikamenten einmal abgesehen, bleibt die ärztliche Behandlung an sich für den Patienten frei, und seine notwendigen Arzneimittel erhält er grundsätzlich kostenlos. Kliniken, Ärzte und auch die Apotheken rechnen jeweils direkt mit der Krankenkasse ab.

Konstituierendes Element eines solchen sozialen Sicherungssystems und eben Ausdruck seines Charakters als eines politischen Kompromisses ist seine gemeinsame Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wobei anzumerken wäre, dass der Begriff »gemeinsam« eher ideologischer Natur ist, denn natürlich handelte es sich bei dem sogenannten Arbeitgeberanteil um nichts anderes als um vorenthaltenen Lohn.

Zumindest aber findet über diesen Mechanismus der sozialen Sicherung ein bescheidenes Stück Umverteilung des gesellschaftlich geschaffenen Reichtums statt.

Die Arbeitgeber sind dadurch direkt an der Finanzierung der gesellschaftlichen Reproduktionskosten der Arbeitskraft und damit auch an den Reparaturkosten des Faktors Arbeit beteiligt. Die Bismarckschen Gesetze sahen nur eine gemeinsame Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber vor, keine paritätische. Die Arbeitgeber waren ursprünglich mit einem Drittel, die Arbeitnehmer mit zwei Dritteln beteiligt.

Vermeintlich »paritätisch« geregelt ist die Finanzierung erst seit dem Jahr 1951, wobei natürlich auch hier der gleiche Einwand gilt wie schon bei dem Wort »gemeinsam«. Dazu kommt, dass dieser Begriff auch noch in sich schief ist, denn diese »Parität« ist in der Realität durch die Festschreibung des

Arbeitgeberanteils und durch die diversen Zuzahlungen längst zu Lasten der Arbeitnehmer verschoben worden.

Seit Anbeginn funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung auf dem Prinzip der Beitragsfinanzierung als einkommensabhängiges Umlageverfahren, das auf dem jeweiligen Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer beruht. Auf diese Weise wird die Gesundheitsversorgung in einem der reichsten Länder der Welt letztlich zur Konjunkturfrage.

Das ist eine der wesentlichen Schwächen dieses Konstrukts, denn damit sind die Einnahmen der Krankenkassen abhängig von konjunkturellen Schwankungen und der jeweiligen wirtschaftlichen und tarifpolitischen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist einzig an einen willkürlich abgegrenzten und zudem volkswirtschaftlich relativ irrelevanten Teil des Volkseinkommens geknüpft, nämlich an die Lohnsumme jener Arbeitnehmer, die weniger als 54 900 Euro im Jahr verdienen. Nur bis zu dieser Einkommenshöhe greift der Solidaritätsgedanke.

Hier liegt die für 2015 festgelegte Versicherungspflichtgrenze, die jährlich neu bestimmt wird. Menschen mit höheren Einkommen sind von einer Versicherungspflicht und damit von der solidarischen Finanzierung unseres Gesundheitssystems »befreit«. Das heißt im Klartext, die Finanzierung unseres Gesundheitssystems ist im Wesentlichen an die Lohnsumme derjenigen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen geknüpft, die lediglich bis zu 4575 Euro im Monat verdienen.

Auch die Art der Bemessung der Beitragshöhe, die der Einzelne in den gemeinsamen Topf einzuzahlen hat, verletzt das Solidaritätsprinzip und führt in ihrer Konsequenz zu einer sozialen Schieflage.

Die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze legt fest, bis zu welcher Einkommenshöhe ein bestimmter Prozentsatz des Einkommens in die gemeinsame Kasse eingezahlt werden muss. Sie wird ebenfalls jährlich an die Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst und war für das Jahr 2015 auf ein Jahreseinkommen von 49 500 Euro festgesetzt.

Der Arbeitnehmer-Anteil für die gesetzliche Krankenversicherung liegt heute bei 7,3 Prozent seines Bruttoverdienstes.

So zahlt ein Versicherter mit einem Monatseinkommen von 2500 Euro einen Beitrag von 182,50 Euro. Für einen Versicherten mit einem Monatseinkommen von 10 000 Euro gilt aufgrund der Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenze, dass er nicht 7,3 Prozent von 10 000 Euro zu zahlen hat, sondern nur 7,3 Prozent von 4125 Euro. Das wären im konkreten Fall 301,12 Euro, also nur knapp drei Prozent seines Einkommens.

Begründen lässt sich eine solche Grenze für eine solidarische Pflichtversicherung nicht. Auch ist nicht zu verstehen, dass man mit den Arbeitseinkommen der abhängig Beschäftigten allein jenes Segment des Volkseinkommens zur Bemessungsgrundlage der GKV-Beiträge und damit zur Finanzierungsgrundlage des Gesamtsystems gemacht, aus dem gerade mal 65 Prozent des Volkseinkommens stammen.

Seit vielen Jahren stagnieren die Arbeitnehmerentgelte in diesem Land, während andere Teile desselben Volkseinkommens, wie etwa die Gewinne aus Kapitaleinkünften, stetig wachsen.

Die Bindung an die Lohnquote, das ist der Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen, hat den Nebeneffekt, dass, wenn die Lohnquote sinkt – wie in der Bundesrepublik in den letzten Jahren geschehen –, die Beitragssätze für die Versicherten auch dann kontinuierlich ansteigen müssen, wenn der Ausgabenanteil für die Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt konstant bleibt. So haben sich die Beitragssätze der Kassen von 8,2 Prozent im Jahre 1970 bis auf 15,5 Prozent im Jahre 2014 stetig erhöht.

Im Jahr 2013 waren rund 69,9 Millionen Menschen in einer der damals noch 134 Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beitragspflichtig versichert.²³

Das machte einen Anteil von 86,5 Prozent der bundesrepublikanischen Bevölkerung aus.

Rund 145 Milliarden Euro zahlen sie als abhängig Beschäftigte in die Gemeinschaftskasse ein und finanzieren damit gut 65 Prozent der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung. 17,4 Millionen Mitglieder sind in der GKV als Familienangehörige beitragsfrei mitversichert.

Allein diese kostenfreie Mitversicherung von Kindern und

Familienangehörigen kostet einen Gesamtbetrag von 21 Milliarden Euro. Die Kassenbeiträge sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Lag der Höchstsatz 1980 noch bei 185,22 Euro, so liegt er heute bei 602,25 Euro. Nicht zuletzt, weil immer weniger regulär Versicherte für die immer weiter wachsenden Ausgaben aufkommen müssen. Hohe Arbeitslosenzahlen, die zunehmenden prekären Arbeitsverhältnisse und die seit Jahren stagnierenden Löhne und Einkommen sind ein wesentlicher Grund für die sinkenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen.

Dazu kommen politische Entscheidungen zu Lasten der GKV, die deren finanzielle Situation verschärfen. Wiederholt wurden sie durch gesetzgeberische Maßnahmen – mal zu Gunsten der Bundesanstalt für Arbeit, mal der gesetzlichen Rentenversicherer, der Träger der Unfallversicherung oder des Bundes selbst – erheblich belastet. Den Anfang machte 1976 die Absenkung des Beitrags der Rentenkassen zur Krankenversicherung von 17 Prozent auf 11 Prozent. Das war der Hintergrund der berüchtigten »Rentenlüge«. Auf diese Weise finanzierte der damalige Bundesminister Ehrenberg (SPD) eine versprochene Rentenerhöhung.

Herbert Ehrenberg stellte 1996 fest: »Der Anstieg der Beitragssätze in der Krankenversicherung geht zu einem wesentlichen Teil auf den Anstieg der Arbeitslosenzahl und der Sozialhilfeempfänger zurück.«²⁵

Die Beitragsgelder der Versicherten sind eigentlich dazu gedacht, die Versorgung kranker Menschen sicherzustellen, und nicht dazu da, über einen Verschiebebahnhof die öffentlichen Kassen zu sanieren. Ausgaben, die im Interesse der Allgemeinheit liegen, wie die Gesundheitsförderung in den Schulen und Kindergärten, die Förderung von Selbsthilfegruppen oder von Beratungsstellen wären eigentlich aus Steuermitteln zu finanzieren. Das sind allemal gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

Die Kosten dafür werden aber dennoch einzig den Mitgliedern der GKV aufgebürdet.

Für das Jahr 2004 hatte der »Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung« Ausgaben in Höhe von 2,7 Milliarden

Euro für solche »versicherungsfremden« Leistungen aufgelistet, die nicht dem eigentlichen Versicherungszweck der Gesetzlichen Krankenkassen, nämlich Leistungen bei Krankheit und zur Gesundheitsvorsorge zu gewähren, dienen.²⁶

Als Beispiel werden dort Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft wie das Mutterschaftsgeld und die Beitragsfreiheit des jetzt vom Verfassungsgericht kassierten Erziehungsgelds angeführt. »Über Jahrzehnte hinweg wurden die Finanzen der GKV von der Politik zur Entlastung anderer Sozialversicherungszweige bzw. öffentlicher Haushalte geplündert«, hieß es in einem Gutachten, das das linker Positionen unverdächtige Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung (igsf) 2002 vorlegte. ²⁷

Insgesamt neun Gesetzesänderungen haben danach seit 1992 die Einnahmeseite der GKV geschwächt. Die jährliche Belastung durch Leistungen, die ihrem Wesen nach versicherungsfremd sind, liegt seit 2008 bei rund vier Milliarden Euro.

Wird mit allem Vorbehalt bilanziert, so ergibt sich durch die Gesetzgebung allein bis 2008 für die Zukunft eine jährliche Belastung der Gesetzlichen Krankenversicherung von rund elf Milliarden Euro.

Einnahmedefizite der GKV entstehen auch durch die politisch gewollte Beitragsfreiheit von Familienmitgliedern oder durch die reduzierte Beiträge der Rentner. Der Beitragsausfall durch ALG-II-Empfänger liegt bei 4,7 Milliarden Euro.

Insgesamt summiert das Gutachten die Belastung der gesetzlichen Krankenkassen infolge von Beitragsbefreiung oder reduziertem Beitrag auf rund 29 Milliarden Euro.

Zieht man nun alles zusammen, kommt man auf eine Gesamtbelastung der GKV zur Entlastung anderer Sozialsysteme und eigentlich öffentlicher Aufgaben von 45,5 Milliarden Euro.

Würden die Leistungen der GKV kostendeckend abgegolten, könnte ihr Beitragssatz um 4,55 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Er läge dann nicht wie momentan bei 14,6, sondern bei 10,05 Prozent.

Ein weiteres Problem für die Kassen erwächst aus der gesetzliche

Regelung, dass sie ihre Kosten durch den einkommensabhängigen, prozentualen Beitragssatz nur zu 95 Prozent abdecken dürfen. Die restlichen 5 Prozent müssen sie sich über Einsparungen, Zuzahlungen oder Zusatzbeiträge verschaffen. Diese kassenindividuellen Zusatzbeiträge, die seit 2010 erhoben werden, erhöhen die maximale Belastung für die Versicherten zusätzlich. Die Regelung kostet die Versicherten noch einmal rund 5,5 Milliarden Euro jährlich, die sie aus eigener Tasche zu finanzieren haben.

Allein die Versicherten in Berlin brachten im Jahr 2014 Zuzahlungen nur für Arzneimittel in einer Gesamthöhe von 83,3 Millionen Euro auf.

Auf diesen Arzneimitteln lastet weiterhin, anders als bei unseren Nachbarländern, der volle Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent. Würden Medikamente bei der Festsetzung des Mehrwertsteuersatzes behandelt wie Krabben oder Garnelen, für die nur sieben Prozent an Mehrwertsteuer zu zahlen sind, brächte das eine jährliche Entlastung von rund vier Milliarden Euro für die Kassen.

Ein wesentliches Instrument im Wettbewerb um ihre »Kunden« sind für die Kassen Beitragsrückerstattungen und Sondertarife.

Von Rückerstattungen und Sondertarifen profitieren nur Junge und Gesunde. Kranke sind ohne Chance auf eine solche indirekte Beitragssenkung. Auch hier wird der Solidargedanke ad absurdum geführt: Gesunde erhalten Geld zurück, Kranke müssen zahlen. In Folge eines solchen Rückerstattungsunsinns fehlen den Kassen letztlich die Beiträge der Gesunden zur Finanzierung der Ausgaben für die Kranken, was in der absurden Konsequenz bedeutet, dass die Beiträge für alle erhöht werden müssen, die Mehrausgaben für die Gesunden aber über die Rückerstattungen zumindest zum Teil wieder kompensiert werden.

All das wird in den politischen Debatten über steigende Beitragssätze regelmäßig ausgeblendet. Aber hier liegen die wirklichen Ursachen der finanziellen Misere unserer sozialen Sicherungssysteme. Stattdessen wird über die Notwendigkeit weiterer Reduzierungen des Leistungskatalogs lamentiert, über »Priorisierung« und »Rationierung« in der medizinischen Versorgung.

Bereits 1998, fünf Jahre nachdem das Gesundheitsstrukturgesetz die unbegrenzte Einzelvergütung ärztlicher Leistungen ausgesetzt hatte und mit begrenzten Budgets nicht nur die Arznei- und Heilmittelversorgung, sondern eben auch die Vergütung für die ärztliche Leistung selber deckelte, gestanden 73 Prozent der Teilnehmer einer Umfrage des »Deutschen Ärzteblatts« ein, dass im medizinischen Alltag Leistungen rationiert werden.²⁹

2009 bestätigten 77 Prozent von 1137 befragten Klinikärzten aus der Kardiologie und der Intensivmedizin, dass sie selber mindestens einmal eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt haben. 13 Prozent gaben sogar an, mehr als einmal pro Woche solche Leistungen vorzuenthalten. 30

Und Karl Lauterbach, Gesundheitsexperte der SPD-Bundestagsfraktion, erläuterte: »Eine Rationierung wird notwendige Folge der Mittelbegrenzung sein. Unter dieser Annahme impliziert eine als gerecht empfundene Mittelverteilung, dass bestimmte Personen von einer optimalen Behandlung ausgeschlossen werden. [...] Die konkrete Benennung des von einer optimalen Therapie ausgeschlossenen Personenkreises kann jedoch nicht logisch begründet werden, sondern erfordert die Ermittlung der Präferenzen der Bevölkerung oder ihrer Repräsentanten, eben ein übergeordnetes Wertesystem. [...] Da unter der gegenwärtigen Mittelbegrenzung für das Gesundheitswesen eine optimale Versorgung aller Personen nicht möglich ist, beinhalten solche Normen notwendigerweise eine besondere Verpflichtung des Arztes nicht nur dem einzelnen Patienten, sondern der Gesellschaft gegenüber.«31

In seinem 2002 veröffentlichten Beitrag »Medizinische Ethik und Ökonomie im Gesundheitswesen« schrieb Lauterbach weiter: »Alle seriösen Beitragsprognoserechnungen in der GKV rechnen für die Zukunft mit einem gewaltigen Beitragsschub, der sich wohl nur mit weiteren Eingriffen in das Leistungsgeschehen vermeiden lassen wird. Die noch vor der letzten Jahrhundertwende vorherrschende Vision im Gesundheitswesen, es gäbe alles für alle auf höchstem Niveau, wird mehr und mehr zur politischen Illusion «32

Und der »Deutsche Ethikrat« stieß in das gleiche Horn. Er errechnete, dass die Beitragssätze im Jahr 2050 auf 43 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens anwachsen müssen, um die Krankenversorgung auf gegenwärtigem Niveau zu halten. Die Kosten für künftige Innovationen und Preisveränderungen noch ausgeklammert. »Die

Verteilungsentscheidung lässt sich hinausschieben, aber nicht verhindern.«³³ Bereits auf dem 108. Deutschen Ärztetag im Mai 2005 hatte der damalige Ärztepräsident Hoppe davor gewarnt, dass Rationierung im ärztlichen Alltag sich längst nicht mehr verbergen lasse. Die Bundesärztekammer beschreibt die Gefahr dieser impliziten, schleichenden bzw. »heimlichen« Rationierung aus medizinfremden Gesichtspunkten. »Heimlich«, weil die wenigsten Patienten eine realistische Chance hätten, kritisch zu prüfen, welche Behandlung nach den Maßstäben des Sozialgesetzbuches bzw. nach dem Stand des ärztlichen Wissens in ihrem Fall geboten wäre.

»Damit stellt sich die Frage, ob ein Patient, dem notwendige Leistungen gänzlich vorenthalten werden oder bei dem eine Alternative mit geringeren Kosten angewendet wird, obwohl das teurere Verfahren mit vernünftiger Wahrscheinlichkeit einen zusätzlichen Gesundheitsgewinn erbracht hätte, darüber aufgeklärt werden muss.«³⁴

Und die Mehrheit der munteren Ärzteschar folgt dem unwidersprochen. Die praktizierenden Kollegen werden in »workshops« der Ärztekammern mit dem Thema vertraut gemacht. Langfristiges Ziel sei es, die Öffentlichkeit für Priorisierung zu sensibilisieren. Nur informiert [...] ist der Patient nämlich in der Lage, eine freie Entscheidung darüber zu treffen, ob er eine ihm zugedachte suboptimale Behandlung akzeptieren und fortsetzen oder sich lieber aufgrund eigener Entscheidung in eine andere, dann möglicherweise auch aus privaten Mitteln finanzierte [...] Behandlung begeben will.«36

Hier wird das Eingeständnis einer Zweiklassenmedizin auf den Punkt gebracht: Entweder auf die bestmögliche Behandlung verzichten oder dies durch private Zusatzversicherungen absichern.³⁷

Die Zentrale Ethikkommision der Bundesärztekammer beschäftigt sich mit Kriterien, nach denen entsprechende Priorisierungsvorschläge geprüft werden könnten. Was das heißt?

Aufgrund »begrenzter« Finanzmittel werden medizinische Leistungen nicht mehr für alle angeboten. Es sollen ärztliche, ethische, medizinischgesundheitswissenschaftliche sowie soziale Kriterien entwickelt werden, nach denen zu entscheiden ist, wer (noch) welche Therapie bekommt oder in welcher Reihenfolge therapiert wird.

So sieht dann wohl der »notwendige Abschied vom gegenwärtigen Rundum-Versorgungspaket« in praxi aus, den der ehemalige stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion Schaich-Walch propagierte. Wer mehr bezahlen kann, ist nicht betroffen.

Er wird sich außerhalb des Rahmens »begrenzter« Finanzmittel die notwendige Leistung einkaufen oder sich durch entsprechende private Zusatzversicherungen absichern.

Wie lautete Heinrich Heines sarkastischer Kommentar von 1851: »Wenn du aber gar nichts hast,/ Ach, so lasse dich begraben.«

Die Diskussion darüber, warum die öffentlichen Mittel und die der gesetzlichen Kassen so begrenzt sind und wohin das ganze Geld eigentlich fließt, das in den Gesundheitsmarkt strömt, dass die roten Zahlen der öffentlichen Hand ja anderswo zu schwarzen Zahlen führen, wer also auf diesem Markt verdient, die allerdings wird auf den Ärztetagen bisher nicht sehr laut geführt.

VII Privat statt solidarisch: der Umbau des Systems hat schon begonnen

»Die bessere Versorgung zum Beispiel für Privatpatienten darf dann allerdings in Zukunft kein Privileg mit gesetzlichen Zugangssperren bleiben. Nur wenn jeder die Möglichkeit erhält, durch den Einsatz eigener finanzieller Mittel medizinische Mehrleistungen zu erhalten, ist die Akzeptanz für den Gedanken einer Grundversorgung – nicht ›Schmalspurmedizin‹ – überhaupt zu erreichen.

Die Zukunft einer erfolgreichen Gesundheitspolitik liegt deshalb auch

weniger in einer einheitlichen Grundversorgung für alle, sondern darin, dass die Versicherten sich »frei nach ihrer Präferenz alternativ für ein höherwertiges Leistungsangebot in der privaten Krankenversicherung entscheiden können.«³⁸

Zum Vergleich: Die privaten Krankenkassen verfügen über ca. 8,9 Millionen zahlende Mitglieder.

Die privaten Kassen ermitteln die erforderliche Prämie rein betriebswirtschaftlich aus einer Gegenüberstellung der laufenden Beitragseinnahmen und der zu erwartenden Kosten. Dort existiert ein Höchstsatz nur bei dem neuerdings gesetzlich vorgeschriebenen Basistarif.

Die Privatkassen arbeiten auch keineswegs effektiver und sie haben auch keinesfalls geringere Verwaltungskosten, wie es die Mär immer wieder verkündet. Verschwiegen wird dabei stets, dass bei den privaten Kassen noch die entsprechenden Abschlussaufwendungen zu den Verwaltungskosten hinzu gerechnet werden müssen. Ein großer Teil dieser Kosten entfällt auf Provisionen für die Vertreter oder die Vertriebsagenturen. Seit Jahren liegen die Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherungen konstant bei 5,1 Prozent der Beitragseinnahmen.

Bei den Privatkassen lag der Anteil im Jahr 2013 bei 9,1 Prozent und war damit deutlich höher als bei der GKV.

Zunehmend wechseln Mitglieder von der privaten in die gesetzlichen Kassen, während die Zahl derer, die aus der GKV in eine private Kasse wechseln, seit Jahren abnimmt.

Waren es im Jahr 2000 noch 325 000, so sind es 2013 nur noch 124 000 gewesen. Etwa 50 Prozent des Neugeschäfts in der privaten

Krankenversicherung entfällt auf Abwerbungen.³⁹

Dementsprechend steigt der Werbeaufwand für die »Kundenanwerbung«. Allein von 2010 auf 2013 gab es einen Anstieg der Kosten für die Anwerbung je Neukunde um mehr als 15 Prozent – er stieg von 5383 Euro auf 6221 Euro.

2,57 Milliarden Euro wurden 2012 dafür aufgebracht. Das *Handelsblatt* spricht von einer Verdopplung der Kosten in den letzten

15 Jahren. 40

Nach Erkenntnissen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) waren die durchschnittlichen Abschlussprovisionen für die Vermittler solcher Verträge in den Jahren von 1999 bis 2009 von 7,5 auf 8,9 Monatsbeiträge angestiegen. Bis zu 18 Monatsbeiträgen sollen als Provision für den Neuabschluss einer Vollversicherung gezahlt worden sein. Seit dem 1. April 2012 sind als Maklercourtage nur noch maximal neun Monatsbeiträge erlaubt – so will es das »Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagenrechts«.

Das Ganze findet konsequent seine Fortsetzung darin, dass die privaten Krankenkassen für ihre Mitglieder schließlich auch keinen Anteil in den sogenannten Gesundheitsfonds einzuzahlen haben, der 2007 von der Großen Koalition mit dem bezeichnenderweise sogenannten »Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung« geschaffen wurde. Ein Gesetzeswerk, das einer der Mitverantwortlichen, der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach, so kommentierte: »Die Frühjahr 2007 verabschiedete Gesundheitsreform war mit Sicherheit nicht die angemessene Antwort. Das entscheidende Versagen dieser Reform ist, dass die Zweiklassenmedizin nicht abgebaut, sondern sogar verstärkt wurde.«⁴³

»Wer diese Reform als modern definiert, der gehört in die ärztliche Behandlung. Aber rubbeldiekatz!« So kommentierte Rudolf Dressler diesen gesundheitspolitischen Kotau der deutschen Sozialdemokratie. 44

Ursprünglich war vorgesehen, dass auch die privaten Kassen sich an dem Fonds zu beteiligen hätten, diese Regelung wurde im Gesetzgebungsverfahren kassiert. Im Rahmen der politischen Verhandlungen, so plaudert Lauterbach aus dem Nähkästchen, wurde kein einziger Lobby-Verband direkt angehört, auch kein Vertreter der GKV, aber die höchsten Verbandslobbyisten der privaten Kassen hatten über Stunden

Gelegenheit, ihre Vorstellungen zur Gesundheitsreform vorzutragen. 45 Besserverdienende sind somit quasi weitgehend aus dem Finanzierungssystem herausgenommen.

Noch mal Karl Lauterbach, realistisch das Ergebnis eigenen politischen Handelns beschreibend: »Das System der Zweiklassenmedizin [...] ist zudem höchst ungerecht finanziert. [...] Würden sich die privat Versicherten genau so wie gleich gut verdienende gesetzlich Versicherte an der Finanzierung der Versorgung der Einkommensschwachen beteiligen, wären die Beitragssätze der gesetzlichen Kassen deutlich niedriger, die Privaten Krankenversicherungen aber wesentlich teurer. Die Private Krankenversicherung kann ihre Tarife nur attraktiv gestalten, weil die dort

Versicherten das Solidarsystem in keiner Weise mit bezahlen.«46

Seine pittoreske Erkenntnis: Die private Krankenversicherung, eine Art Steuerschlupfloch für Reiche, wird Jahr für Jahr mit rund 9,7 Milliarden Euro von den Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen subventioniert – mit der grotesken Folge, dass der gesetzlich Versicherte, der zwar besser verdient, aber freiwillig in der GKV bleibt und seinen bis zur Bemessungsgrenze höheren Beitrag solidarisch bezahlt, im Falle einer Erkrankung dann auch noch im Wartezimmer ausharrt, bis der Privatpatient, der sich um die Zahlung drückt und dessen Behandlung er subventioniert, endlich und ausführlich fertig behandelt ist. 47

Bereits 1993 wurde mit dem »Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserungen der Gesetzlichen Krankenversicherung« der Paradigmenwechsel eingeleitet. Ganz offen wurde darin das Ziel formuliert, das Wettbewerbsprinzip zwischen den Krankenkassen einzuführen. Mit dem Gesetz wurde konsequenterweise auch die Wahlfreiheit für die Pflichtmitglieder der gesetzlichen Kassen eingeführt, die dadurch die Möglichkeit erhielten, ihre Kasse zukünftig selbst zu wählen. Zum entscheidenden Wettbewerbsparameter wird dabei natürlich die Höhe des jeweiligen Beitragssatzes, mit der zwangsläufigen Konsequenz der Ausgrenzung »unrentabler« Patienten, denn Wettbewerb und soziale Verantwortung schließen einander definitiv aus.

Wettbewerb wirkt immer selektierend und immer polarisierend. Sein Ziel ist der größtmögliche Gewinn durch die Verdrängung des Konkurrenten. Deshalb wird es um den chronisch Kranken keinen Wettbewerb geben.

Der ideale Versicherte ist jung, gesund und gut verdienend.

Zwar besteht ein gesetzlicher Kontrahierungszwang, das heißt, die Krankenkassen sind verpflichtet, das jeweilige Mitglied aufzunehmen, aber natürlich greifen da sehr schnell entsprechende »passive« Selektionsstrategien, um sich teure und damit »unrentable« Patienten vom Leibe zu halten. Bedenkt man, dass etwa 30 Prozent aller Leistungsausgaben auf die »teuersten« ein Prozent der Versicherten und rund 70 Prozent der Ausgaben auf zehn Prozent der Versicherten entfallen, so wird deutlich, welchen finanziellen Nutzen eine Kasse daraus ziehen kann, wenn es ihr gelingt, den Anteil von schwerst- und chronischkranken Patienten möglichst niedrig zu halten.

Daraus folgt dann natürlich auch, dass Krankenkassen überhaupt kein Interesse daran haben können, kostenintensive Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke aufzubauen und diese gar zu bewerben, weil sie damit Gefahr liefen, gerade diese »teuren« Versicherten aus anderen Krankenkassen anzulocken. Die Kasse, die sich darauf einließe, wäre bald bankrott. 48

Ebenso wenig besteht ein Interesse an der Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift des § 20 des SGB V, der vorsieht, Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere am Ziel der Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede zu orientieren. Aber gerade die Menschen, denen Prävention und Förderung zugute kommen sollen, gelten wegen ihrer größeren Krankheitshäufigkeit als wenig attraktive »Kunden« und sind alles andere als eine begehrte Zielgruppe für die

Versicherungskonzerne.⁴⁹

Mit der Verankerung des Wettbewerbsprinzips werden die gesetzlichen Sozialkassen zu untereinander konkurrierenden Wirtschaftsunternehmen, die um ihre Kunden werben müssen. Das Bismarcksche Modell der Solidargemeinschaft, das sich in seinen Grundzügen seit nunmehr mehr als 130 Jahren bewährt hat und auf dessen Grundprinzipien auch der heutige Sozialstaat aufbaut, wird damit völlig auf den Kopf gestellt.

Aus Krankenkassen sollen auf dem freien Kapitalmarkt agierende Konzerne

werden, die ihren Kunden Versicherung verkaufen, um damit Renditen für die Aktionäre zu erwirtschaften. Die Versicherungsleistung ist so nur noch Mittel zum Zweck, Geld zu verdienen. Sie ist nicht mehr der Zweck selber.

Geschäftsziel wird ein größtmöglicher Gewinn, ohne Gewinn ist ein solches Unternehmen für die Eigentümer nicht rentabel. Versicherungsschutz wird zum Spekulationsobjekt.

Die nordrhein-westfälische CDU sprach in ihrem Gesundheitspapier 2009 Klartext: »Die GKV als ein System, in dem man sich zwangsweise versichern muss, wird abgeschafft. [...] Die GKV-Unternehmen werden in privatwirtschaftliche Unternehmen umgewandelt.«

CDU und FDP setzten diese Politik in ihrem Koalitionsvertrag von 2009 auf Bundesebene um: »Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet. [...] Wir wollen die Möglichkeiten ausbauen, dass auch außerhalb des gesetzlich finanzierten Bereichs

Gesundheits- und Pflegeleistungen angeboten werden können.«⁵⁰

In konsequenter Fortsetzung dieser neoliberalen Wettbewerbslogik der sozialliberalen Koalition folgte unter der Verantwortung der sozialdemokratischen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nicht etwa eine Umkehr von diesem Kurs, sondern mit ihrem »Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung« führte sie am 1. Januar 2010 die Insolvenzregelung auch für die gesetzlichen Krankenkassen ein. Damit verabschiedete sich die deutsche Sozialdemokratie endgültig von dem Gedanken der Krankenkasse als Solidargemeinschaft, an dessen Entstehung und Erhaltung ihre Vorväter einen wesentlichen Anteil hatten, und öffnete die letzte Tür in den freien Wettbewerb.

⁸ Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens, Frankfurt a.M., 2000, S. 10 f.

⁹ Becken, Jörg: AOK Berlin – Von der Ortskrankenkasse zur Gesundheitskasse, Berlin, 2008, S. 13 10 ebenda

¹¹ Deppe, Hans-Ulrich: a.a.O., S. 12

¹² siehe dazu: Engelberg, Ernst: Bismarck: Das Reich in der Mitte Europas, Berlin 1990, S. 379

¹³ Sammlung sämtlicher Drucksachen des Reichstages, 4. Legislaturperiode, IV. Session 1881, Bd.1,

- Berlin 1881, Nr. 41, Anl. 2, S. 17, zitiert n. Engelbert, Ernst: a.a.O.
- 14 Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages. V. Legislaturperiode. I. Session 1881/82, Berlin 1882, S. 1 f.
- 15 Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags, VI. Legislaturperiode, I. Session 1884/85, Erster Band, Berlin 1885, S. 25
- 16 siehe auch: Becken, Jörg: a.a.O., S. 26 f.
- 17 ebenda S. 93
- 18 ebenda, S. 91
- 19 Frankenthal, Käte: Der dreifache Fluch: Jüdin, Intellektuelle, Sozialistin. Lebenserinnerungen einer Ärztin in Deutschland und im Exil, Frankfurt/M. 1985; zitiert n. Becken, Jörg: a.a.O.
- 20 ebenda, S. 90 f.
- 21 Programm der Unternehmerverbände 1985
- 22 »Reform der gesetzlichen Krankenversicherung Solidarisches Gesundheitsprämienmodell«, Beschluss C33 des 18. Parteitags der CDU Deutschlands. 12. Juni 2004.
- 23 Bis zum Jahr 2015 ist die Anzahl der Kassen auf 124 weiter abgesunken.
- 24 Beske, Fritz: Politische Entscheidungen belasten Krankenversicherung erheblich, Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF am 16. Oktober 2008 in Berlin, Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel
- 25 Ehrenberg, Herbert: Nicht der Sozialstaat, die Arbeitslosigkeit ist teuer!, in: »Soziale Sicherheit« Heft 3, 1996, S. 84 f., zitiert in: Deppe, Hans-Ulrich: a.a.O., S. 226
- 26 Stüwe, Heinz: Versicherungsfremde Leistungen kommen wieder in Mode, »Deutsches Ärzteblatt«, Jg.112, Heft 31–32, 3. August 2015, S. B 1130
- 27 Beske et al.: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel 2002
- 28 Beske, Fritz: Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF am 16. Oktober 2008 in Berlin, a.a.O.
- 29 Beske, Fritz; Kern, Axel Olaf; Lescow, Hanna: Auswertung einer Leserumfrage: Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen?, »Deutsches Ärzteblatt«,1999; 96(3); vom 22. Januar 1999
- 30 zitiert nach: »Berliner Ärzte«, 1/2016, S. 18
- 31 Gandjour, Afschin; Lauterbach, Karl: Medizinische Ethik und Ökonomie im Gesundheitswesen: Ein unvereinbarer Gegensatz? In: »Versicherungsmedizin« 54 (2002) Heft 2, S. 57
- 32 ebenda, S. 24
- 33 zitiert nach: »Berliner Ärzte«, 1/2016, S. 19
- 34 Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern Folgen für die ärztliche Tätigkeit, Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer, Berlin, Juni 2007, S. 85 f.
- 35 zitiert nach: »Berliner Ärzte«, 1/2016, S. 19
- 36 ebenda, S. 86
- 37 ebenda, S. 86
- 38 ebenda
- 39 »Handelsblatt« vom 18. November 2010
- 40 »Handelsblatt« vom 2. Juli 2013
- 41 ȀrzteZeitung« vom 9. Dezember 2010
- 42 »Handelsblatt« vom 18. November 2010
- 43 Lauterbach, Karl: Unsere Gegner sind die Patienten, in: »Der Spiegel«, 24/2007, S. 86 ff.

- 44 »Der Spiegel«, 38/2006, 18. September 2006, S. 28 ff.
- 45 Lauterbach, Karl: a.a.O., S. 95
- 46 ebenda
- 47 ebenda
- 48 »Frankfurter Allgemeine Zeitung« vom 14. Dezember 2000
- 49 Rosenbrock, Rolf: Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die Selbstverwaltung der GKV, in: »Die Betriebskrankenkasse«, 1/2001, S.12ff.
- 50 Wachstum-Bildung-Zusammenhalt, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, Berlin 2009, S. 87

Kapitel 2 Der Arzt als Unternehmer

I Die Kassenärztliche Vereinigung: eine Kaufmannsgilde

Alle Ärzte, die in der Bundesrepublik einen Kassenarztsitz betreiben wollen, müssen der »Kassenärztlichen Vereinigung« (KV) angehören. 17 davon gibt es. Jedes Bundesland hat seine eigene KV, Nordrhein-Westfalen, wegen seiner Größe, hat zwei.

Als zentraler Ansprechpartner und oberstes Beschlussgremium der 17 Gilden agiert zudem auf der Bundesebene eine »Kassenärztliche Bundesvereinigung«.

Finanziert wird die gesamte Struktur durch die Beiträge der niedergelassenen Ärzte, die als Zwangsmitglieder mit 2,5 Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens diesen Verwaltungsapparat tragen müssen, letztlich also aus den Geldern der Krankenkassen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen organisieren als Körperschaften des öffentlichen Rechts das gesamte Vertragsarztwesen in der Bundesrepublik. Ihnen ist die Verantwortung für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung übertragen worden. Sie haben den »Versorgungsauftrag«, das heißt, sie müssen über ihre Vertragsärzte jederzeit die ambulante medizinische Betreuung ihrer Patienten sicherstellen.

Zwar können die Kassenärztlichen Vereinigungen diesem ihrem Versorgungsauftrag nicht nur in der Fläche, sondern auch außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten kaum mehr nachkommen, aber dennoch verteidigen sie ihren Monopolanspruch vehement gegen jeden Versuch, zum Beispiel auch die Ressourcen der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen – obwohl diese vielerorts mit ihren 24 Stunden geöffneten Rettungsstellen die Versorgung zu den Schließzeiten der Praxen längst mit übernommen haben.

Die Gründe dafür sind rein ökonomischer Natur.

Der Kuchen, den es zu verteilen gilt, soll im Rahmen dieser

kassenärztlichen Beutegemeinschaft verteilt werden.

So mahnt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Berliner KV seine Kollegen: »Wir dürfen eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auf keinen Fall unterstützen.«⁵¹ Dies ginge zu Lasten der Honorare der niedergelassenen Ärzte.

Die Institution, die für die Verteilung dieses Honorars verantwortlich ist, ist ebenfalls die KV.

Sie moderiert die zum Teil heftigen Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft und verteilt das Honorar für die ärztliche Tätigkeit an den einzelnen Arzt. Dieser bekommt sein Geld für die Behandlung der Patienten nicht direkt von der Krankenkasse, sondern er erhält über die Abrechnung mit der KV nach einem ausgeklügelten Punktesystem seinen Anteil aus der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung. Die Höhe dieser Gesamtvergütung wird in einem Kollektivvertrag zwischen den Kassen und der KV für den jeweiligen KV-Bezirk gesondert ausgehandelt und budgetiert festgelegt.

Diese Deckelung der Budgets hat zur Folge, dass bei einer stetig wachsenden Menge an ärztlichen Leistungen die Vergütung für die jeweilige Leistung sinkt. Es ist der Hintergrund der Klagen der niedergelassenen Ärzte, dass ihre Honorare seit Jahren sinken und gleichzeitig Ausgangspunkt für die heftigen Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in ihrer Tätigkeit und ihrem Habitus auch unter den Ärzten nicht unumstritten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) versuchte wiederholt, das schlechte Image mit einer großangelegten Werbekampagne aufzupolieren. »Wir arbeiten für ihr Leben gern«, hieß es da auf den Großplakaten. Bezahlt wurde die jüngste, 15 Millionen Euro teure Kampagne letztlich auch wieder aus den Geldern der Kassen, die damit diese Image-Politur ihrer »Geschäftspartner« finanzieren.

Mit dem Geld der Patienten fürs eigene Image bei jenen werben, deren Geld man so verprasst. Das hat schon was!

Auf die Problematik der Kassenärztlichen Vereinigung und der politischen

Kritik an ihr soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Nur so viel sei zu der honorigen Gesellschaft noch eingeschoben: Deren Vorstandsvorsitzende verdienen horrende Summen, bei denen manchem der niedergelassenen Kollegen, die an den Peripherien der Städte praktizieren, die Tränen in die Augen steigen dürften. Deshalb seien sie hier auch kurz erwähnt.

Das Jahresgrundgehalt des Vorstandsvorsitzenden der Bundes-KV betrug im Jahr 2014 exakt 329 600 Euro. Ein »einfaches« Vorstandsmitglied freute sich immerhin noch über ein Grundgehalt von 316 170 Euro. (Das Bruttojahresgehalt der Bundeskanzlerin beträgt 189 993,48 Euro.)

Auf Länderebene floriert der Selbstbedienungsladen ebenso. Auch hier müssen die Vorständler der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit keineswegs darben. Ihre Grundgehälter schwanken zwischen 155 000 und knapp 273 000 Euro.

Und in Berlin gab es für die drei Vorstandsmitglieder vom »Stamme Nimm« mit einem Grundgehalt im Jahr 2014 von 204 673,10 Euro nach ihrer Wiederwahl 2010 auch noch den unverfrorenen Versuch, dieses Grundgehalt ein wenig durch »Übergangsgelder«, jeweils in Höhe von 183 000 Euro, aufzustocken. Ohne dass es dabei irgendeinen Übergang gegeben hätte. Und zunächst auch ohne die Zustimmung der zuständigen Vertreterversammlung. Deren Zustimmung besorgte man sich nachträglich.

Um den Anschein von Rechtmäßigkeit zu wahren, könne man ja die Dienstverträge verändern. »Dann würde das Geld nicht einmal in der Gesamtübersicht des Deutschen Ärzteblattes auftauchen«, so war es spitzbübisch vorausplanend in der Mail eines Vorstandsmitglieds zu lesen. ⁵³ Erst nachdem ein Landgericht den Dreien bescheinigt hatte, es sei, mögen sie es drehen wie wenden, so nicht rechtens, zahlten sie die Gelder murrend zurück – nach mehr als einem Jahr Verweigerung in schnoddrig-rotzigem Trotz. Die Zinsen, die sie monatelang für die zu Unrecht ausgezahlten Summen kassierten, freilich nicht.

Bis heute hat die Delegiertenversammlung der Berliner KV, in der es mächtig rumorte, nicht die Selbstreinigungskraft aufgebracht, sich von den drei Schlitzohren zu trennen.

Bezeichnende Anekdote zum Charakter dieser ständischen Grandezza auf Bundesebene: Im Dezember 2006 ließ die Kassenärztliche Bundesvereinigung für 30 Euro Tagespauschale 170 gemietete Studenten und Arbeitslose drei Stunden lang mit weißen Arztkitteln vor dem Bundestag zum Protest gegen eine der vielen Gesundheitsreformen aufmarschieren. Bei der inszenierten Maskerade flatterten 4500 Arztkittel im Wind, getragen von den Demonstranten als »menschliche Garderobenständer«. Kosten der Aktion: rund 5000 Euro. 54

Ertappt verteidigte KBV-Pressesprecher Roland Stahl den Einsatz der Studenten und fand das »total normal«. Der Vorstandsvorsitzende Andreas Köhler drohte der *Bild*, die die Posse öffentlich gemacht hatte, anschließend mit presserechtlichen Konsequenzen. Man habe schließlich keine Demonstration durchgeführt, sondern es habe sich um den Abschluss einer PR-Kampagne gehandelt, bemerkte er spitzfindig. ⁵⁵

Angemeldet bei der Versammlungsbehörde war der Spass allerdings als Kundgebung, und zwar mit 200 Teilnehmern, wie ein Polizeisprecher bestätigte. 56

In solchen Kreisen lässt man eben demonstrieren. Der Herr Doktor machen das doch nicht selbst.

II Die ärztliche Praxis als Wirtschaftsbetrieb

Man verabschiede sich von der Illusion, es ginge in den Arztpraxen in erster Linie um die adäquate ärztliche Versorgung der Bevölkerung. Wie sonst wollte man zum Beispiel die an vielen Orten zu beobachtenden Praxisverlagerungen in besser situierte Wohngegenden erklären als mit dem Bestreben, dort möglichst viele und hoffentlich auch zahlungskräftige Kunden zur Privatliquidation jenseits der begrenzten Budgets der gesetzlichen Kassen zu akquirieren? Eine medizinische oder versorgungspolitische Begründung gibt es nicht.

Die kassenärztliche Leistung wird nach dem sogenannten »Einheitlichen Bewertungsmaßstab« (EBM) vergütet. Dabei wird in einem umfangreichen

Katalog jeder ärztlichen Leistung eine bestimmte »Punktzahl« zugemessen. Diese Punktzahlen werden zur Abrechnung addiert und dann mit dem einheitlich festgelegten »Punktwert«, der aktuell zehn Cent beträgt, multipliziert. Das ergibt den Honoraranteil, den der Arzt aus dem zwischen der KV und den Kassen verhandelten Gesamtbudget erhält.

Da dieses Gesamtbudget allerdings gedeckelt ist, ist dieser Punktwert in der Praxis nur eine theoretische Größe, muss er doch um so stärker abgesenkt werden, je mehr ärztliche Leistungen insgesamt erbracht werden.

Privatärztliche Leistungen dagegen werden nach der »Gebührenordnung für Ärzte« (GOÄ) abgerechnet, die der Entgeltregelung für andere »freie« Berufe wie von Rechtsanwälten oder Architekten ähnelt. Zwar ist auch diese staatlich reglementiert, aber sie erlaubt dem Arzt, anders als beim »Einheitlichen Bewertungsmaßstab«, eine gewisse Gestaltungsfreiheit in seiner Honorarforderung. Deshalb sind private Patienten begehrte Kunden. Es ist schlichtweg der Zug zu den größeren Fleischtöpfen, der diese Wanderbewegung auslöst. Mit dem Ergebnis, dass am Rande mancher großer Städte und häufig auf dem flachen Land die Unterversorgung mit Fachärzten für die Patienten über lange Anfahrtswege und Wartezeiten bereits nachhaltig spürbar geworden ist.

Der Zug zu den Fleischtöpfen hat aber auch zur Folge, dass dort, wo die vermeintlichen Fleischtöpfe stehen, die Verteilungskämpfe zunehmen. Das ist der eigentliche Hintergrund, warum nun auch die Kassenärztlichen Vereinigungen versuchen, die Wanderbewegungen einzugrenzen – nicht etwa die Sorge um eine medizinischen Unterversorgung an den Rändern der Städte.

Eine Standesvertreterin aus dem Vorstand der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung erklärte das Prinzip: »Dass die Ärzte ihren Standort frei wählen können, ist ihr gutes Recht. Als Freiberufler tragen sie schließlich auch das volle wirtschaftliche Risiko für ihre Praxis. Sie gehen dorthin, wo die Kunden sind.«⁵⁷ Die gleiche Dame stellte am 4. Juni 2008 während der 5. Gesundheitskonferenz in Marzahn-Hellersdorf die Verhältnisse klar: Der Patient könne schließlich nicht mehr länger erwarten, in Filzpantoffeln zu

seinem Arzt zu gelangen.

Es geht eben nicht in erster Linie um die Sicherstellung einer zeit- und wohnraumnahen medizinischen Versorgung, es geht um das wirtschaftliche Überleben eines gewöhnlichen Unternehmens, das sich daher zunächst einmal, vielleicht auch verständlicherweise, systembedingt in der entsprechenden wirtschaftlichen unternehmerischen Logik bewegen muss. Und in dieser betriebswirtschaftlichen Logik mag im Zweifelsfall nicht der gesunde Patient das Therapieziel sein, sondern die gesunde Bilanz.

»Arzt und Advokat sind Kaufleute, die mit ihrem Wissen Handel treiben.« So begründete der junge Ferdinand Lassalle schon 1841 seine Ablehnung auf die Frage seines Vaters, warum er denn nicht Medizin studieren wolle. 58

Die ärztliche Praxis ist de facto ein Wirtschaftsbetrieb, dessen Geschäftszweck seit jeher der Verkauf medizinischer Leistungen ist, und der niedergelassene Arzt ist ein freier Unternehmer.

Und so handelt er dann auch.

Nicht weil er ein besonders geldgieriger Mensch ist, sondern weil das System so angelegt ist, in dem er agiert. »Dem Arzt verzeiht«, urteilte Goethe nachsichtig. »Die Krankheit ist ein Kapital.«⁵⁹

III Die »freie« Praxis als Auslaufmodell?

In einer in Tausende von privaten Kleinbetrieben aufgesplitterten ambulanten Versorgungslandschaft wird der Arbeitsalltag in vielen Praxen bestimmt von Selbstausbeutung und ökonomischer Abhängigkeit. Oftmals lasten hohen Kredite auf den Betreibern, die aufgenommen werden mussten, um die immer neuen Gerätepools anzuschaffen, die in der Einzelpraxis zwar gar nicht sinnvoll auszulasten sind, aber mit dem Blick auf die konkurrierende Nachbarpraxis unbedingt angeschafft werden mussten. Zudem machen Zeitdruck, Budgetierungen und Restriktionen sowie eine überbordende Abrechnungs- und Kontrollbürokratie die trügerische Idylle des Freiberuflers längst zur Farce.

Aus der Sicht einer strategisch angelegten Gesundheitspolitik ist die »freie« Praxis schon lange ein Auslaufmodell. Die medizinische Entwicklung läuft in

eine andere Richtung. Praxisverbünde machen Sinn, medizinische Versorgungszentren, ähnlich den früheren Ambulatorien, die nach der Wende, auch im Rahmen der kassenärztlichen Verteilungskämpfe, nahezu allesamt geschreddert wurden, Anbindungen an Krankenhäuser, die mit ihren Ressourcen dadurch endlich auch für die ambulante Versorgung der Patienten nicht nur nachts und an den Sonn- und Feiertagen geöffnet werden müssen.

Die privaten Krankenhauskonzerne haben die Zeichen der Zeit bereits erkannt. Auch der ambulante Sektor ist mittlerweile in den Fokus ihrer Unternehmensstrategie gerückt. Sie wollen die ambulante medizinische Versorgung zukünftig als Geschäftsfeld für sich erschließen. Im Sinne einer Vollversorgung aus einer Hand richten sie ihre Unternehmensstrategie darauf aus, sich zunehmend zu »integrierten« Gesundheitskonzernen zu entwickeln. Dabei werden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Geschäftspartner oder Teilhaber von den Konzerntöchtern gewonnen, die einzig zur Betätigung in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung gegründet werden. Im Gegenzug übernimmt der Konzern die Investitionsrisiken für die Einrichtung der jeweiligen privaten Praxis. Das kommt beiden Seiten zugute.

Eine »win-win-Situation« nennt man das heute.

Dem Arzt als Unternehmer wird dadurch die Riesenlast notwendiger Investitionen durch langfristige Bankkredite von den Schultern genommen. Er kann sich ganz auf seine Medizin konzentrieren.

Und die Unternehmen schlagen mit dieser Strategie gleich zwei Fliegen mit einer Klappe. Durch die Integration möglichst vieler Leistungen werden sie zum potenten, möglicherweise lokal sogar marktbeherrschenden ambulanten Anbieter und stärken damit ihre Verhandlungsposition gegenüber den Kassen, wenn in absehbarer Zeit das System der Verhandlung von Krankenhauspreisen geöffnet werden sollte.

Zum anderen übernehmen diese »integrierten« Praxen eine Portalfunktion, über die Einweisung von Patienten in die eigenen Häuser langfristig abgesichert wird.

Es bleibt abzuwarten, wie lange sich die frei praktizierenden Ärzte in den zu erwartenden Abwehrkämpfen gegen diese »feindlichen Übernahmeversuche« durch die Medizin-Konzerne werden behaupten können, und ob es ihnen gelingt, ihr Monopol der ambulanten Versorgung auch gegen diesen mächtigen Gegner zu verteidigen. Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung nimmt ihren Lauf. Sie fordert in ihrer nüchternen Verwertungslogik ihren Tribut. Wie in anderen Wirtschaftsbereichen werden Konzentration und Monopolisierung die Folgen sein. Die »freie« Praxis erscheint als Auslaufmodell.

- 51 »Berliner Zeitung« vom 4. Januar 2016
- 52 »kma«, 20. Jg., Juli 2015, S. 39
- 53 KV-Vorstände sollen bewusst rechtswidrig gehandelt haben; rbb-online.de, 13. Mai 2014
- 54 Falsche Ärzte demonstrieren gegen Gesundheitsreform, in: »Bild« vom 15. Dezember 2006
- 55 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Pressemitteilung vom 16. Dezember 2006
- 56 Die gekaufte Demo, in: »Der Tagesspiegel« vom 20. Dezember 2006
- 57 »Die Welt« vom 3. April 2007
- 58 Ferdinand Lassalles Tagebuch, hrsg. von Paul Lindau, Breslau 1891, S. 256
- 59 Goethe, Gedichte in einem Band, Frankfurt a.M. 1982, S. 1090

Kapitel 3 Gesundheit als Ware

I Der Patient am Ladentisch

Wie sehr unternehmerische Logik mittlerweile in ärztliches Handeln eingedrungen ist, wird besonders deutlich am Beispiel der sattsam bekannten »Individuellen Gesundheitsleistungen«, abgekürzt IGeL, die mittlerweile in fast jeder ärztlichen Praxis angeboten werden wie Sauerbier. Praxis-Mitarbeiter werden in entsprechenden Seminaren speziell geschult, wie sie diese Verkaufsangebote am besten an den Mann und an die Frau bringen, um den Absatz dieser einträglichen Zusatzleistungen als zusätzliche Einnahmequelle für so manch darbende Praxis zu steigern.

So verkauft ja auch die Tankstelle längst nicht nur Benzin, sondern auch gern »frische« Brötchen.

»Erfolgreich IGeLn«, eintägiger Crash-Kurs für 495 Euro – die Angebote im Internet quellen über. Dabei geht es nicht um Gesundheit, es geht um den Verkauf einer Ware. Nur darauf bezieht sich das »erfolgreich«, nicht auf die Gesundheit.

Jeder dritte gesetzlich versicherte Patient hat im Jahr 2014 solche aus der eigenen Tasche zu zahlenden Leistungen angeboten bekommen. Mehr als 400 solcher Zusatz-Angebote durch alle Fachdisziplinen hindurch sind davon auf dem Markt.

Die »Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung«. Das ist keinesfalls ein Ulk, das ist eine originale individuelle Gesundheitsleistung. Die Praxis bietet sie zur Behandlung winterlicher Stimmungseintrübungen an. Sie entfalte eine tendenziell positive Wirkung, heißt es von ihr, und wirke damit besser als eine Scheinbehandlung mit Placebos.

Denkbar wäre zwar alternativ die einfache ärztliche Empfehlung, sich auch zur Winterszeit regelmäßiger im Freien aufzuhalten. Aber als wohlfeiler Rat bringt so ein winterlicher Mittagsspaziergang dem Doktor nichts.

Als IGeL bringt die »Lichttherapie« das Geld, immerhin 7 bis 13 Euro pro Sitzung.

Auch die »Bach-Blüten-Therapie« ist als IGeL zu haben. Das ist zwar keinesfalls eine spezielle Form der Pflanzenheilkunde, wie mancher annehmen mag, sondern eine reine Glaubenslehre, aber im IGeL-Katalog sehr wohl enthalten. Der »Kunde« Patient berappt dafür bis zu 200 Euro. Der englische Arzt Edward Bach, auf den diese »Therapie« zurückgeht, fand seine Blüten intuitiv bei seinen Wanderungen durch die Natur. Der Patient könnte sie alternativ also auch auf seinem Weg zur IGeL-Behandlung selber pflücken.

Kein Spott: Die meisten dieser »Service«-Leistungen haben nach einer wissenschaftlichen Bewertung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (MDS) definitiv keinerlei nachweisbaren Nutzen. Sie nutzen zumeist nur dem, der sie verkauft. Manche sollen sogar schaden.

Von den 24 Leistungen, die der MDS untersucht hat, wiesen elf eine negative Nutzen-Schaden-Bilanz auf. Vier davon sogar eine deutlich negative. Etwa die Ultraschall-Untersuchung der Eierstöcke als vermeintliche Vorsorge zur Krebsfrüherkennung. »Studien haben laut MDS gezeigt, dass Frauen durch Fehlalarme häufig unnötig beunruhigt und in einigen Fällen sogar eigentlich gesunde Eierstöcke entfernt wurden. « Nicht selten wird der bunte Strauß von Zusatz-Leistungen bereits beim Vorlegen der Versicherten-Chipkarte gleich in der Anmeldung angeboten, ohne dass der Arzt den Patienten auch nur von weitem gesehen hätte. 64

Fehlen zur richtigen Verkaufsatmosphäre nur noch die dezenten Lautsprecherdurchsagen im Wartezimmer, mit Gong und unterlegter Wohlfühl-Musik zu den Angeboten des Tages. Da hilft es dann auch nicht, dass der Deutsche Ärztetag 2006 in Münster zehn Regeln für die niedergelassenen Kollegen zum Erbringen solcher Leistungen verabschiedet hat, bei denen in jeder Zeile das schlechte Gewissen durchschimmert. Unter dem Stichwort »Zulässige Leistungen« hieß es da: »Das Angebot an IGeLn muss sich auf Leistungen beziehen, [...] die mindestens aber vertretbar sind.«

Und weiter: »Eine besondere ärztliche Darlegungslast besteht bei Leistungen, die [...] aufgrund eines mangelhaft belegbaren Nutzens von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen wurden.«⁶⁵

Regeln für einen Eiertanz, der als eine einzige Gratwanderung auf dem schmalen Pfad zwischen Körperverletzung und Patientenbetrug daher kommt. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen schätzt den IGeL-Umsatz mittlerweile bundesweit auf etwa eine Milliarde Euro. Das sind geschätzte fünf Prozent des durchschnittlichen Praxisumsatzes.

Ein willkommenes und für viele wohl auch unverzichtbares Zubrot. Jüngst auch vermehrt im IGeL-Katalog: Das »Baby-Fernsehen«, das in geburtshilflichen Praxen angeboten wird.

Für jeweils 50,00 Euro kann man dort das Werden des Nachwuchses beliebig oft im Ultraschall betrachten. Medizinisch sind solche Untersuchungen zwar ohne Bedeutung, denn die geburtshilflich indizierten Sonographien sind Kassenleistungen, aber schließlich muss sich das kostbare Gerät möglichst schnell amortisieren, und bei den hochauflösenden modernen Sonographiegeräten haben solche Bilder zweifellos für die zukünftigen Eltern auch einen Unterhaltungswert, den sie sich was kosten lassen.

Am Rande erwähnt: 21 Prozent der Leistungen werden dabei gleich gegen Barkasse erbracht, ohne dass dem Patienten eine entsprechende Rechnung dafür ausgestellt worden wäre. 66

Der »Erfinder« dieser Geschäftsidee formuliert es gemäß der Devise »Ist der Ruf erst ruiniert, lebt es sich ganz ungeniert« ganz unverblümt: »Die IGeL-Idee war […] ein ganz gezielter honorarpolitischer Befreiungsschlag.«⁶⁷

»Da wir aus Ärzten Kaufleute machen, zwingen wir sie, die Handelskniffe zu erlernen.«⁶⁸ Es ist nicht die Schuld des einzelnen Arztes, dass auch in unserem Gesundheitswesen der absurden Logik des finanziellen Anreizes gefolgt wird. Gibt man dem Bäcker einen finanziellen Anreiz, Brot zu backen, wird er Brot backen. Gibt man dem Chirurgen einen finanziellen Anreiz zu operieren, wird er operieren.

George Bernard Shaw brachte das Problem in satirischer Konsequenz

bereits 1909 auf den Punkt: »And the more appalling the mutilation, the more the mutilator is paid.«⁶⁹ Sinngemäß etwa: Je entsetzlicher die Verstümmelung, umso besser wird der Verstümmler bezahlt.

II Pille sucht Patient

»Die Menschen sind bereit, für ihre Gesundheit zu zahlen«. Mittlerweile lebt ein ganzer Industriezweig auf der Basis dieser schlichten kaufmännischen Erkenntnis. Schließlich lebt die »Gesundheitswirtschaft« nicht vom zufriedenen Gesunden, sondern von Patienten und nicht zuletzt auch von potentiellen Patienten, von Kranken und von Menschen, die Angst haben, krank zu werden. Auch und gerade an denen verdient es sich nicht schlecht. Also suggeriert man den bisher sorglos Lebenden, sie bildeten sich bloß ein, gesund zu sein. In Wirklichkeit seien sie bereits krank oder würden ihre eigenen erhöhten Risiken für bald auftretende Krankheiten einzig noch nicht kennen.

»Gesundsein verboten«, beschrieb die Schweizer *Weltwoche* diese obskure Marktstrategie. ⁷⁰

Danach hat das jährliche Wachstum der Gesundheits-, respektive der Krankheitsindustrie mit der körperlichen und psychischen Gesundheit, um die es eigentlich gehen sollte, längst nichts mehr zu tun. Es gibt bald keine Gesunden mehr, sondern nur noch schlecht Untersuchte. »Das Vermarkten der Angst«, so charakterisierte das *British Medical Journal* diesen Handel mit der Krankheit treffend. 71

Das *arznei-telegramm*, ein unabhängiger Informationsbrief für Ärzte und Apotheker über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln, lieferte Beispiele für einen solchen Handel mit Krankheiten: Da fährt eine mobile Osteoporose-Forschungsstation durch 20 deutsche Städte, um Frauen über 60 zur »eingehenden Vorsorgeuntersuchung« einzuladen. Die Knochendichte soll gemessen werden. 14 Pharma- und Medizinprodukte-Hersteller und eine Stiftung sponsern das Unternehmen. In einer dazugehörigen Presseerklärung war von der »Volkskrankheit« Osteoporose zu lesen, an der über fünf Millionen Menschen leiden sollen: »Im frühen Stadium könnte man den

Knochenschwund sogar heilen; und die Kosten für eine frühzeitige Therapie sind vergleichsweise gering.«⁷²

Der klinische Nutzen einer solchen medikamentösen Frühtherapie bei einer altersbedingt natürlicherweise niedrigeren Knochendichte ist wissenschaftlich nicht belegt. Der Vorhersagewert der Knochendichte für ein erhöhtes Fraktur-Risiko bei Menschen ohne vorbestehende Knochenbrüche ist allenfalls gering.

Aber dahinter steckt allemal ein lohnendes Geschäft: Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen, deren Knochendichte gemessen wird, anschließend eine medikamentöse Therapie beginnen, ist hoch. 50 Prozent der über 45-jährigen Frauen, bei denen die Messung der Knochendichte eine vermeintliche Osteoporose angezeigt hat, lassen sich innerhalb eines halben Jahres nach der Messung auch mit entsprechenden Medikamenten behandeln.

Oder: Die Firma Pfizer ließ einen Truck durch Deutschland touren, um Männer zu kostenlosen Cholesterin-, Blutzucker- und Blutdruckuntersuchungen einzuladen. Ganz sicher nicht aus Nächstenliebe: »Über ihren Zweck darf man sich nicht täuschen: Ungeachtet der lauteren Motive einzelner Beteiligter sind sie Bestandteil des Pharmamarketings. Sie erweitern die Grenzen dessen, was im öffentlichen Bewusstsein als behandlungsbedürftige und behandelbare Krankheit wahrgenommen wird, um den Markt für pharmazeutische Produkte zu vergrößern.«

Gähnen und Schwitzen werden nur deshalb nicht zu Krankheiten erklärt, weil es dagegen noch kein Medikament gibt, Pillen gegen Empathiemangel, Egoismus, Anpassungsstörungen, Katerstimmung oder schlechte Laune sind dagegen in Entwicklung.⁷³

Befindlichkeitsstörungen wandeln sich so durch ein entsprechendes Marketing zu ausgewachsenen Krankheiten und selbst normale Lebensprozesse, wie eine Glatzenbildung bei Männern, geraten auf einmal zum medizinischen Problem. Manchmal mit fatalen Folgen.

1997 wurde der Wirkstoff Cerivastatin von der Bayer-AG unter dem Handelsnamen Lipobay® zur Senkung erhöhter Blutfettwerte auf den Markt gebracht und aggressiv beworben.

Das Mittel wurde zum Verkaufsschlager.

Über sechs Millionen Patienten weltweit nahmen das Medikament zur Behandlung ihrer vermeintlich zu hohen Cholesterin-Werte ein. Ärzte wurden mit Reisen im luxuriösen Orientexpress geködert, wenn sie ihre Verschreibungspraxis entsprechend änderten. Zur Belohnung für die Umstellung von mindestens 25 ihrer Patienten auf Lipobay® wurde ihnen eine solche Fahrt spendiert. 74

Bekannt ist schon lange, dass die Pharmaindustrie mehr Geld in die Vermarktung ihrer Produkte steckt, als in die Erforschung neuer. ⁷⁵

Es reicht offenbar nicht, die bunten Pillen mit großem Aufwand in medizinischen Zeitschriften und auf gesponserten Fach-Kongressen zu bewerben, sie müssen über die Ärzte auch an den Mann und an die Frau gebracht werden, und so eine noble Willfährigen-Akquise, die hat halt ihren Preis, und der Herr Doktor nebst Gattin hat ihn auch.

Zum Zeitpunkt dieses kleinen Ausflugs im Orient-Express war der erste Todesfall im Zusammenhang mit der Einnahme des Medikaments aus dem November 1998 übrigens bereits gemeldet worden.

Im Oktober 1999 rügte die amerikanische Arzneimittel-Aufsichtsbehörde (FDA) die Darstellung des Medikaments in den Informationsunterlagen auf dem amerikanischen Markt als falsch, unausgewogen und irreführend (»false, lacking a fair balance and misleading«). Seine Wirkung sei im Vergleich mit Konkurrenzprodukten überhöht und die Risiken unterbewertet dargestellt worden. ⁷⁶ Das entsprechende Schreiben wurde von der Konzernleitung schlichtweg nicht beachtet.

Unbeeindruckt von den kritischen Hinweisen verfolgte das Unternehmen seine Verkaufsstrategie weiter. Die Vorgabe für das Jahr 2000 lautete: »Den Lipobay-Umsatz verdoppeln, das Umsatzziel von 542 Millionen Euro übertreffen.«⁷⁷ Das Kernziel blieb: »Mit Power Lipobay über 1 Milliarde pushen.«

Es mussten erst mehr als 50 weitere Todesfälle im Zusammenhang mit der Einnahme des Medikaments bekannt werden, bevor das Präparat im August 2001 endlich vom Markt genommen wurde. In Kombination mit einem anderen Präparat eingenommen, hatte es nachgewiesenermaßen zur Zerstörung von Muskelgewebe mit anschließendem Nierenversagen geführt.

Aus aktienrechtlichen (!) Gründen erfuhren Presse und Aktionäre von der Rücknahme des Medikaments am 8. August 2001, noch bevor das Unternehmen Ärzte und Apotheker über seine Entscheidung informiert hatte.

III Die Macht der Pharmalobby: neun Mal teurer als Gold

Es wird im Gesundheitswesen viel Geld ausgegeben, es wird aber auch viel Geld verdient, und obwohl die finanzielle Situation der sozialen Kassen immer in den schwärzesten Farben gemalt wird, bleiben zahlungsfähige Interessengruppen wie die Pharmaindustrie von einschneidenden Reformen weitgehend unberührt.

Es sind die Pharmahersteller, die ihre Medikamente teilweise »Neunmal teurer als Gold«⁷⁸ verkaufen, so der Titel eines Buches, das 1977 erschien, und die es dennoch immer wieder verstehen, durch ihre aggressive Lobbyarbeit ihre Pfründe auch politisch unter jeder Regierung zu sichern.

Euglucon® war ein solches Medikament. Das Mittel für Diabetiker war damals das umsatzstärkste auf dem deutschen Arzneimittelmarkt. Es kostete je nach Packungsgröße in Euro umgerechnet und aufs Kilogramm bezogen, zwischen 49 637 und 64 934 Euro. Ein Kilo Barrengold dagegen wurde im Juli 1976 mit 5176 Euro gehandelt.

Um einfach mal die Größenordnungen zu erwähnen: Die Ausgaben der Gesetzlichen Kassen für Arzneimittel liegen mit 33,36 Milliarden Euro fast genauso hoch wie die Ausgaben für die eigentliche ärztliche Behandlung, die betrugen 2014 genau 33,43 Milliarden Euro.

1993 wurden mit dem »Gesundheitsstrukturgesetz« Budgets für Arzneiund Heilmittel eingeführt. Ziel war es, die Ausgaben für Arzneimittel, die ganz wesentlich zur defizitären Lage der Krankenkassen beigetragen hatten, zu begrenzen. Die praktische Auswirkung waren Ausgabeobergrenzen für Arzneimittel, die von den verordnenden Ärzten nicht überschritten werden durften.

Bei Überschreitung griff eine Kollektivhaftung der Kassenärztlichen

Vereinigungen, indem sich die Gesamtvergütung der Ärzte in Relation zur Überschreitung ihres Budgets verringerte.

Anfangs war die Regelung außerordentlich erfolgreich, die Budgets wurden deutlich unterschritten, ohne dass es irgendwelche medizinischen Nachteile für die Patienten gegeben hätte.

Die Lobby der Pharmaindustrie in Kumpanei mit den Ärzten und den Kassenärztlichen Vereinigungen machte jedoch Druck.

Die Regelung wurde zunächst durch ein generelles Ausschöpfen und letztlich auch systematisches Überschreiten der Budgets unterlaufen. Anstatt aber nun die Ärzte für ihr unwirtschaftliches Verordnungsverhalten tatsächlich in Haftung zu nehmen, wurde schon 2001 die gesamte Regelung wieder gekippt.

Übrigens verschwinden Medikamente im Wert von rund 3,4 Milliarden Euro jährlich einfach in den Müll.

Zum einen sicher wegen der fehlenden Einsichtsfähigkeit bei manchem Patienten, der mangelnden Compliance, wie es wissenschaftlich heißt, zum anderen aber ganz gewiss wegen der bewusst unangemessen gestalteten Packungsgrößen, in denen die Medikamente verkauft werden.

2013 wurden 645 Millionen Arzneimittelverordnungen durch die niedergelassenen Ärzte verschrieben. Über 32 Milliarden Euro haben die gesetzlichen Kassen dafür bezahlt. Ein Medikament kostete dabei im Durchschnitt 48,84 Euro – 1998 waren es noch 23 Euro. ⁷⁹

Rund 60 000 Medikamente sind 2013 in der Bundesrepublik zugelassen gewesen. 50 016 davon waren rezeptpflichtig. 80 Kein Arzt kann bei dieser Menge an Präparaten den Überblick behalten, geschweige sich orientieren. Viele der Mittel sind ohne nachgewiesene oder von zweifelhafter Wirkung und obendrein teuer. Die gut sortierte Krankenhausapotheke eines Großstadtkrankenhauses listet rund 2000 Präparate in ihrem Bestand auf und kommt damit gut aus. Das reicht für die Behandlung der Patienten allemal. Wir brauchten dringend eine sogenannte »Positivliste« für Arzneimittel, in der nur solche Medikamente erstattungsfähig aufgeführt werden, die nachgewiesenermaßen auch einen Nutzen haben. 81

Wiederholt stand die Einführung einer solchen Liste bereits auf der Tagesordnung. Sie wird seit vielen Jahren nicht nur aus medizinischen Gründen gefordert. Sie hätte als effizientes Instrument eine tatsächliche Kostenreduzierung zur Folge.⁸²

Ihre Einführung war unter anderem ein Wahlversprechen der rot-grünen Koalition auf Bundesebene von 2002, wurde aber auch damals nicht weiterverfolgt. Vorgeblich weil sie im Bundesrat an den mehrheitlich CDU-regierten Ländern zu scheitern drohte.

Noch vor der Amtszeit der verantwortlichen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte eine Sachverständigenkommission mit der Arbeit an der Liste begonnen und sie zwischenzeitlich auch fertiggestellt, so dass diese bereits in der Schublade lag. Wo sie dann allerdings auch liegen blieb.

Dazu das damalige Kommissionsmitglied Harald Matthes: »Dass die Positivliste in der jetzigen Legislaturperiode nicht mehr erscheinen soll, muss mich als Mitglied dieser Kommission doch sehr erstaunen. Bisher hat die Positivlistenkommission sehr intensiv gearbeitet und kann jetzt auch zeitgerecht, fristgerecht nach der gesetzlichen Vorgabe, die Vorschlagsliste verabschieden. Das, was sich geändert hat, ist in den letzten Monaten die Spitze innerhalb des Gesundheitsministeriums, und seitdem ist zu verspüren, dass die Intensität der Arbeit dieser Kommission nicht mehr so intensiv ist. Hatten wir vorher Doppelsitzungen im Sinne, dass wir mehrere Tage getagt haben, dass wir bis spät in den Abend hinein getagt haben, so fiel das alles weg. Und deshalb kann ich nur sagen, die Verzögerung der Positivliste ist mit Sicherheit nicht eine Ursache innerhalb der Kommission, sondern hat ihre Ursache dann in der Politik.«⁸³

Schon mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 sollte unter dem Stichwort »Symmetrie der Belastungen« eine solche »Positivliste« für Medikamente eingeführt werden. 84 Dazu wurde sogar eigens ein Institut geschaffen, das bis spätestens zum 1. Januar 1996 eine Liste entsprechend verordnungsfähiger Arzneimittel vorlegen sollte. Der mächtigen Pharmaindustrie ging dieser Spaß dann doch zu weit: Eine Liste tatsächlich nur mit den Medikamenten, die dem Patienten auch einen Nutzen bringen

und nicht nur dem, der sie herstellt? Die Branche hätte mit massiven Einbußen zu rechnen gehabt, und mit der »Symmetrie der Belastungen« war es dann ganz schnell vorbei.

Eine Verordnung über die Tätigkeit des Instituts war zwar etwas voreilig am 14. April 1993 im Bundesgesetzblatt erschienen, das Institut selber hat aber nie das Licht der Welt erblickt.⁸⁵

Unter dem Druck der pharmazeutischen Industrie wurden die Pläne, gegen den Widerstand der Krankenkassen und der Bundesländer, von der CDU-FDP-Koalition mit dem Fünften Änderungsgesetz zum Sozialgesetzbuch V am 22. November 1995 bereits vor ihrem Inkrafttreten wieder aufgehoben. Das schon gegründete Institut wurde flugs wieder aufgelöst.

Ein weiteres Beispiel, wie es der mächtigen Pharmaindustrie immer wieder gelingt, der Politik ihren Willen zu oktroyieren: 2001 plante Ministerin Ulla Schmidt, Preisregulierungen für bestimmte verschreibungspflichtige Medikamente gesetzlich festzulegen. Die Hersteller-Abgabepreise für Arzneimittel, für die keine Festpreise vereinbart waren, sollten für zwei Jahre um vier Prozent abgesenkt werden. Dieser Preisabschlag hätte die Krankenkassen in den folgenden beiden Jahren um rund 491 Millionen Euro entlastet.

In einer für deutsche Verhältnisse ungewöhnlich offenen Form hat die Pharmaindustrie der Regierung dieses Gesetz öffentlich schlichtweg abgekauft. Nach einem »Chefgespräch« mit Kanzler Schröder verzichtete man auf das Vorhaben und erhielt dafür im Gegenzug von den Pharma-Konzernen das Angebot, den Krankenkassen einmalig 204 Millionen Euro bereitzustellen. Angeboten hatten sie einen »Solidarbeitrag« von 150 Millionen Euro, den Zuschlag erhielten sie auf dem Basar dann bei bei der genannten Summe.

Unter dem Strich also 204 Millionen gegen 491 Millionen Euro. Ein lohnendes Geschäft für die Lobbyisten.

Besonders auch, weil manche Nachbarländer die deutschen Inlandspreise als Referenzgrößen für die dortigen Preisregulierungen nutzen. Auch das Auslandsgeschäft hätte also gelitten.

Bei diesem Deal spielte übrigens die Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie eine fatale Rolle. Ihr Chef Hubertus Schmoldt karrte die Betriebsratsvorsitzenden der Chemie-Großkonzerne in das Büro von Kanzler Gerhard Schröder. Dort beklagten sie sich dann erfolgreich über die Pläne der Gesundheitsministerin, die, trotz der horrenden Gewinne ihrer Branche, bei deren Realisierung angeblich zur Abwanderung der Produktion ins Ausland führen würden. 86

Ein weiteres Beispiel, dass all die Reformbemühungen sich im Wesentlichen auf die schwächsten Glieder des Systems, die Pflichtversicherten der gesetzlichen Kassen, konzentrierten und die mächtigen Interessengruppen weitestgehend ungeschoren davonkamen.

- 60 IGeL-Monitor.de
- 61 »Gesundheit und Gesellschaft«, Ausgabe 2/15, 18. Jahrgang, S. 8
- 62 »Süddeutsche Zeitung« vom 26. Januar 2012
- 63 IGeL-Monitor.de
- 64 Golkowski, Sybille: Janusköpfige Stacheltiere, in: »Berliner Ärzte«, 2/2008, S. 15
- 65 ebenda, S. 16
- 66 ebenda, S. 15
- 67 ebenda, S. 19
- 68 Shaw, George Bernard: The Doctor's Dilemma, Preface http://www.online-literature.com/george_bernard_shaw/doctors-dilemma/0/
- 69 ebenda: »Und um so größer die Verstümmlung ausfällt, um so besser wird der Verstümmler bezahlt«
- 70 Gesundsein verboten: Die Fama-Industrie, in: »Die Weltwoche«, Ausgabe 27/2006
- 71 Moynihan et al.: Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, BMJ 2002, Vol. 324, S. 886 ff.
- 72 Sickness sells, in: »arznei-telegramm«, 33. Jg. 7/2002, S. 1 ff.
- 73 Gesundsein verboten, a.a.O.
- 74 Dank Lipobay im Orient-Express?, in: »arznei-telegramm« 4/1999, S. 46
- 75 Reuters, 24. Januar 2001
- 76 Belegschaftsinfo für die Beschäftigten bei Bayer-Wuppertal, Nr. 126 vom 6. September 2001
- 77 ebenda
- 78 Friedrich, Volker; Hehn, Adam; Rosenstock, Rolf: Neunmal teurer als Gold, Hamburg, 1977
- 79 Einsparpotential Arzneimittel, Hrsg: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), 6. überarbeitete Fassung, Berlin, 30. Oktober 2014, S. 12
- 80 de.statista.com/statistik/daten/studie/30506/umfrage/anzahl-der-nach-amg-zugelassenen-

- arzneimittel
- 81 Einsparpotential Arzneimittel, Hrsg: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), 6. überarbeitete Fassung, Berlin, 30. Oktober 2014, S. 12
- 82 de.statista.com/statistik/daten/studie/30506/umfrage/anzahl-der-nach-amg-zugelassenen-arzneimittel
- 83 Gesundheitspolitik: Rot-Grüner Kniefall vor der Pharma-Lobby, ARD, Monitor-Sendung vom 14. Juni 2001
- 84 Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1993, Teil I, Nr. 14 vom 14.4.1993, S. 441 f.
- 85 ebenda
- 86 »Financial Times Deutschland« vom 2. November 2001

Kapitel 4 Märchen, Mythen und semantische Gaukeleien: Über explodierende Kosten, den demographischen Wandel und den Merkelschen Selbstbehalt

I Selbstbehalt und Eigenverantwortung: der Griff in die Taschen der Versicherten

»Deregulieren« und »Eigenverantwortung« sind die Schlüsselbegriffe der neuen Sozialpolitik. Der Wettbewerb wird es richten, so lautet das neoliberale Credo. In der Duden-Ausgabe von 1982 ist der Begriff »Deregulieren« überhaupt noch nicht enthalten. Dort gibt es nur »Regulieren«. Und das wird definiert als »in ordnungsgemäßen Bahnen verlaufen; einen festen, geordneten Ablauf haben; in Ordnung bringen; den gleichmäßigen, richtigen Gang einer Maschine, Uhr o.ä. einstellen«.

»Deregulierung« wäre dann natürlich genau das Gegenteil von dem, würde also bedeuten, dass man etwas, das regelgerecht läuft, aus seinem Regelwerk bringt.

Und genau das ist das erklärte Ziel. Nämlich die sozialen Sicherungssysteme zu *deregulieren* und sie dem freien Spiel der Marktkräfte auszuliefern. Dahinter steckt nichts anderes als der Abbau von staatlichen Vorschriften unter dem Vorwand, den Bürgern vorgeblich mehr Wahlfreiheiten einzuräumen. Das Feuer auf den Sozialstaat ist freigegeben. »Eigenverantwortung« ist dabei das zweite Schlüsselwort oder, wie Frau Merkel es auszudrücken pflegt, der »Selbstbehalt«. Der sozialpolitisch zumindest denkwürdige Begriff, der sogar Einzug in den Paragraphen 1 des Sozialgesetzbuches gefunden hat, »Solidarität und Eigenverantwortung«

heißt es dort, dient einzig als Legitimationsformel für den Abbau erreichter

sozialer Standards.

Die semantische Gaukelei besteht darin, dass unter »Eigenverantwortung« nichts anderes zu verstehen ist als »Eigenbeteiligung«, also eine zusätzliche Beteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer Behandlung.

Von »Verantwortung« ist gar keine Rede, denn in der Regel entscheidet ja nicht der Patient über Notwendigkeit, Art und Ausmaß seiner Behandlung und steht deshalb dafür auch nicht in irgendeiner Form in der »Eigenverantwortung«.

Bereits in den 50er Jahren plante Konrad Adenauer die Einführung einer solchen Selbstbeteiligung. Er scheiterte jedoch damit wie einige Jahre später sein Nachfolger und Wirtschaftswunder-Kanzler Ludwig Erhard an den starken Protesten selbst in den Reihen der CDU.

Um die Pläne politisch schließlich doch durchzusetzen, brauchte es eine sozialliberale Koalition. SPD und FDP brachen mit ihren »Kostendämpfungsgesetzen« dieses sozialpolitische Tabu und bürdeten den Versicherten von 1977 bis 1982 pro Jahr rund 1,5 Milliarden Euro Selbstbeteiligung auf – eine Summe, die mehr als drei Prozent der gesamten Beitragseinnahmen ausmachte.

In jener Phase der Gesundheitspolitik kam der Begriff »Reform« völlig auf den Hund. Obgleich Kanzler Willy Brandt der durchaus richtigen, wenn auch schlichten Ansicht war: »Reform ist, was die Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen verbessert.«

Von solchen gestaltenden Reformen etwa zum Aufbau präventiver Strukturen zur Vermeidung oder Reduzierung krankheitsbedingter Kosten oder gar von einer Ausweitung der Leistungen eines sozialkompensatorischen Gesundheitswesens war im Zusammenhang mit dieser Art Gesundheits»reform«politik allerdings keine Rede. Im Gegenteil.

Mittlerweile klingt der Begriff Reform für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Beschäftigten in diesen Bereichen wie eine Drohung. All diese Reformmaßnahmen liefen seit Mitte der 70er Jahre im Kern nur auf eine Verschlechterung oder eine Verteuerung der Gesundheitsversorgung für die große Mehrheit der Bevölkerung hinaus.

Der erklärte staatliche Reformanspruch mit all seinen Anläufen zur

Kostenkontrolle und zur vermeintlichen Strukturverbesserung steht dabei allerdings regelmäßig im umgekehrten Verhältnis zu seinen realen

Wirkungen und Erfolgen. ⁸⁷ Von Kostendämpfung keine Rede, die Kosten wurden einfach verlagert, indem sie im Sinne der stärkeren »Eigenverantwortung« auf die Versicherten abgewälzt wurden.

Eindeutiger Sachverhalt ist dabei, dass die Sozialversicherten durch ihre monatlichen Kassenbeiträge zum überwiegenden Teil selber für die Finanzierung einer möglichen Krankenbehandlung vorsorgen und damit der so vehement geforderten Eigenverantwortung bereits nachkommen.

So, wie sie es mit ihrer Rentenversicherung für ihre Rente und mit ihrer Arbeitslosenversicherung für die Absicherung bei Arbeitslosigkeit ebenfalls tun.

Der Versicherte wird im Krankheitsfall, für den er ja bereits die Vorsorge übernommen hat, über die Forderung »mehr Eigenverantwortung« zu übernehmen, schlicht und einfach ein weiteres, ein zweites Mal zur Kasse gebeten. Jede andere Darstellung war und ist arglistige Rosstäuscherei.

Der ehemalige Sozialexperte der SPD, Rudolf Dressler, brachte es 1999 in seiner Rede auf einem Unterbezirkstag der SPD-Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen auf den Punkt: »Ich muss eine [...] Vorbemerkung machen. Sie bezieht sich unmittelbar auf die Finanzierung unseres Sozialstaats. Viele – übrigens auch in meiner Partei – diagnostizieren eine Verteuerung des Sozialstaats. Diese Diagnose ist sicherlich interessant, hat aber leider einen Nachteil. Sie hat mit den Fakten nichts zu tun. [...] Wenn ich einen ganz normalen Sozialversicherten angesichts seiner jährlichen Beitragszahlungen für Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung mit der Forderung konfrontiere, er möge nun aber endlich mal mehr Eigenverantwortung übernehmen, dann ernte ich, wenn dieser Mensch höflich ist, Stirnrunzeln. [...] Nein, die Forderung nach mehr Eigenverantwortung ist aufgrund dieser Tatsachen nicht nur absurd, sie ist eine Unverschämtheit.«⁸⁸

Zusätzlich zu den 13 Monatsbeiträgen, denn bereits seit 1984 unterliegt auch das Weihnachtsgeld der Beitragspflicht, bringen Versicherte in Form

ihrer direkten Zuzahlungen mittlerweile auch noch einen 14. Monatsbeitrag für ihre Krankenversicherung auf. Diese Zuzahlungen verschärfen die soziale Schieflage noch weiter, sind doch davon in erster Linie hauptsächlich jene 10–15 Prozent der meist älteren und chronisch kranken Versicherten betroffen, die nun mal das Gros der Kassenleistungen in Anspruch nehmen müssen.

Nachdem der Damm einmal gebrochen war, setzte die 1982 nachfolgende christlich-liberale Koalition diesen Weg der erfolgreichen »Risikoprivatisierung« ungeniert fort. Erstmals wurde die Selbstbeteiligung auch bei Krankenhausaufenthalten eingeführt. Mit der Gesundheitsreform von 1989, die u.a. die Ausgrenzung der Bestattungskosten brachte, wurden die Zuzahlungen beim Zahnersatz, bei Sehhilfen, bei Massagen und Arzneimitteln noch einmal drastisch angehoben.

Insgesamt erhöhten sich die zusätzlichen Belastungen für die Versicherten dadurch auf eine Summe von ca. 5,6 Milliarden Euro im Jahr. Das entsprach etwa acht Prozent der Beitragseinnahmen der GKV.

Horst Seehofer hatte als Abgeordneter im Bundestag einst verkündet: »Die Lasten dieses Gesundheitsreformgesetzes sind angemessen auf alle Schultern verteilt.«⁹⁰ Als Gesundheitsminister musste er 1992 konstatieren: »Mit Ausnahme der Festbeträge bei Arzneimitteln haben die Leistungserbringer ihren vom Gesetz vorgesehenen Sparbeitrag verhindert.«⁹¹ Über die Zuzahlungen sollte ganz offen eine Steuerungswirkung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen erreicht werden.

Auch das ein Aspekt sozialer Ungerechtigkeit: Feste Zuzahlungen bei niederen Einkommen bedeuten für die betroffenen Menschen prozentual gesehen einen noch höheren Anteil an »Selbstbeteiligung«. Der Effekt war, dass die beabsichtigte Senkung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in erster Linie Patienten aus den unteren Einkommensschichten erreichte. Also genau bei den Menschen ankam, deren Erkrankungsrisiko als überdurchschnittlich hoch galt und gilt, aber deren individuelle Möglichkeiten, diesem entgegenzuwirken, überdurchschnittlich niedrig waren bzw. sind. Sie sind diejenigen, die am wenigsten über die

Möglichkeiten und die Voraussetzungen verfügen, ihre Lebensumstände gesundheitsbewusst zu kontrollieren, zu beeinflussen oder gar zu ändern. Die Rolle der physischen und der sozialen Umwelt bei der Entstehung von Krankheiten tritt bei einer solchen Herangehensweise völlig in den Hintergrund. Der ständige Appell zu mehr Eigenverantwortung wirkt bei dieser Personengruppe nur noch zynisch.

Das Solidaritätsprinzip ist doch gerade die sozialpolitische Antwort auf die Tatsache, dass bei vielen Menschen mit hohem Krankheits- und Sterberisiko die Möglichkeiten zur Selbsthilfe begrenzt sind, weil sie nicht über die bildungsmäßigen, gesundheitlichen und vor allem aber nicht über die wirtschaftlichen Fähigkeiten verfügen, um gesundheitsbewusst »eigenverantwortlich« zu entscheiden. Es hat eben nicht nur einen zivilisatorischen und sozialintegrativen Wert, sondern dadurch auch einen ganz praktischen gesundheitspolitischen.

Gerade unter den chronischen Erkrankungen und unter den Leiden, die am häufigsten eine Frühberentung zur Folge haben, findet sich ein hoher Anteil, der seine Ursachen in den Lebens- und Arbeitsbedingungen hat, die der Einzelne kaum oder gar nicht beeinflussen und denen er sich auch nicht entziehen kann.

Der Sozialstaatsgedanke wird hier auf den Kopf gestellt.

Der Begriff »Solidarität« wird so im gesellschaftlichen Denken umgekehrt. Solidarisch verhält sich in dieser neuen Logik, wer die Solidarität der anderen nicht in Anspruch nimmt und damit der Gemeinschaft nicht zur Last fällt.

Natürlich hinterlassen die ständigen Appelle an die »Eigenverantwortung« – die stets, mehr oder weniger offen, verbunden sind mit dem unterschwelligen Vorwurf des Missbrauchs von Kassenleistungen – Wirkung in den Köpfen sowohl derer, die die Leistungen in Anspruch nehmen müssen, wie auch bei denen, die vermeintlich nur als »Einzahler« fungieren. Die Entsolidarisierung ist dabei keineswegs nur ein Nebeneffekt, sie erscheint als das eigentliche politische Ziel.

Die fortgesetzte Individualisierung des allgemeinen Lebensrisikos Krankheit wälzt deren finanzielle Folgen natürlich zunehmend auf den Einzelnen ab. Wer selbstverschuldet erkrankt, soll dann selbstverständlich auch selber dafür zahlen.

Krankheit als selbstverschuldeter Zustand? Wer entscheidet darüber? Kommt zur Diagnosestellung auch die Klärung der Schuldfrage? Es wären dann wohl die Ärzte, die über individuelle »Schuld« zu entscheiden hätten und über die dann auch die Sühne in Form des Merkelschen »Selbstbehalts« einzufordern wäre.

Beispiel Tabakkonsum – selbstverschuldete Sucht? Ja, sicher, auf den ersten Blick, aber würde nach den Ursachen geforscht, gäbe es möglicherweise in vielen Fällen individuelle Gründe für das unbestrittene Risikoverhalten Rauchen. Die Pathologie des Rauchens: chronische Überbelastung, Nervosität, Stress. Dort hieße es, vorbeugend und therapeutisch anzusetzen, statt zu sanktionieren.

Natürlich hat Krankheit auch viel mit dem eigenen Verhalten zu tun, aber das wiederum wird in erster Linie geprägt von den Lebensumständen und den Lebensbedingungen jedes Einzelnen. Wer mehr »Eigenverantwortung« propagiert, muss den Menschen auch die Möglichkeiten geben, auf die Lebensumstände in seiner Lebens- und Arbeitswelt entscheidenden Einfluss ausüben zu können.

Folglich: Die entsprechenden Mitbestimmungsrechte müssen ausgebaut und der betriebliche Gesundheitsschutz ausgeweitet und weiter verbessert werden. Aber davon sind wir meilenweit entfernt.

II Die Kostenexplosion: eine Bombe tickt seit 40 Jahren

Mitte der 70er Jahre, als mit der ersten Ölkrise das Wirtschaftswunder in der Bundesrepublik nach Jahren des Aufschwungs zu einem Ende fand und stattdessen der Beginn einer strukturellen Massenarbeitslosigkeit sich abzeichnete, tauchte in der öffentlichen Debatte im Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben zum ersten Mal der Begriff der »Kostenexplosion« auf.

Der *Spiegel* titelte eine Serie über die Missstände des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens spektakulär: »Krankheitskosten: Die Bombe tickt«. ⁹² Diese »Bombe« tickt nun mehr als vier Jahrzehnten und seither explodieren auch die Kosten.

Dass das Bild immer unstimmiger wird, je länger man es benutzt, fällt offenbar niemandem auf. Über all die Jahre hat sich das Mantra von der künftigen Unfinanzierbarkeit des Sozialstaats gehalten.

Das Institut der deutschen Wirtschaft meldete alarmierend auf seiner Web-Seite: »Deutschland gibt mehr als ein Zehntel seiner volkswirtschaftlichen Leistung für den Gesundheitssektor aus; den Großteil davon für die gesetzlichen Krankenkassen.«⁹³

Das aber hatte der *Spiegel* auch schon 1975 geschrieben: »Jede neunte verdiente Mark geht an die Kassen«. ⁹⁴

Fakt ist, der Anteil der Ausgaben für die Gesundheit in unserer Volkswirtschaft entwickelt sich seit 40 Jahren parallel zur Steigerung des Bruttoinlandsprodukts. Der Anteil liegt dabei, so, wie es das Institut der Deutschen Wirtschaft auch richtig festgestellt hatte, bei rund elf Prozent.

Aber dieser Anteil ist über all die Jahre in seinem Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt keineswegs angewachsen, sondern annähernd konstant geblieben.

Er betrug 2013 genau 11,2 Prozent und lag damit um 0,3 Prozent höher als 2012. Den größten Teil der Ausgaben trugen mit 181,5 Milliarden Euro die gesetzlichen Krankenkassen. 95

2014 waren es 11,3 Prozent. In den Vereinigten Staaten zum Vergleich 16,9, in den Niederlanden 11,8 und in Frankreich 11,6 Prozent. 96

Auch der darin enthaltene Anteil der Krankenhauskosten ist nach OECD-Angaben mit 3,7 Prozent in der Vergangenheit gleich geblieben. Bei unseren europäischen Nachbarn ist er höher. In Frankreich sind es 4,7, in Österreich 4,1 und in Italien 3,9 Prozent.⁹⁷

Die Krankenhauskosten je Behandlungsfall lagen in Deutschland 2014 bei 4239 Euro. ⁹⁸ 2013 waren es 4060 Euro. Die OECD bemerkt dazu, dass das reale Wachstum der Gesundheitsausgaben in Deutschland, wie in anderen Staaten, in den letzten Jahren zurückgegangen ist. ⁹⁹

In den vergangenen zehn Jahren ist der Anteil der Krankenhauskosten an den Ausgaben der gesetzlichen Versicherung nicht etwa gestiegen, sondern war im Gegenteil leicht rückläufig. ¹⁰⁰ Auch gab es keine wunderliche »Leistungsausweitung« bei der Behandlung stationärer Fälle. Mit bundesweit jährlich durchschnittlich 1,25 Prozent bleibt der Zuwachs der Fälle in den Krankenhäusern völlig im Rahmen.

Das verschweigt das Institut.

Eine reiche Industriegesellschaft gibt seit mehr als vierzig Jahren elf Prozent ihres Volksvermögens für die Volksgesundheit aus. Man fragt sich, worin besteht da für die Damen und Herren dieses Instituts eigentlich das Problem?

Könnte man das Geld anderswo besser ausgeben? Ist das keine sinnvolle Ausgabe? Wäre nicht möglicherweise sogar mehr nötig?

Mit der Feststellung wollte das Institut keineswegs die Diskussion über eine offensive Aufgabenstellung von Gesundheitspolitik mit präventiver Ausrichtung in einem modernen Sozialstaat initiieren. Das Institut legte nach, und man erkannte die eigentliche Absicht, denn es lieferte auch gleich den entsprechenden Hinweis, wo diese Gelder versandeten.

Auf der gleichen Seite fand sich, direkt neben dieser bahnbrechenden Meldung, eine Grafik, die die Entwicklung der Arbeitsunfähigskeitstage je Pflichtmitglied der Betriebskrankenkassen darstellte. Überschrieben war diese Grafik: »Zum Krankenstand: Wieder länger im Bett.« Da wird es wieder bedient: das Bild von der sozialen Hängematte.

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nörgelte: »Die Sozialbeitragsquote in Deutschland ist zu hoch. Sozialbeiträge wirken wie eine Steuer auf den Faktor Arbeit.«¹⁰¹

Und das bereits zitierte Institut der deutschen Wirtschaft kritisierte: »Wer hierzulande ein gutes Beispiel für einen Teufelskreis sucht, der wird in der Sozialversicherung fündig. Wenn der Beitragssatz aufgrund von höheren Ausgaben steigt, dann wird Arbeit teurer. Wenn die Arbeit zu teuer wird, gehen Jobs verloren. Die Zahl der Beitragszahler schrumpft mithin, was erneut zu einer Anhebung der Beitragssätze führt.«¹⁰²

Selbst aus der sozialdemokratischen Friedrich-Ebert-Stiftung verlauteten ähnliche Töne. Der neoliberale Stachel steckt halt tief. Deren exklusiver

Managerkreis artikulierte die unternehmerische Logik sozialdemokratisch: »Die steigende Belastung des Faktors Arbeit mit Sozialabgaben und Krankenkassenbeiträgen bedroht die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Unternehmen und des Standortes Deutschland. Sie überfordert außerdem die derzeitigen Beitragszahler und treibt viele Arbeitnehmer in die Schattenwirtschaft.«¹⁰³

Das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) merkte dazu in einer entsprechenden Studie nüchtern an: »Wir konnten keinen Zusammenhang zwischen der Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitsausgaben und der Entwicklung der Beschäftigung feststellen «104

Und das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI) assistierte: »Fasst man die empirischen Befunde zusammen, so kann nicht von unerträglich gestiegenen Lohnnebenkosten gesprochen werden. Selbst die starke Zunahme der Beitragssätze in der Sozialversicherung hat in der Summe nicht zu einem wesentlichen Quotenanstieg bei den Lohnnebenkosten geführt.«¹⁰⁵

Hinter diesem Begriff der Lohn»neben«kosten steckt in erster Linie eine semantische Gaukelei. Es gibt keine Lohnnebenkosten! In der öffentlichen Diskussion wird mit dem Begriff immer der Eindruck vermittelt, es handele sich dabei um Zusatzleistungen der Unternehmer zum eigentlichen Lohn, die die Unternehmen noch zusätzlich und über Gebühr belasten.

Das Statistische Bundesamt weist in seiner volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung die Lohnnebenkosten konsequent als Teil des »Arbeitnehmerentgelts« aus. Und das sind sie auch.

Lohnnebenkosten bestehen nicht neben oder zusätzlich zu den Löhnen. Das Gegenteil ist richtig: Sie sind originärer Bestandteil von Löhnen und Gehältern. Sie sind real und in ihrer historischen Entwicklung nichts anderes als vorenthaltener Lohn. Jede Reduktion des Arbeitgeberanteils an den Lohnnebenkosten wäre deshalb eine Lohnkürzung. Die Forderung: »Die Arbeit billiger machen« heißt also nichts anderes als Löhne zu senken.

Hinter den Lohnnebenkosten verstecken sich die Kosten, die Arbeitgeber

und Arbeitnehmer als Pflichtbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung ursprünglich je zur Hälfte tragen und die über die monatlichen Lohn- und Gehaltsabrechnungen direkt vom Lohn abgezogen und eingezahlt werden. Sie dienen als zweckgebundener Abzug zur Sicherung gegen individuelle Lebensrisiken. Über sie finanzieren sich die sozialen Sicherungssysteme.

Und wer die Lohnnebenkosten senken will, beschneidet damit die Finanzierungsgrundlage dieser Systeme, der kürzt Renten und beschränkt medizinische Leistungen. Eine Reduzierung der Lohnnebenkosten bringt somit keinerlei Verbesserung für die Lohnabhängigen, sondern nur weitere Leistungseinschränkungen in den entsprechenden Versorgungssystemen.

Die Reproduktionskosten des Faktors Arbeit sollen schlichtweg in immer stärkerem Maße auf die Beschäftigten selbst abgewälzt werden.

Im Jahr 2013 zahlten die Arbeitgeber in Deutschland in der Privatwirtschaft auf 100 Euro Bruttoverdienst zusätzlich 27 Euro Lohnnebenkosten. Der EU-Durchschnitt lag bei 31 Euro. In Schweden waren es 51 und in Frankreich 47 Euro. 106

2014 zahlten die Arbeitgeber auf 100 Euro Bruttoverdienst zusätzlich 28 Euro Lohnnebenkosten. Im EU-weiten Ranking lag Deutschland damit weiterhin im Mittelfeld auf Rang 15. 107

Im verarbeitenden Gewerbe machen die Arbeitskosten etwa 27,1 Prozent der Gesamtkosten aus. Bei 1000 Euro Gesamtkosten wären das beispielhaft gerechnet 271 Euro. Der Anteil der Arbeitgeber an der Krankenversicherung liegt also bei 7,3 Prozent. 7,3 Prozent von 271 Euro macht 19,24 Euro.

Eine Erhöhung des Beitrags zur Krankenversicherung um 10 Prozent würde also zu einer Mehrbelastung der Unternehmer von 1,92 € führen. Das heißt, eine zehnprozentige Beitragserhöhung würde demzufolge eine Kostensteigerung von nicht einmal 2 Promille ausmachen. Der Preis des Produkts würde sich im Endeffekt von 1000 Euro auf 1001,92 Euro erhöhen.

In Deutschland sinken die Lohnstückkosten seit Jahren. Sie wären in der Diskussion zu hoher Lohnnebenkosten sinnvollerweise der entscheidende Parameter, denn sie stellen die Messgröße dar für den Anteil der Arbeitskosten, die in einem Produkt enthalten sind. »Wie viel Lohnkosten stecken in einem Auto?« Sie bilden somit den entscheidenden Maßstab für die Wettbewerbsfähigkeit eines Landes im Hinblick auf seine Produktionskosten, denn in den Lohnstückkosten sind auch alle Lohnnebenkosten enthalten. Sie liegen weder im internationalen Vergleich gesehen in der deutschen Gesamtwirtschaft zu hoch, noch haben sie sich übermäßig ungünstig entwickelt. 108

Und trotzdem wurde die Notwendigkeit der »größten Sozialreform seit der Wiedervereinigung«, das Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004, neben den allgemeinen Kosteneinsparungen, die es bringen sollte, mit der Entlastung der Arbeitgeber von den Lohnnebenkosten begründet.

Nach Einführung des Gesetzes sank die Belastung der Arbeitgeber durch die Krankenversicherungskosten der Beschäftigten in Relation zum Wert der erzeugten Güter und Dienstleistungen auf eine Rate von 3 Prozent. Damit wies Deutschland eine günstigere Rate auf als die USA und lag im internationalen Vergleich im Mittelfeld. 109

Hauptgrund für diese »größte Sozialreform seit der Wiedervereinigung« waren gravierende Kosteneinsparungen und eine Entlastung der Arbeitgeber von den Lohnnebenkosten. 110 Die versprochenen arbeitsmarktpolitischen Effekte hatte das Gesundheitsmodernisierungsgesetz dann allerdings kaum. Dafür brachte es aber wieder einmal drastische Einschnitte beim Versicherungsschutz und deutlich höhere Zuzahlungen, wie selbst die privaten Versicherer konstatierten. 111

Neben der Einführung der leidigen Praxisgebühr, Zuzahlungen zu Arzneiund Verbandsmitteln von bis zu 10 Euro, der Selbstbeteiligung pro Tag bei Krankenhausaufenthalten von ebenfalls 10 Euro bis zum 28. Tag wurden mit dem Gesetz auch das Sterbe- und Entbindungsgeld aus dem Katalog der GKV genommen und keine Brillen mehr bezahlt. Darüberhinaus mussten gesetzlich Versicherte ihr Krankengeld, das ab der siebten Woche von der Krankenkasse bezahlt wird, mit einem Sonderbeitrag von 0,5 Prozent selbst bei den Krankenkassen absichern. Ebenso wurde ein Zusatzbeitrag für den Zahnersatz in Höhe von 0,4 Prozent fällig. Kosten aber wurden durch das Gesetz keinesfalls eingespart. Sie wurden lediglich in die Eigenverantwortung der Versicherten verlagert, sprich in Leistungskürzungen, Zuzahlungen oder private Zusatzversicherungen umgewandelt. Das ist die einfache Wahrheit, die hinter all diese semantischen Nebelkerzen der leidigen Lohnnebenkosten-Debatten steckt: Die Reproduktionskosten des Faktors Arbeit sollen schlichtweg in immer stärkerem Maße auf die Beschäftigten selbst abgewälzt werden. Die mit dem Gesetz propagierte Entlastung der Unternehmen um acht Milliarden Euro bis 2007 hätte die Herstellungskosten für deutsche Produkte allenfalls um etwa zwei Promille sinken lassen. Damit wäre ein VW-Golf nicht einmal 30 Euro billiger produziert worden. 112

III Das Älterwerden: ein Generationenverrat?

Aber es sind nicht nur die leidigen Lohnnebenkosten, die den Fortbestand unseres sozialen Sicherungssystems so existentiell bedrohen sollen. Auch das Älterwerden unserer Gesellschaft geht anscheinend zu sehr ins Geld.

Eigentlich wäre das eine gesamtgesellschaftliche Zielsetzung, dieses Älterwerden für alle gemeinsam zu erreichen. Was wäre erstrebenswerter, als Lebenszeit für einen jeden zu verlängern und dafür die optimalen Voraussetzungen gesellschaftlich auch gemeinsam zu schaffen? Doch statt diesen möglichen gesellschaftlichen Durchbruch in der demographischen Entwicklung als Herausforderung zu begreifen, der gesellschaftlich der Weg gebahnt werden muss, ist von der »drohenden« Überalterung die Rede. Wieso wird das Altwerden eigentlich zur Bedrohung?

Der Traum eines jeden ist, möglichst alt zu werden. Konsequent zu Ende gedacht, entkommt man einer solchen Bedrohung eigentlich nur durch Erhöhung der vorzeitigen Sterberate. Die Bewältigung des demographischen Wandels scheint den Sozialstaat zu überfordern.

Der Grundtenor der müßigen Diskussion über den »Generationenverrat«: Die Sozialsysteme bürdeten den jungen Generationen einseitig die Lasten auf. Der »demographische Wandel« wird zum Dämon, der nicht zu bändigen sei.

Das Prinzip des solidarischen Generationenvertrags sei zu einem »Generationenverrat« verkommen. 113

So begründete der Vorsitzende der christdemokratischen Nachwuchstruppe »Junge Union«, Philipp Mißfelder (1979–2015), seine Forderung, Patienten, die älter als 85 Jahre seien, keine teuren Hüftgelenke mehr einbauen lassen. Schließlich wären nicht die Sozialsysteme dafür zuständig, dass jeder Senior »fit für einen Rentner-Adventure-Urlaub« sei. Früher wären die Leute schließlich auch auf Krücken gelaufen.

Die konsequente Einrichtung entsprechender »Siechenhäuser« wollte er dann wohl doch nicht fordern. Ein solcher Vorschlag, einmal praktisch zu Ende gedacht und politisch umgesetzt, hätte absurderweise – spinnen wir den Zynismus weiter – keineswegs die behaupteten Einsparungen, sondern eher enorme Kosten nach sich gezogen. Denn irgendwo hätten die Patienten, die sich einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen haben oder die wegen einer Hüftgelenksarthrose mit ihrem Gelenkverschleiß zunehmend immobil geworden wären, während ihres monatelangen Siechtums bis in den Tod ja untergebracht und gepflegt werden müssen.

Unter dem Diktat der Ökonomie also ab 70 keine Niere, ab 80 keine Hüfte, fragt der ehemalige Präsident der Hessischen Landesärztekammer, Alfred Möhrle, in einem Kommentar im *Deutschen Ärzteblatt* die Theoretiker solcher »volkswirtschaftlichen« Denkmodelle. »Das ständige Geschwätz von Unter-, Über- und Fehlversorgung kann man auch nicht mehr hören. [...] Bedrückend ist, dass die Diskussion um unser Gesundheitswesen längst den Kreis derjenigen überschritten hat, die vielleicht noch etwas davon verstehen.«¹¹⁴

In der Tat genießen heute und in Zukunft mehr Menschen das Privileg, älter zu werden. Das hat zur Folge, dass immer mehr von den Menschen, die in die sozialen Sicherungssysteme einzahlten, am Ende nun auch die Chance haben, im Alter in den Genuss dieser Gelder zu kommen. Das drückt der demographische Wandel aus. Genau betrachtet ist es nicht so, dass das Lebensalter der Menschen an sich dramatisch angestiegen wäre. Die Alten werden nicht älter, sondern das vorzeitige Sterben vieler Menschen eines

Jahrgangs wird begrenzt, so dass mehr Menschen eines Jahrgangs höhere Lebensalter erreichen.

Das soziale Privileg, »alt zu werden«, wird so in der Tendenz aufgebrochen. Zwar sind demographische Entwicklungen zu beobachten, seit es amtliche Statistiken gibt, aber anscheinend hat das in der Vergangenheit noch niemand wirklich bemerkt.

Bisher war der so geschmähte »demographische Faktor« nie ein Problem. Jetzt auf einmal? In der reichsten und produktivsten aller bisherigen Generationengesellschaften? Und worin besteht dieser vermeintliche Verrat eigentlich? Darin, dass die alten Generationen die Infrastruktur angelegt haben, die noch heute genutzt wird, in der die nachfolgenden Generationen jeweils leben, wohnen und arbeiten? Und, hoffentlich, weiter pflegen und hegen, für die Generation, die dann kommt.

Von »Generationengerechtigkeit« ist perfide die Rede. Gemeint ist aber: Die Alten als eine Last für die Jungen. »Vergessen wir nicht, dass die Alten von heute die Jungen von gestern sind, die viele Jahrzehnte durch ihre Arbeit den Wiederaufstieg unseres Landes bewerkstelligt haben. Vergessen wir auch nicht, dass morgen wir die Alten sein werden.«¹¹⁵

Vor 100 Jahren kamen etwa zwölf Erwerbsfähige auf einen über 65-Jährigen. 1950 waren es sieben, heute sind es vier und im Jahre 2050 werden es zwei sein. Also haben wir den eigentlichen »dramatischen« Wandel in der Altersstruktur unserer Gesellschaft doch schon hinter uns.

Allein im letzten Jahrhundert sind die Menschen über 30 Jahre älter geworden. Der Jugendanteil hat sich mehr als halbiert und der Altenanteil mehr als verdreifacht. Natürlich gehen mit einer solchen demographischen Entwicklung auch besondere gesundheitspolitische Herausforderungen einher.

Mit dem Älterwerden von immer mehr Menschen einer Generation wächst das Problem der Zunahme von altersspezifischen Erkrankungen. Noch sind Krankheitsbilder wie Alzheimer oder Demenz traurige Begleiter und oft Geißel einer solchen an sich positiven Entwicklung, aber aufgrund der medizinischen Entwicklung wird auch das beherrschbar werden. Bis dahin

sind solche Begleiterscheinungen des Altwerdens eben solidarisch aufzufangen. Es ist aber nun auch nicht so, dass der Mensch grundsätzlich immer mehr »kostet«, je älter er wird. Die meisten Kosten fallen in der Regel stets im letzten Jahr vor seinem Tod an, völlig unabhängig vom Alter des Betroffenen.

Die bisherige Bevölkerungsentwicklung hat nie dazu geführt, dass die Sozialsysteme zusammengebrochen sind. Im Gegenteil, sie wurden ausgebaut und entwickelt. Und parallel dazu verkürzte sich sogar die gesellschaftliche Arbeitszeit von wöchentlich 60 auf 40 Stunden. Der Urlaub wurde von zwei auf sechs Wochen verlängert und die Lebensarbeitszeit gleichzeitig verkürzt. Alles Tatsachen, die aus der Diskussion über die vermeintlichen Probleme einer älter werdenden Gesellschaft nicht ausgeblendet werden dürfen. 116

Die Gesellschaft hat das Problem ihres Wachstums wie das des Älterwerdens ihrer Mitglieder und damit ihren steten demographischen Wandel über den technischen Fortschritt und die Steigerung ihrer Produktivität noch stets aufgefangen. Bisher wurde der demographische Wandel durch die Steigerung der Arbeitsproduktivität bewältigt und das sogar bei reduzierter Arbeitszeit. Nur wenn dieser wachsende Wohlstand, der aus dem Produktivitätsfortschritt erwächst, nicht als gesellschaftlicher Reichtum in die Produktions- und Lebenszusammenhänge fließt und die beständige Umverteilung von unten nach oben weiter vorangetrieben wird, bekommen wir ein wirkliches Problem. Nicht durch die alternde Gesellschaft, sondern durch ihre überholte Struktur der Eigentums- und Besitzverhältnisse. Die sind das Problem.

Auch an der Frage des demographischen Wandels lässt sich deutlich machen, wie der allgemeine gesellschaftliche Wohlstand zwar steigt, aber eben nicht in den Sozialkassen ankommt. Ein immer größerer Anteil von dem, was gesellschaftlich produziert wird, dient eben nicht dem Ausbau der sozialen Sicherungssysteme, sondern wandert privatisiert in Gewinn und Vermögen.

Bevölkerungsprognosen sind nie frei von Ideologien, und wenn entsprechende Prognosen durch Studien begründet werden, die von Bertelsmann oder Bosch, von Rossmann oder Daimler beauftragt wurden, dann verfolgen die damit natürlich auch spezifische Interessen. So fordert der Sozialforscher Gerd Bosbach: »Demographie muss endlich entdramatisert werden« und plädiert dafür, dass mehr Geld aus dem Wohlstand in die Sozialsysteme zu fließen habe. 117 Er beschreibt dabei auch, wie das Thema Demographie seit 2003 zunehmend, nicht zuletzt durch aufwendige

Demographie seit 2003 zunehmend, nicht zuletzt durch aufwendige Kampagnen der Versicherungswirtschaft, in eine zentrale Rolle gedrängt wird.

Die Menschen sollen für die private Vorsorge sensibilisiert werden. Von Riester-Rente und Pflege-Bahr haben in erster Linie die Versicherungsunternehmen profitiert, und auch die Arbeitgeber streichen dabei gewaltig ein. Das Aufbrechen der Parität bei der Finanzierung der Rentenversicherung bringt ihnen schätzungsweise 15 Milliarden Euro jährlich an zusätzlichem Gewinn.

Es ist die Finanzwirtschaft, die von den vermeintlich notwendig werdenden privaten Vorsorgezwängen profitiert, und es sind die Unternehmer, die auf der Basis nun auch dieser vermeintlich drohenden »Zeitbombe« – wir erinnern uns an das Bild der permanten »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen – wieder die Lohnkosten drücken wollen.

Nicht die demographische Entwicklung ist die Herausforderung, sondern der gesellschaftliche Umgang damit und die politische Antwort darauf.

⁸⁷ Wanek, Volker: Vom Reparaturgesetz zum Historischen Kompromiss?, »Blätter für deutsche und internationale Politik«, Heft 11/1992, S. 1346 ff.

⁸⁸ zit. n.: Bourcarde, Kay: Zur Existenzberechtigung des Sozialstaats, Zwischenprüfungsarbeit, Justus-Liebig-Universität Gießen, Fachbereich 03, o.J.

⁸⁹ Wanek, Volker: Vom Reparaturgesetz zum Historischen Kompromiss?, in: »Blätter für deutsche und internationale Politik«, Heft 11/1992, S. 1346 ff.

⁹⁰ Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Stenographische Berichte, Sitzung vom 25.11.1988, S. 7878

⁹¹ Interview mit Horst Seehofer in: »Der Spiegel« vom 3. August 1992

^{92 »}Der Spiegel«, Nr. 19–22/1975

⁹³ http://www.iwkoeln.de/themen/sozialpolitik/krankenversicherung

^{94 »}Der Spiegel«, Nr. 19/1975, S. 54

^{95 »}kma«, 20. Jg., Mai 2015, S. 13

- 96 http://www.oecd.org/berlin/OECD-Gesundheitsdaten-2014-Deutschland.pdf
- 97 Neueste OECD-Gesundheitsdaten, »BDC-online«, 21. Oktober 2007

98

- https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/I
- 99 http://www.oecd.org/berlin/OECD-Gesundheitsdaten-2014-Deutschland.pdf
- 100 Krankenhausreform? So nicht! Veröffentlichung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin, 2015, S. 6
- 101 Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, SVR-Jahresgutachten 2002/2003, S. 223
- 102 Institut der Deutschen Wirtschaft (IW) (004): Sozialversicherung: Der Jobblocker. Anlage zu: »Direkt« 30 (46), Presseinformationen aus dem Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln
- 103 Afheldt, Heik et al.: Wachstumsfeld Gesundheit. 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik; Hrsg. Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin, Juni 2003
- 104 Rabbata, Samir: Kassenbeiträge bedrohen Arbeitsplätze kaum, in: »Deutsches Ärzteblatt«, Jg. 101, Heft 45, 5. November 2004, S. B 2535
- 105 Bontrup, Heinz-J.: Zu hohe Löhne und Lohnnebenkosten Eine ökonomische Mär, in: »WSI Mitteilungen«, Nr. 6/2004, S. 313–318
- 106 Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 164 vom 12. Mai 2014
- 107 Statistisches Bundesamt, EU-Vergleich der Arbeitskosten 2014
- 108 »Frankfurter Allgemeine Zeitung« vom 1. August 1996
- 109 Studie der Techniker Krankenkasse, zitiert nach: »Neues Deutschland« vom 5. November 2004
- 110 pkv-Ratgeber, Hrsg. Continentale Krankenversicherung a.G., Münster 2005, S. 4
- 111 ebenda
- 112 Rabbata, Samir: Kassenbeiträge bedrohen Arbeitsplätze kaum, in: »Deutsches Ärzteblatt«, Jg. 101, Heft 45, 5. November 2004, S. B 2535
- 113 »Keine Hüftgelenke für die ganz Alten«, in: »Tagesspiegel« vom 3. August 2003
- 114 Möhrle, Alfred: Unter dem Diktat der Ökonomie: Auf gefährlichen Pfaden, »Deutsches Ärzteblatt«, 2003, 100(5), vom 31. Januar 2003
- 115 Möhrle, Alfred: a.a.O.
- 116 Demografie muss endlich entdramatisiert werden, Interview mit Prof. Dr. Bosbach: »ersatzkasse magazin«, 94. Jg.; Mai/Juni 2014; S. 16
- 117 ebenda

Kapitel 5 Die Wandlung der Krankenhäuser in Profitcenter und Renditefabriken

I Die Industrialisierung der Medizin: das System der Fallpauschalen

Den Einstieg in die Industrialisierung und Normierung der Medizin als Ausdruck ihrer Ökonomisierung bildete das neue Finanzierungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen, dessen Einführung bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eingeleitet wurde. Das Ziel der Umstellung der Finanzierungsbasis für die Krankenhäuser war die weitere Ausgabenbegrenzung der Kosten für die stationäre Behandlung. Das Geld sollte zukünftig der Leistung folgen, hieß der Slogan.

Nach einer längeren Übergangsphase wurde das sogenannte DRG-System, nach dem englischen Begriff Diagnosis Related Groups, ab 2004 bundesweit eingeführt. Jeder stationäre Behandlungsfall wird dabei über eine Pauschalvergütung mit den Krankenkassen abgerechnet. Patienten mit der gleichen Diagnose werden entsprechenden »Fallgruppen« zugeordnet. Für jeden Patienten einer solchen Fallgruppe erhält die Klinik, völlig unabhängig von der jeweiligen Verweildauer, von dem tatsächlichen Aufwand und den realen Kosten, die sie für die Behandlung im Einzelfall aufbringen muss, prinzipiell die gleiche Summe als Pauschalvergütung. Sie deckt damit nicht die Selbstkosten der Häuser, sondern orientiert sich an den durchschnittlichen Kosten eines entsprechenden Behandlungsfalls, die vom »Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus« (InEK) aufgrund von bundesweiten Vergleichsdaten aus etwa 250 entsprechenden Referenzkrankenhäusern ermittelt werden. Die Auswahl dieser Referenzkrankenhäuser bildet dabei keinen repräsentativen Querschnitt ab, sondern es sind Häuser, die sich freiwillig bereit erklären und gegen eine Aufwandsentschädigung ihre Behandlungsdaten zur Verfügung stellen.

Das Institut legt dann für einen fiktiven Standardbehandlungsfall einen Standardpreis als »Basisfallwert« fest. Dieser wird zur Bezugsgröße für das gesamte Abrechnungssystem. Allerdings sind nur solche Fälle als DRG-relevant anerkannt, die häufiger als 30 Mal im Jahr gemeldet werden. Behandlungsfälle, die seltener im Jahr vorkommen, werden nicht in das Fallpauschalensystem übernommen, weil sie statistisch ohne Relevanz sind.

Aber es sind genau diese Fälle, die häufig als »Extremkostenfälle« hohe Behandlungskosten zur Folge haben und den Krankenhäusern dann nicht entsprechend vergütet werden.

Der festgesetzte Basisfallwert stellt letztlich den Preis dar, den ein durchschnittlicher Behandlungsfall die Klinik kostet. Um zu ermitteln, wie hoch nun die Vergütung ist, die die Krankenkassen den Kliniken für die Behandlung des jeweiligen Patienten konkret zu bezahlen haben, wird dieser Basisfallwert mit dem sogenannten Fall- oder auch Relativgewicht multipliziert, das als Bewertungsrelation für die Fallschwere einer Erkrankung dient und den diagnostischen und therapeutischen Aufwand widerspiegeln soll, den die Behandlung braucht.

Das erfordert eine aufwändige Dokumentation aller Maßnahmen und Prozeduren, die der Patient durchläuft, sowie die akribische Erfassung all seiner Nebenerkrankungen, denn auch die fließen in die abrechnungsrelevante Eingruppierung seiner Erkrankung ein. Individuelle Leistungen des Arztes aber wie die besondere persönliche Zuwendung und das manchmal ja auch schwierige Gespräch mit dem Patienten oder seinen Angehörigen finden dabei keine Berücksichtigung. Sie ziehen in die Bewertung des Fallgewichts so gut wie gar nicht ein. Das Fallgewicht bildet ab, ob der einzelne Fall im Vergleich zu einem durchschnittlichen Behandlungsfall aufwändiger oder weniger aufwändiger war. War die Behandlung weniger aufwändig, sinkt dieser Faktor unter 1, war sie aufwändiger, steigt er über 1.

Das Produkt aus Basisfallwert und Fallgewicht ergibt dann den Erlös, den ein Krankenhaus für die jeweilige Behandlung eines Patienten bekommt. Eine Mandelentfernung ohne wesentliche Komplikationen hat zum Beispiel ein Fallgewicht von 0,721.

Multipliziert man diesen Faktor mit dem Berliner Basisfallpreis für 2015, der auf 3190 Euro festgesetzt ist, ergibt sich für einen einfachen Behandlungsfall »Tonsillektomie« somit ein Erlös von 2300 Euro für das Krankenhaus.

Dieses Prozedere muss einfach so technokratisch geschildert werden, weil es eben so technokratisch ist. Das Ende der Barmherzigkeit in unseren Krankenhäusern kommt nun mal so technokratisch daher.

Der Basisfallwert bildet auch ab, ob ein Haus »wirtschaftlich« arbeitet oder nicht. Liegen die Selbstkosten oberhalb des festgesetzten Wertes, kann ein Haus finanziell nicht überleben, denn dann schreibt es mit jeder Behandlung Verluste.

Radikale Einsparmaßnahmen waren in der Vergangenheit in den betroffenen Häusern die Folge und sind es auch weiterhin, denn die Kliniken sind aus dem System heraus gezwungen, sich gegenseitig an Kosten zu unterbieten. Nur wer billiger als der Durchschnitt arbeitet, erzielt einen Überschuss.

Das aber hat zur Folge, dass – wenn alle ihre Leistungen billiger anbieten – natürlich auch der Durchschnittswert, den das InEK-Institut ermittelt, weiter absinkt und die Dumpingspirale im Unterbietungswettbewerb eine weitere Runde dreht. Für die Krankenhäuser ein fataler Mechanismus, der zwangsläufig Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung haben muss.

Bekommt eine Klinik für den Fall eines Patienten mit einer einfachen Blinddarmentzündung und entsprechender Operation eine Pauschalvergütung von etwa 2400 Euro, dann sind darin alle Kosten enthalten. Mit diesem Betrag muss das Krankenhaus dann bei der Behandlung des Patienten auskommen. Die eigentliche Operation und das ganze Drumherum am Aufnahmetag verursachen stets die meisten Kosten. Die würden in dem konkreten Fall etwa bei 800 Euro liegen. Für jeden weiteren Tag des stationären Aufenthalts fallen für die Betreuung und Pflege, die Unterbringung und die Versorgung ca. 400 Euro an. Vom vierten postoperativen Tag an wäre das Ganze dann ein Verlustgeschäft für das Haus. Dann ist die Gesamtsumme aufgebraucht und ab dann müsste das Krankenhaus zuschießen.

Die Folge ist: Die Patienten müssen möglichst punktgenau im Rahmen der vorgegebenen Verweildauer entlassen werden.

Es gibt nur ein schmales Zeitfenster, in dem das Krankenhaus keinen Verlust macht. Entlässt das Krankenhaus zu schnell, gibt es Abschläge, entlässt es zu spät, schießt es zu. Deshalb mühen sich die Kliniken, die Patienten unterhalb der für die mittlere Aufenthaltsdauer vorgegebenen Zeiten zu entlassen.

Und wenn der Arzt aus medizinischen Gründen trotzdem eine längere Verweildauer für notwendig hält als die, die ihm quasi schon mit der Aufnahmediagnose als Richtwert mitgeteilt wurde, dann hat er ein Problem, denn dann übersteigen die Kosten den Fallerlös – und er muss sich dazu erklären.

War es früher möglich, einen Patienten auch aus sozialen Gründen einen Tag länger im Krankenhaus zu belassen, lässt das heute sofort die Alarmglocken in der zuständigen Abrechnungsabteilung klingeln.

Die »Barmherzigkeit der Intransparenz« bleibt durch eine einzig auf Gewinnmaximierung ausgerichtete Kontrolldichte der Verwaltungen auf der Strecke. Sie kontrollieren dabei nicht die Vorgabe, die bestmögliche medizinische Versorgung zu gewähren, sie kontrollieren, ob sich diese Versorgung im gesetzten ökonomischen Rahmen bewegt, der eine Gewinnausschüttung noch möglich macht.

Das ist der Mechanismus, der gemeinhin zu dem führt, was man unter »blutiger Entlassung« versteht.

Zu welchen Konsequenzen das wohl führt?

Nun wird man in der Praxis keinen Patienten »blutig« entlassen können. Aber viele Patienten werden durch diesen Mechanismus zu einem Zeitpunkt entlassen, zu dem sie eben noch nicht wieder gesund sind, Schmerzen haben und in ihrer Selbständigkeit noch deutlich eingeschränkt sind. Ein Teil des Genesungsprozesses findet außerhalb des Krankenhauses statt, ohne dass dafür die entsprechenden Nachsorgeeinrichtungen vorhanden sind. Das ist vor allem für ältere oder schwerkranke Patienten ein Problem. Sie und die chronisch Kranken sind die Verlierer dieses Finanzierungssystems.

»Die Verkürzung der Liegezeiten geht einher mit einer Verlagerung von

Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich. Ein Teil der Behandlungskette wird den niedergelassenen Ärzten überantwortet, wodurch die Gefahr besteht, dass die Kontinuität der Behandlung unterbrochen wird. Außerdem sind die niedergelassenen Ärzte wegen der Budgetrestriktionen oft nicht auf die zusätzlichen Patienten eingestellt. Die im Krankenhaus begonnene Behandlung werde deshalb teilweise nicht weitergeführt, teure Medikamente substituiert oder ganz abgesetzt, monieren einige

Klinikärzte.«¹¹⁸ Das Problem dabei ist, dass ein System, das auf der pauschalen Vergütung von Behandlungsfällen basiert, genau ein solches Handeln befördert, denn die eventuell »erwirtschafteten« Überschüsse verbleiben beim Krankenhaus zu dessen freier Verfügung. Allerdings sind die Preise durch das InEK-Institut so kalkuliert, dass sie, Spitz auf Knopf gerechnet, gerade den Aufwand decken, der den Häusern für die Krankenhausversorgung entsteht.

Eine Marge für »Gewinn« ist da nirgendwo eingerechnet. Ebensowenig sind die eventuellen Kosten für zu verzinsendes Fremdkapital oder die Renditeerwartungen von Kapitaleignern berücksichtigt.

Eventuelle »Gewinne« müssen somit aus den Erlösen abgezweigt werden, die eigentlich für die Krankenversorgung vorgesehen sind.

II Wie die ökonomische Logik zum Maß der Dinge wird

Ursprünglich gab es einmal 800 Fallpauschalen. Aus der Notwendigkeit heraus, auch individuelle Faktoren wie das Alter, Vor- oder weitere Nebenerkrankungen und eventuelle Komplikationen im Verlauf zu berücksichtigen, wurde die Abrechnungssystematik, die als lernendes System konzipiert ist, immer komplexer.

Mittlerweile gibt es bereits rund 1200 solcher Pauschalen, die die Abrechnung immer komplizierter und bürokratischer machen. Ein Unterfangen, das den einzelnen Arzt längst überfordert. Allein für einen »Kaiserschnitt«, eine »Sectio caeserea«, kennt das System aus rein abrechnungstechnischen Gründen acht verschiedene Fallgruppen, welche die unterschiedlichen Verläufe mit ihren möglichen Komplikationen abbilden

sollen. Dabei kann es um viel Geld gehen.

So entscheidet 1 Gramm Lebendgewicht eines Neugeborenen über eine Einnahmedifferenz von 4271,91 Euro für die Häuser. Das ist nämlich der Unterschied zwischen der Summe, die die Klinik für die Behandlung eines Neugeborenen bekommt, das mit »mehreren schweren Problemen« geboren wird und bei der Geburt unter oder über 2499g wiegt.

Um in dem Abrechnungssystem möglichst erfolgreich zu jonglieren und so viel Geld wie möglich aus jedem einzelnen Behandlungsfall herauszuholen, entstanden in den Kliniken völlig neue Berufe. So gibt es nun Medizincontroller, Medizinische Dokumentationsassistenten und Klinische Codierfachkräfte. Eine eigene Abteilung für das »Medizin-Controlling« wurde geschaffen, die in der Regel, direkt der Geschäftsführung unterstellt ist.

Zwar legen die »Deutschen Kodierrichtlinien für das DRG-System« eindeutig fest, dass die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, insbesondere im Hinblick auf die jeweilige Hauptdiagnose, allein beim behandelnden Arzt liegt, häufig genug jedoch fügen die Medizincontroller im Nachgang anhand des OP-Berichts und der Patientenunterlagen eigenständig mit dem Ziel der Erlösmaximierung die Prozedurenschlüssel ein, die schließlich gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden. Sie sind dafür verantwortlich, jede Fallpauschale exakt mit der vorgeschriebenen Nummer zu versehen und darauf zu achten, dass jeder Fall aufs Akribischste dokumentiert wird, damit auch tatsächlich jede Nebenerkrankung erfasst ist, die die Fallschwere zur »Abrechnungsoptimierung« aufwertet.

Es ist der Jargon der Kaufleute, der mit der Umstellung auf das System der Fallpauschalen in die Krankenhäuser eingezogen ist und mit dem die Beschäftigten dort seit Jahren konfrontiert werden. Begriffe wie »Stars« oder »cash cows« tauchen auf. Sie bezeichnen Fälle, z.B. Leistungen im Bereich der Thorax- und Herzchirurgie, die hohe sogenannte »Fallgewichte« haben und teuer abzurechnen sind. Eine Tracheotomie zum Beispiel, ein Luftröhrenschnitt, mit komplizierten Beatmungsproblemen, ist eine solche »cash cow«, mit der sich hohe Erlöse erzielen lassen.

»Poor dog« dagegen wäre eine normale vaginale Geburt ohne komplizierende Diagnose, die mit einem Fallgewicht von lediglich 0,54 der Klinik nur wenig Geld bringt.

Die Kliniken aber brauchen Geld, also müssen sie ein Interesse an möglichst schweren Fällen haben. Sie entwickelten deshalb eine Meisterschaft darin, die Zahl ihrer »schweren« Fälle durch ein verändertes Codierverhalten bis an die Grenze der Legalität und manchmal wohl auch darüber hinaus zu erhöhen. »Up-coding« nennt man dieses Phänomen, bei dem durch die Art der Erfassung von Nebenerkrankungen die Fallschwere bis an die Grenze der Legalität und manchmal auch darüber hinaus manipuliert wird. Mit der Folge, dass die Kranken, abrechnungstechnisch dokumentiert, noch kränker und damit auch »teurer« wurden und einen entsprechend höheren Erlös brachten.

Auch hat sich unter den DRG-Bedingungen der Trend zum »Fragmentieren« von Behandlungen verstärkt. Um beim Vorliegen mehrerer gleichzeitiger Erkrankungen bei dem gleichen Patienten auch die Behandlung aller Krankheiten abrechnen zu können, wird ein längerer Krankenhausaufenthalt in mehrere kürzere »fragmentiert«. Erst wird die Galle operiert, dann folgen fünf Wochen später eben die beiden Leistenbrüche. Für das Krankenhaus rechnet es sich nicht, alles bei ein und demselben Aufenthalt zu sanieren, denn abgerechnet werden kann jeweils nur die eine Hauptdiagnose. 119 Also werden die Erkrankungen des Patienten nacheinander abgearbeitet.

Wer die Krankenhäuser zwingt, ökonomisch zu denken, zwingt sie auch, konsequent ökonomisch zu handeln.

Die Krankenkassen dürfen vor Ort in den Häusern zwar deren Abrechnungen prüfen, ergibt eine solche Prüfung dann jedoch im Einzelfall keine Korrektur zugunsten der Kassen, haben diese den Häusern eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 300,00 Euro zu zahlen. Absurder geht es nimmer. Kontrolle der Solidargemeinschaft als Kosten- bzw. Einnahmefaktor der Kliniken.

III Das Ende der Barmherzigkeit

Der Handlungsspielraum, der dem Arzt bisher die Freiheit gegeben hatte, auf die individuellen Nöte und Probleme des Patienten einzugehen, wird durch ein solch restriktives Regime deutlich eingeengt. Sein bisheriges Definitionsmonopol, zu entscheiden, was ist ärztlich notwendig, wird ihm durch ökonomische Vorgaben weitgehend beschränkt.

In einem anderen Zusammenhang macht dies auch die ehemalige Geschäftsführung eines großen Berliner Krankenhausunternehmens deutlich, wenn sie auf Kritik von Ärzten an den Auswirkungen ihrer Personal-Einsparpolitik für die Qualität der Patientenversorgung in frappierender Offenheit antwortet: »Wie viel Medizin ein Patient braucht, ergibt sich aus dem neuen Fallpauschalensystem DRG.«¹²⁰

Das Primat der Betriebswirtschaftlichkeit macht dabei auch vor versuchten Eingriffen in die ärztliche Behandlung nicht halt. Zwar ist es dem Arzt nach seiner Berufsordnung untersagt, in Bezug auf seine ärztlichen Entscheidungen Weisungen von Nichtärzten entgegenzunehmen, dennoch gab es, zwar dezent verpackt, aber dennoch ganz unverhohlen den Versuch einer entsprechenden Einflussnahme durch die ehemalige Geschäftsleitung.

In einem Schreiben an alle Chefärzte und Chefärztinnen weist ein zuständiger Regionaldirektor eines Klinikunternehmens in Berlin im Juni 2002 darauf hin, dass für sogenannte Konsiliaruntersuchungen regelmäßig Kosten in erheblicher Höhe anfallen. Solche Konsiliaruntersuchungen durch fachfremde Ärzte werden immer dann notwendig, wenn im Rahmen der stationären Behandlung weitere Erkrankungen als Zufallsbefunde erkannt werden oder zusätzliche Erkrankungen auftreten, die nicht im Zusammenhang mit dem eigentlichen Grund der stationären Behandlung stehen.

»Insbesondere vor dem Hintergrund der angespannten finanziellen Situation möchten wir Sie darauf hinweisen, dass konsiliarärztliche Leistungen nur als Beitrag zur schnelleren Gesundung bezüglich der Hauptdiagnose zu sehen sind. [...] Auch im Zusammenhang mit der Einführung der DRG sollte darauf geachtet werden, dass diese Leistungen wirklich nur in absolut notwendigen Fällen angefordert werden. Da die

Inanspruchnahme konsiliarärztlicher Leistungen auf Grund der allgemein gesunkenen Verweildauer sowieso rückläufig sein müsste, bitten wir Sie bei der Verordnung derartiger Untersuchungen sehr restriktiv vorzugehen.«¹²¹

Es sind zunehmend betriebswirtschaftliche Gewinn- und Kostenkalküle und nicht mehr die medizinischen Notwendigkeiten, die eine solche Steuerungslogik bestimmen.

Ein weiteres Beispiel: Jeder weiß, wie groß mitunter die Aufwendungen auf einer Intensivstation sind, wenn mit allen Mitteln, die zur Verfügung stehen, und die meisten davon sind nicht billig, um ein Leben gekämpft wird. Verstirbt der Patient trotz aller Bemühungen noch am ersten Tag, muss das Krankenhaus, unabhängig davon, wie groß der Aufwand war, den man dem Patienten noch hatte zukommen lassen, hohe Abschläge hinnehmen. Es bekommt seine Kosten für diesen Aufwand nicht adäquat erstattet. 122

Es ist so: Unter dem ökonomischen Zwang des Profitcenters geht die soziale Komponente, die ein Krankenhaus auch immer hatte, vollkommen verloren. Humanität ist eben kein betriebswirtschaftlicher Terminus. Das ärztliche Handeln wird so zunehmend von ökonomischen Interessen diktiert.

Krankenhäuser und Ärzte, die zukünftig im Interesse ihrer Patienten anders handeln als hier beschrieben, werden unter DRG-Kriterien unwirtschaftlich und sind in ihrer Existenz bedroht.

Benachteiligt werden auch Häuser, die ärztliche Weiterbildungsstellen anbieten, weil der damit verbundene Zeit- und Kostenaufwand zum Beispiel durch verlängerte Operationszeiten nicht in die DRG-Berechnung einfließt. Die notwendige Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Personals bleibt im DRG-System weitgehend unberücksichtigt.

Das ist einer der Gründe, warum private Krankenhausträger bevorzugt Fachärzte einstellen bzw. solche Assistenzärzte, die sich bereits in einem fortgeschrittenen Weiterbildungsstadium befinden.

Mit der Einführung des DRG-Systems traten die einzelnen Krankenhäuser in einen regelrechten Vernichtungswettbewerb.

Dieser war politisch gewollt.

Überleben sollten nur die »leistungsfähigsten« Häuser, die sich in

Medizinfabriken wandelten. Das war aber nicht im Hinblick auf die medizinische Qualität zu verstehen, sondern das bezog sich einzig darauf, wer seine Leistung am wirtschaftlichsten auf dem Markt anbieten konnte. Das Therapieziel ist die gesunde Bilanz, der gesunde Patient allenfalls Nebeneffekt. »Wer zum billigsten Preis agiert, macht den größten Gewinn.«

Dabei weisen die einzelnen Häuser durch ihre unterschiedliche Förderhistorie, ihre mehr oder weniger sanierungsbedürftige Bausubstanz, ihre regionale Lage und ihre infrastrukturelle Einbindung, aber natürlich auch aufgrund ihres medizinischen Angebots ganz unterschiedliche Kostenstrukturen und damit auch höchst unterschiedliche Ausgangsbedingungen auf.

Es sind die privat betriebenen Kliniken, die hier natürlich erhebliche Vorteile besitzen. Sie verfügen über das notwendige Kapital, um die nötigen Investitionen zu tätigen, mit denen sie zum einen ihre Betriebskosten deutlich senken und zum anderen ihre Häuser für die Patienten attraktiver gestalten können.

Allerdings: Wer den Wettbewerb zur Daseinsform für die Krankenhäuser erklärt, muss wissen, dass er damit dann auch die normalen Marktgesetze zur Grundlage ihres Handelns macht.

In der Konsequenz wird nicht nur die zahlungskräftige Nachfrage besser bedient werden, sondern das gesamte Leistungsprofil der Kliniken wird sich an der Rentabilität, nicht am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten. Gemacht wird vorrangig, was sich rechnet. Unrentable Abteilungen werden geschlossen. Mit all den Auswirkungen auf die Versorgung in der Fläche.

Leistungen, die Geld bringen, werden ausgeweitet, Leistungen, die Geld kosten, werden gemieden. Das Portfolio des medizinischen Angebots richtet sich so nicht mehr nach dem medizinischen Bedarf, sondern nach dem betriebswirtschaftlichen Interesse. Die Leistung folgt dem Geld.

Die mit der radikalen Umstellung des Finanzierungssystems verbundene Hoffnung, das Geld möge zukünftig der Leistung folgen, erfüllte sich nicht. Im Gegenteil: In den lukrativen DRG-Bereichen gab es erhebliche Leistungssteigerungen und damit verbunden in der Konsequenz auch eine gezielte Patientenauslese.

Angesichts einer solchen Entwicklung wird der staatlichen Krankenhausplanung auch zukünftig eine wichtige Steuerungsfunktion zur Sicherstellung der zeit- und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung zukommen müssen.

IV Daseinsvorsorge als Marktgeschehen

»Wirtschaftlich« arbeiten heißt für die Krankenhäuser zunächst einmal, die eigenen Kosten zu senken.

Der höchste Kostenanteil in den Krankenhäusern sind aber nun mal die Personalkosten. Sie machen rund 70 Prozent der Ausgaben aus. Aus diesem Grund liegt für die Geschäftsleitungen hier das Haupteinsparpotential. Das die Stellschraube, die es zu drehen gilt.

Das schlägt absonderliche Kapriolen, indem regelrecht »Produktivitätskennziffern« bis auf die Stellen hinter dem Komma genau erfasst werden. Dazu werden die behandelten Fälle nach ihrem Schweregrad gewichtet, zum Beispiel pro Vollkraft Ärztlicher Dienst gezählt, um so die Durchschnittskosten für eine Vollkraft zu ermitteln. Diese Durchschnittskosten werden dann mit einem sogenannten »Best-Practise-Wert« einer Musterabteilung verglichen, die in der Praxis zwar niemand kennt, die aber dann zum Maßstab wird, an dem alle anderen sich messen lassen müssen.

Aus diesem Vergleich wird dann ein »theoretisches Potential« hergeleitet, hinter dem sich, übersetzt, nichts anderes als der mögliche Stellenabbau verbirgt.

Eine daraus resultierende »personelle Verschlankung« geht immer auch eine ganze Weile gut, weil man Arbeitsabläufe natürlich immer noch effektiver gestalten und, wie es immer so schön heißt, entsprechende »Synergie-Effekte« nutzen kann.

Aber irgendwann ist dann Schluss. Dann beginnt die Schraube zu quietschen. Und dieser Zeitpunkt ist in den Kliniken nicht nur erreicht – er ist bereits überschritten. Das sind die Hintergründe der aktuellen Auseinandersetzungen in vielen Kliniken um eine personelle Mindestausstattung auf den Stationen.

Weil es den Beschäftigten dort reicht, weil sie diese Verhältnisse, die sie immer häufiger als »gefährliche Pflege« charakterisieren, nicht länger hinnehmen wollen. Und weil sie sich, nebenbei bemerkt, auch auf den Arm genommen fühlen, wenn, während sie – wie jüngst bei den Verhandlungen über eine Mindestausstattung auf den Stationen in der Berliner Charité geschehen – mit der Geschäftsführung über eine bessere Personalausstattung verhandeln, gleichzeitig auf den Stationen weitere Nachtdienste abgebaut werden.

In einer Bundesratsentschließung, Drucksache 432/12 auf Antrag Bayerns, wurde 2012 nüchtern festgestellt: »Seit dem Ende der Konvergenzphase zur Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2009 mussten die Krankenhäuser eine Finanzierungslücke in einer Größenordnung von 3,8 Milliarden Euro durch Einsparungen, meist beim Personal, schließen.«¹²³

Genauso ist es.

Die Charité hatte zum Beispiel 2006 noch 2554 Vollkräfte in der Pflege, 2012 waren es nur noch 2475.

In der gleichen Zeit war die Patientenzahl von 127 000 auf fast 141 000 gestiegen – und die Verweildauer der Patienten in der Klinik gleichzeitig auf 6,5 Tage abgesenkt worden.

Ein anderes Beispiel: In der Rettungsstelle des Neuköllner Krankenhauses in Berlin haben 1989 noch 42,5 Vollkräfte circa 20 000 Patienten im Jahr versorgt, heute werden dort über 60 000 Patienten von nur noch 38,5 Beschäftigten behandelt.

Im Bundesdurchschnitt versorgt heute eine Pflegekraft 20 Patienten, 1998 waren es noch 13.

Anders ausgedrückt: Heute hat eine Pflegekraft rund 47 Prozent weniger Zeit für den einzelnen Patienten als noch vor 16 Jahren. Immer mehr Patienten in immer weniger Zeit und dazu immer höhere Ansprüche, die zu erfüllen sind.

Neuerdings ist von personellen Mindeststandards die Rede, die den Krankenhäusern vorgeschrieben werden sollen. Entsprechende Qualitätsstandards sollen in die Krankenhauspläne einfließen und dort verbindlich gelten. Die amtierende Bundesregierung hat auch ein entsprechendes Pflegestellenförderprogramm aufgelegt. 660 Millionen Euro werden dafür zur Verfügung gestellt.

Auf den ersten Blick eine große Summe, auf den zweiten Blick bedeutet das aber in der praktischen Nutzanwendung ganze 3,5 Stellen für Schwestern oder Pfleger pro Krankenhaus mehr. Das ist nicht einmal der Tropfen auf dem heißen Stein

V Die politische Zechprellerei geht weiter

Großen Raum in jeder öffentlichen Diskussion über die Qualität unserer Krankenhäuser nimmt der Vorwurf mangelnder Hygiene ein. Natürlich sind Infektionen in Krankenhäusern alltäglich ein Problem. Nicht selten scheint man bei dieser Diskussion aber zu vergessen, dass Krankenhäuser nun mal Häuser für Kranke sind, die Infektionen und damit ihre Keime mitbringen. Und manchmal schleppen auch die Besucher die Keime mit. Man kann sie nicht in Quarantäne nehmen und aussperren, bis ihre Keimfreiheit nachgewiesen ist. Gesundheitspolitiker mahnen an und propagieren bei jeder Gelegenheit die Aktion »Saubere Hände«. Als hätten die Kliniken nicht selbst ein ureigenes Interesse an der Vermeidung von Infektionen, denn die kommen sie in der Regel teuer zu stehen.

Nur ist es mit dem Propagieren strengerer Hygieneregeln nicht getan und auch die zusätzliche Einstellung von entsprechendem Fachpersonal hilft den Beschäftigten vor Ort nur wenig. Wie sieht die Praxis im klinischen Alltag aus?

Nach jedem einzelnen Patientenkontakt ist eine medizinische Händedesinfektion notwendig. Die dauert vorgeschriebene 30 Sekunden. Nun hat das Pflegepersonal im Schnitt 30 Patientenkontakte pro Stunde. Das macht 30 mal 30 gleich 900 Sekunden, also 15 Minuten pro Stunde. Schwestern und Pfleger sind also in einer Schicht von acht Stunden ganze zwei Stunden lang mit eigenen Waschungen beschäftigt.

Bei vier Pflegenden auf der Station macht das pro Schicht eine ganze Stelle aus. Aber die entsprechenden personellen Konsequenzen werden daraus nicht gezogen. Diese Stelle ist nirgendwo eingestellt, und das Einhalten strenger Hygieneregeln findet auch keinen Niederschlag bei der Preiskalkulation der DRG

Die Folgen liegen auf der Hand.

Das konsequente und vorschriftsgemäße Einhalten der Hygienevorschriften führt zu einer weiteren Arbeitsverdichtung. Da wird allweil zu Recht mehr Zuwendungspflege gefordert. Die aber bedeutet in der Regel noch mehr Patientenkontakte, und die Rechnung mit den 30 Sekunden beginnt gleich wieder von vorn, aber dieses Mal mit einem größerem Multiplikanten und daraus folgend einer noch höheren Arbeitsverdichtung.

Wer höhere Ansprüche an die Kliniken stellt, muss ihnen dafür auch die Ressourcen zur Verfügung stellen. Alles andere ist politische Zechprellerei. Bestellen, ohne zu bezahlen.

VI Was eigentlich ist medizinische Qualität?

Im Grunde ist der permanente Ruf nach den verschiedenen Formen institutionalisierter Qualitätskontrollen das offene Eingeständnis der negativen Auswirkungen des aus dem Fallpauschalensystem resultierenden Wettbewerbs der Krankenhäuser gegeneinander auf deren Qualität.

Er führt zwangsläufig zur Preiskonkurrenz untereinander und zwingt damit die Häuser, in kritikloser Akzeptanz der wirtschaftlich und politisch gesetzten Rahmenbedingungen, den Preis ihrer Leistung auch auf Kosten der Qualität dieser Leistung zu senken.

»Aufs Ganze gesehen mindert der ökonomisch induzierte Stress im DRG-System die Qualität der medizinischen Leistungen.«¹²⁴ Und eben dieser wettbewerbsbedingte Qualitätsverlust macht dann in seinen Auswirkungen auch den Aufbau all dieser bürokratischen Kontrollmechanismen in Form eines eigenständigen, Ressourcen fressenden Qualitätsmanagements nötig.

Mittlerweile sind alle Krankenhäuser und nahezu jede Abteilung mit irgendeinem Qualitätssiegel irgendwie von irgendwem »zertifiziert«. Das ist eine eigene Industrie geworden. Nur hat niemand den Mut, Sinn und Nutzen zu hinterfragen und zu sagen: Was soll dieser Unsinn?

Auch anhand eines Zertifikats, das zudem alle anderen auch haben, ist

Qualität weder mess- noch vergleichbar. Es gibt bisher keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass diese albernen und geldschneidenden Zertifizierungsverfahren tatsächlich die Qualität verbessern.

Die internen Abläufe werden durch solche Zertifizierungsverfahren jedes Mal akribisch erfasst. Die äußeren Bedingungen aber, unter denen die Häuser ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen und zu gewährleisten haben, bleiben bei diesen Expertisen regelmäßig außen vor. Die politisch gesetzten Rahmenbedingungen selber entziehen sich einer solchen Qualitätskontrolle. Dabei sind sie es, die jedem Anspruch an Qualität zuwiderlaufen.

Dennoch nimmt die Qualitätsdebatte in der Öffentlichkeit einen großen Raum ein. Medienvertreter überbieten sich regelmäßig in der Skandalisierung vermeintlicher Missstände und vorgeblicher Versäumnisse oder Fehler. Und Gesundheitspolitiker versuchen sich über das Formulieren von Anforderungen an die Qualität mit einem Eifer zu profilieren, den man sich von ihnen bei der Finanzierungsdebatte für die Häuser wünschen würde.

Den Kliniken dagegen fällt es schwer, über eventuelle Missstände zu reden. Sie fürchten zu Recht die öffentliche Bloßstellung und den »Mitbewerber«, der sich gleich ins Fäustchen lacht, wenn sie offen mit ihren Problemen umgehen, obwohl das dieselben Probleme sein dürften wie im konkurrierenden Nachbarhaus.

Was macht die Qualität eines Krankenhauses eigentlich aus? Nirgendwo ist wirklich definiert, was das heißt und wie man sie misst. Ist die »Kundenzufriedenheit« der Patienten der Maßstab? Und was, bitte schön, soll das dann für ein Maßstab sein? Die hübsche Nachtschwester, das mehr oder weniger gute Essen, die »kleine« Narbe, der kurze Aufenthalt, der freundliche junge Arzt?

Bei der Behandlung kranker Menschen sind Dinge entscheidend, die über reine Zahlen nicht darstellbar sind. Engagement, Menschlichkeit, Einfühlung, Zuwendung, Kommunikation, Kenntnis, Geschick, Erfahrung spielen bei der Behandlung eines Patienten eine wesentliche Rolle.

Wie aber soll das messbar sein?

VII Über Leitlinien und Mindestmengen

In vielen Kliniken ersetzen zunehmend genormte Behandlungsrichtlinien die therapeutische Entscheidung des Arztes. Die zugegebene Beliebigkeit manch ärztlichen Handelns wird damit eingegrenzt. Sicher ein Qualitätsgewinn.

Als diagnostische und therapeutische Richtlinie werden dem behandelnden Arzt dabei exakt festgelegte Behandlungspfade vorgegeben, von denen nicht abzuweichen ist. Jeder medizinische Schritt außerhalb eines solchen Pfades wäre jeweils gesondert wohl zu begründen. Die ärztliche Behandlung verliert dadurch an ihrer patientengerechten Individualität.

Vorgeblich weil damit die Einhaltung von vermeintlichen Qualitätsstandards garantiert werden soll. Über die ökonomischen Gründe spricht man nicht.

Natürlich wird auch an dieser Stelle gespart. Durch die Normierung der medizinischen Abläufe sollen vermeintlich »überflüssige« Untersuchungen, die den vorgesehenen finanziellen Rahmen sprengen würden, vermieden werden.

Die »Leitlinien«, die dabei den medizinischen Standard definieren sollen, werden in den medizinischen Fachgesellschaften erstellt. Der Einfluss der Pharmaindustrie ist dabei nicht unerheblich und wird weitgehend unkritisch toleriert. 125

In der leidigen »Qualitätsdebatte« taucht auch immer wieder die Forderung nach Festlegung von Mindestmengen für bestimmte Eingriffe auf. Nur wer viel macht, macht es gut. Eine Klinik darf danach bestimmte Operationen nur noch dann durchführen, wenn sie pro Jahr eine vorher festgelegte Mindestanzahl an solchen Eingriffen nachweisen kann.

So ein Unsinn.

Man bestraft auf diese Weise stets den sorgfältig-gründlichen Kleinen und belohnt den schlampigen Großen. Wenn allein die Menge zum Nachweis von Qualität reicht, müssten McDonalds und Burger King Feinschmecker-Restaurants sein, denn die produzieren die meisten Gerichte.

Der Unsinn beginnt schon damit, dass die vorgeschriebene Mindestmenge sich natürlich nicht auf den einzelnen Operateur, sondern auf die gesamte Klinik bezieht. Es werden immer die OP-Zahlen einer ganzen Abteilung zugrunde gelegt. Wenn vorgeschrieben ist, dass mindestens 50 Knieprothesen pro Jahr operiert werden müssen, dann verteilen sich in einer großen Klinik diese 50 Operationen auf vielleicht zehn Operateure. In einer kleinen Abteilung, die es nur auf 40 solcher Knieprothesen bringen mag, operieren vielleicht nur der Chef und sein Oberarzt. Die würden es dann, gerecht verteilt, jeder auf 20 Eingriffe im Jahr bringen.

Also, wer operiert mehr und wer verfügt als Operateur individuell über die größere operative Erfahrung und was garantiert hier nun die Qualität?

Jedem ist zudem klar, dass eine solche Festlegung von Mindestmengen auch unweigerlich zu einer Mengenausweitung führen muss, weil jeder, der die Mindestmenge vor Jahresfrist noch erreichen will oder erreichen muss, seine Indikationsstellung entsprechend »großzügiger« ausrichten wird. Medizinisch wird man ihm das kaum nachweisen und noch weniger vorwerfen können. Dann fragt man eben den Arthrose-Patienten gezielt fürsorglich: »Wollen Sie sich wirklich noch ein halbes Jahr mit den Schmerzen plagen, Sie werden ja nun auch nicht jünger und jetzt hätten wir eben die Kapazitäten.« So, und dann?

Der Patient wird schneller schmerzfrei, vorausgesetzt die Operation bringt den gewünschten Erfolg, schluckt nun ein halbes Jahr lang weniger Tabletten und entkommt möglicherweise auch der einen oder anderen medikamentösen Nebenwirkung.

Wer wirft da nun den ersten Stein und spricht von »unnötiger« Operation? Das mag er dem betroffenen Patienten dann gerne mal selber erklären.

In dem Referentenentwurf für das neue »Krankenhaus-Strukturgesetz«, den die Grosse Koalition im Frühjahr 2015 mit der bekundeten Absicht vorgelegt hat, Überkapazitäten in der Krankenhauslandschaft abzubauen, soll die stationäre Versorgung in diesem Land grundlegend umgebaut werden. Auch dabei spielen imaginäre »Qualitätskriterien« eine besondere Rolle.

Die Krankenhausfinanzierung soll von der in den Häusern erbrachten »Qualität« abhängig gemacht werden. Sie soll entscheidend dafür sein, welches Krankenhaus mittelfristig überlebt. Kann ein Krankenhaus diese vom »Gemeinsamen Bundesausschuss« erst noch zu definierenden Qualitätskriterien nicht einhalten, hat es mit entsprechenden Sanktionen zu

rechnen.

Das betroffene Haus hat dann ein Jahr Zeit, die Mängel zu beheben, ansonsten müssen Abschläge hingenommen werden, die dann auch rückwirkend geltend gemacht werden. Das ist dann schon ein starkes Stück, wenn man bedenkt, dass die Strukturmängel unserer Klinken überwiegend der unzureichenden Investitionstätigkeit der Länder geschuldet sind und wenn in letzter Konsequenz dann auch noch die Häuser bestraft werden, die nicht selten zum Ausgleich fehlender öffentlicher Investitionen am Notwendigsten sparen mussten.

Statt also in die Verbesserung der Qualität bei erkannten Problemen zu investieren, lässt man die Häuser in ihrer Problemlage weiter wursteln und straft sie dann auch noch über den Entzug von Ressourcen ab. Dabei herrscht über die Qualitätskriterien, nach denen eine Beurteilung der Häuser erfolgen soll, völlige Unklarheit. Niemand weiß wirklich, wie die denn aussehen sollen. Darüber herrscht keine Einigkeit unter den »Experten«, und es ist nicht einmal klar, ob denn solche Kriterien überhaupt gerichtsfest definiert werden könnten. Scheitert es doch schon daran, dass die unterschiedliche Morbidität der jeweiligen Patienten in den einzelnen Häusern die zu beurteilenden Krankenhäuser unvergleichbar macht. Selbst über eine aufwändigste Dokumentation wäre eine Vergleichbarkeit kaum herstellbar.

Über Strukturqualität redet in diesem Zusammenhang niemand.

Darum hat sich der Gesetzgeber seit Jahrzehnten nicht gekümmert. Die Kriterien dafür wären leicht zu definieren. Geht es um einen festgelegten Stellenschlüssel für die Fach- und Assistenzärzte? Um eine Mindestbesetzung auf den Stationen und die Anzahl der Pflegekräfte pro Bett? Die Fluktuation des Personals, die Menge der Leasing-Kräfte und der unbesetzten Stellen, die Zahl der Überstunden, bezahlt und unbezahlt? Oder um die betrieblichen Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung für Pflegende und Ärzte?

Das wären die entscheidenden Fragen, die zu beantworten wären, wenn es um die Qualität unserer Kliniken geht, um die Rahmenbedingungen für gute Arbeit.

Auf dem 108. Bundesärztetag 2005 in Berlin wurde ein Antrag

verabschiedet, der sich kritisch mit dem neuen Entgeltsystem für die Krankenhäuser auseinandersetzte. Darin wurden solche Fragen der Strukturqualität aufgeworfen. Die Landesärztekammern waren aufgefordert, jene Krankenhäuser in ihrer Region, die Vergleichsdaten ihrer Kosten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) lieferten, darauf zu überprüfen, ob dort das Arbeitszeitgesetz eingehalten wird, ob dort Überstunden auch tatsächlich erfasst und durch Freizeit ausgeglichen oder vergütet werden, ob fachübergreifende Dienste zu leisten sind, und ob die zugrundeliegende Tarifstruktur BAT-Niveau entspricht. 126

Konsequenzen hatte der Antrag keine.

Strukturqualität kostet Geld, aber sie allein ist die Voraussetzung dafür, dass medizinische Qualität, in welcher Definition auch immer, am Patienten geleistet werden kann.

Ausgerechnet der Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke, CDU-Mitglied und seit Jahren hauptberuflicher Ärztefunktionär mit Teflon-Schicht, versuchte damals mit der Behauptung, die entsprechenden Krankenhäuser seien ja gar nicht bekannt, eine Beschlussfassung des Ärztetages zu boykottieren, was ihm zunächst mit der Mehrheit der Delegierten auch gelang. Als ihm in der anschließenden Debatte dann jedoch die Namen der angeblich unbekannten Krankenhäuser öffentlich vorgelesen wurden und ihm nachgewiesen werden konnte, dass er den Ärztetag schlichtweg belogen hatte, ließen die verärgerten Delegierten die Abstimmung über den Antrag doch noch zu und nahmen ihn mit großer Mehrheit an.

Folgen hatte das keine für Henke, der Berufsfunktionär machte unbeirrt weiter Karriere und gehört heute selber, wie selbstverständlich, vehement zu den –ersten – Kritikern des Entgeltsystems.

VIII Unterfinanzierung als System

Würden die Berliner Krankenhäuser nur 10 Millionen Euro weniger aus den Mitteln, die sie von den Krankenkassen für die Behandlung der Patienten zur Verfügung gestellt bekommen, zweckentfremden müssen, um die

notwendigsten Sanierungsmaßnahmen in und an ihren Häusern zu finanzieren, könnten sofort 200 Pflegekräfte mehr eingestellt werden.

Das wäre dann ein wichtiger Schritt zu einer besseren Personalausstattung. Aber darüber spricht in den Qualitätsdebatten niemand.

Während die Betriebskosten der Häuser zum Beispiel im Jahr 2004 um 4,5 Prozent stiegen, wurden ihnen die Budgets bei den Kassenverhandlungen nur um 0,17 Prozent erhöht.

Im Jahr 2008 erhielten sie, immerhin, eine Budgetsteigerung von 0,64 Prozent, die Betriebskosten waren da allerdings bereits um 5 Prozent angestiegen. 127

Die Folgen dieser dauerhaften Unterfinanzierung liegen auf der Hand: Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Tarifflucht. 20 Prozent ihrer so dringend notwendigen Investitionen finanzieren die Häuser bundesweit über Einsparungen beim Personal. 128 Die Dienstleistungsgewerkschaft ver. di hat das einmal für das Jahr 2004 ausgerechnet. Um die dringendsten Investitionen für ihre Häuser zu tätigen, mussten die Krankenhäuser 850 Millionen Euro aus ihren Betriebsmitteln aufbringen. Das war damals der Gegenwert für 17 119 Stellen in der Pflege. 129

Im Rahmen notwendiger Einsparbemühungen im öffentlichen Berliner Krankenhausunternehmen Vivantes wurden beispielhaft in den Jahren von 2000 bis 2006 die Materialkosten von 185 Millionen auf 153 Millionen Euro um 18 Prozent gesenkt, die übrigen Sachkosten um knapp sechs Prozent von 143 Millionen auf 134 Millionen Euro, die Personalkosten aber um 25 Prozent, von 665 Millionen auf 499 Millionen Euro.

Zwischen 1996 und 2007 wurden bundesweit rund 52 000 Stellen in der Pflege abgebaut, das entsprach einer Minderung um 16 Prozent.

Seit 2007 nimmt die Stellenzahl langsam wieder zu, so dass sich die Differenz zu 1996 heute auf ein Stellenminus von 37 000 Vollkräften reduziert hat. ¹³⁰ Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass nicht nur das Patientenaufkommen in der gleichen Zeit erheblich angewachsen ist, sondern dass gleichzeitig auch die Liegezeiten der Patienten drastisch verkürzt und die Patienten selber immer älter und damit auch pflegeintensiver wurden.

Immer mehr Patienten in immer weniger Zeit und dazu immer höhere Ansprüche, die zu erfüllen sind.

IX Ressource Arzt im Krankenhaus: über Selbstausbeutung und Knechtschaftsverhältnis

Entsprechend gestaltet sich die Situation bei den Ärzten. Während in der Zeitschrift *Klinik News* die Gesundheitswirtschaft als Karrieremarkt mit attraktiven Managementlaufbahnen angepriesen wird ¹³¹, gilt für die »Ressource Arzt« nach wie vor: So wenig Arzt wie möglich zu bezahlen, aber so viel Arzt wie möglich auszubeuten.

An dem Beispiel Überstunden zeigt sich, mit welcher Selbstverständlichkeit ein angestellter Klinikarzt als eine schier unerschöpfliche Quelle an Langmut und Selbstverleugnung außerhalb jedes Tarifrechts über unbezahlte Mehrarbeit ausgebeutet wird. Nach Schätzungen des Marburger Bundes wurden allein 2013 mehr als 13 Millionen unbezahlte Überstunden in deutschen Kliniken geleistet. 132

Im ersten Jahr des Klinikunternehmens Vivantes wurden 2001 nach eigenen Angaben 102 100 »offizielle« Überstunden von den rund 1500 Ärztinnen und Ärzten geleistet und auch dokumentiert. Macht im Durchschnitt pro Arzt 68 Überstunden im Jahr, die das Unternehmen auch bezahlt hat. Die Dunkelziffer der tatsächlich geleisteten und nicht bezahlten Stunden dürfte weit darüber gelegen haben. Aber die Konsequenz aus dieser Zahl war nicht etwa die Schaffung von 63 zusätzlichen Arztstellen, die rein rechnerisch aus dieser Anzahl von Überstunden resultieren würden. ¹³³

Aufgrund entsprechender Vergleichsrechnungen hat die Geschäftsführung vielmehr festgestellt, dass noch 400 Arztstellen abzubauen wären, bevor man wirtschaftlich agieren könne. 134

Offenbar sind nicht zu bezahlende Überstunden bei der Budgetplanung der Geschäftsführungen als feste betriebswirtschaftliche Größe weiter eingeplant und werden ohne Skrupel vom Krankenhausmanagement als positives Bilanzergebnis ausgewiesen.

In einer älteren Umfrage der »Deutschen Gesellschaft für Chirurgie« zu

überstunde bezahlt bekommen zu haben. ¹³⁵ 79 Prozent gaben damals an, das Arbeitszeitgesetz werde in ihrer Klinik nicht eingehalten, 76 Prozent sagten, die dokumentierte Arbeitszeit entspräche nicht der tatsächlichen, und 44 Prozent gestanden ein, dies geschehe unter dem Druck der Klinikbetreiber oder der unmittelbaren Vorgesetzten. 38 Prozent der Kolleginnen und Kollegen gingen nach einem Bereitschaftsdienst nicht nach Hause, sondern blieben weiter in der Klinik.

Wer schlecht bezahlt wird, will offensichtlich auch zunehmend schlecht behandelt werden.

Der Verlust an Qualität nach außen, die Demontage der sozialen Einrichtung Krankenhaus im Zuge der Ökonomisierung, die Diskreditierung der substantiellen Sozialfunktion geht einher mit der Restauration von Knechtschaftsverhältnissen, die an deutschen Kliniken weiter fröhliche Urstände feiern.

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales hat in Berlin im Zeitraum vom Februar bis zum Mai 2003 in 38 Abteilungen an 20 Berliner Krankenhäusern die Arbeitszeiten von 782 Ärztinnen und Ärzten überprüft. Es gab 4210

Verstöße gegen die Dokumentationspflicht der Arbeitszeiten. ¹³⁶ Die 38-Stunden-Woche bleibt eine Chimäre.

Institutionalisierte Überstunden haben längst dauerhaft zu einer außertariflichen und unbezahlten Mehrarbeit geführt, mit der das Klinikmanagement knallhart rechnet. Dazu kommt die ebenfalls rein ökonomisch bedingte Überfrachtung mit arztfremden Tätigkeiten. Der tägliche Dokumentationsaufwand für die Ärzte liegt mittlerweile bei vier Stunden. Der Krankenpfleger oder die Krankenschwester müssen 2,7 Stunden ihrer Schicht dafür aufbringen.

Dokumentation gerät zum Selbstzweck. Ein bestimmtes medizinisches Ziel ist dahinter nicht erkennbar. Sie wird durchgeführt, weil eben dokumentiert werden muss. Der Anteil der Kosten für die Dokumentation am gesamten Personalaufwand für Ärzte und Pflege liegt bei 21 Prozent. Dauert ein Aufklärungsgespräch im Schnitt 9,7 Minuten, braucht der Arzt für die

Dokumentation zur sogenannten Qualitätssicherung 11,8 Minuten und für die Erstellung eines Prozedurberichts für die Abrechnung 11,9 Minuten.

Und nebenbei: Für die Beantwortung von Anfragen der Kostenträger braucht man 13,3 Minuten. Die haben offenbar mehr Fragen als der Patient,

für dessen Aufklärung eben nur 9,7 Minuten aufgewendet werden. 137

Eine Untersuchung, die die »Deutsche Krankenhaus Gesellschaft« in Auftrag gegeben hatte, bestätigt diesen Dokumentationsirrsinn. Danach wendet ein Chirurg pro Arbeitsschicht 162 Minuten für reine

Dokumentationstätigkeiten auf. Ein Internist gar 195 Minuten. ¹³⁸ Medizinisch sinnvoll ist ein solcher Zeitaufwand nicht, zumal nur ein Teil der Dokumentation wirklich patientenbezogen ist. In der Chirurgie gut zwei Stunden und in der Inneren Medizin zweieinhalb Stunden. ¹³⁹

Das ist Zeit, die dem Patienten gestohlen wird. Der zahlt seine Kassenbeiträge schließlich nicht für die lückenlose Dokumentation und literarische Aufarbeitung seiner Erkrankung, sondern für eine angemessene Behandlung.

Ein junger Assistenzarzt hat das einmal frustriert und wutentbrannt über den Flur gebrüllt: Er habe schließlich nicht sechs Jahre Medizin studiert, um sich dann beim Wälzen von Krankenakten eine Staublunge zu holen.

Eine ähnliche Situation zeigt sich auch bei den niedergelassenen Kassenärzten. Bei ca. 60 unterschiedlichen Formularen, mit denen sich ein Kassenarzt in der Praxis täglich auseinandersetzen muss, sind und bleiben die Krönung jene Formulare zu den sogenannten Disease-Management-Programmen, den DMPs. Nicht nur, dass diese ausgesprochen unhandlich beim Ausfüllen sind: Der kleinste Fehler führt dazu, dass die auswertende Institution sie wieder zurücksendet und der Patient anschließend seine Einwilligung dazu erneut geben muss. Die Vorstellung, dass neben Diabetes mellitus und Mamma-Karzinom, die in einem solchen DMP-Programm laufen, der gleiche Dokumentationsaufwand beim Bluthochdruck oder bei der Koronaren Herzkrankheit aufgebracht werden muss, sprengt alle Maßstäbe. Die Qualität der Versorgung wird durch die DMPs keinesfalls verbessert, sondern ist ausschließlich auf die finanzielle Systematik des

Risikostrukturausgleiches ausgerichtet. Selbst gutwillige Ärztinnen und Ärzte signalisieren, dass dies nicht mehr machbar sei. Bei der Durchsicht der DMP-Formulare zeigt sich, dass mindestens die Hälfte des Erfassungsumfangs eingespart werden könnte. 140

Die Ressource »Arzt« sei angesichts der Arbeitsverdichtung, der steigenden Fallzahlen von schwer Erkrankten, dem chronischen Personalmangel und dem ökonomischen Druck endlich freizusetzen für seine ursprüngliche Aufgabe: die Versorgung von Kranken.

Jede eingesparte Minute überflüssiger und doppelter Dokumentation kommt der Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten unmittelbar zu Gute und führt zudem zu einer größeren Arbeitszufriedenheit beim medizinischen Personal, heißt es in der gleichen Entschließung. 141

X Der Ausverkauf der Daseinsvorsorge

Im Jahr 1972 hatte die damalige sozialliberale Koalition ein Krankenhausfinanzierungsgesetz verabschiedet, das die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in der Fläche mit »leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden« Krankenhäusern zukünftig gewährleisten sollte.

Mit diesem Gesetz machten SPD und FDP die Krankenhausplanung in diesem Land zu einer öffentlichen Aufgabe, die dementsprechend auch gesamtgesellschaftlich zu finanzieren war. Sie reagierten damit auf den Umstand, dass viele der in den 60er Jahren existierenden Krankenhäuser sowohl baulich als auch medizintechnisch einen erheblichen Sanierungsbedarf hatten, den sie aus eigener Kraft nicht bewerkstelligen konnten. Ein Drittel der Häuser war überaltert und ein großer Teil von ihnen verfügte über weniger als 150 Betten.

Finanzieren mussten sie sich in der Regel allein aus den individuell mit den Krankenkassen ausgehandelten Tagespflegesätzen, die sie für die Behandlung ihrer Patienten gezahlt bekamen. Das führte in der Konsequenz zu medizinisch völlig unbegründet langen Verweildauern, die die Behandlungskosten für die Krankenkassen in die Höhe trieben. Verlängerte

Liegezeiten auf den Stationen waren an der Tagesordnung, denn jeder Tag Aufenthaltsdauer brachte den Kliniken Geld. Dennoch reichten die Einnahmen aus der Krankenversorgung für die notwendigen Investitionen bei weitem nicht aus.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde dieses Finanzierungssystem grundlegend umgestellt.

Die öffentliche Hand übernahm die Investitionskosten für die Bereitstellung und die Unterhaltung der entsprechenden Versorgungsstrukturen, für die Gebäude und die notwendigen Großgeräte und finanzierte diese aus Steuermitteln. Die Krankenkassen waren für die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten verantwortlich und zahlten dafür aus ihren Budgets.

Durch diese »duale Finanzierung« sollte die ökonomische Basis der Krankenversorgung in der Fläche langfristig gesichert werden. Um die Krankenhäuser gleichzeitig aber auch zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung zu zwingen, sah das Gesetz nicht die volle Finanzierung des jeweiligen Strukturbedarfs vor, sondern die Häuser mussten stets auch einen »Eigenanteil« an der Finanzierung der Kosten für die Errichtung und Unterhaltung sowie für die benötigten Großgeräte leisten.

Das Gesetz ist bis heute geltendes Recht und die duale Finanzierung ist nach wie vor ein sinnvolles Prinzip, an dem, trotz aller damit verbundenen Probleme, unbedingt festzuhalten wäre. Die danach ausgereichten Fördermittel haben aufgrund dieser Gesetzeslage im haushaltsrechtlichen Sinne keinen Zuwendungscharakter, das bedeutet, sie sind keineswegs freiwillige Leistungen der öffentlichen Hand, über die je nach Kassenlage zu entscheiden wäre und die grundsätzlich im Verwaltungsermessen stünden.

Die Länder haben eine gesetzliche Pflicht zur Krankenhausförderung, aus der sich ein Anspruch der Krankenhäuser auf eine ausreichende Investitionsförderung herleitet. »Die Vorhaltung von Krankenhäusern als ein wesentliches Element der Daseinsvorsorge ist also keineswegs ein Gnadenakt des Staates, der zur politischen Disposition steht oder etwa wirtschaftlichen Nützlichkeitserwägungen unterliegen könnte.«¹⁴²

Dennoch kommen die einzelnen Bundesländer ihrer gesetzlichen

Verpflichtung schon seit Jahren nur noch unzureichend nach.

In der aktuellen politischen Debatte wird deshalb immer wieder der Ruf nach dem Ausstieg aus diesem Finanzierungssystem und dem Einstieg in eine sogenannte »monistische« Finanzierung laut. 143 Ein solcher Umstieg hätte zur Folge, dass sich der Staat vollständig aus der Finanzierung dieses wichtigen Sektors der Daseinsvorsorge zurückzöge und stattdessen die Krankenkassen nicht nur für die laufenden Behandlungskosten, sondern für die gesamte Krankenhausfinanzierung, einschließlich aller notwendigen Investitionen, aufzukommen hätten. Die Versicherten allein müssten dann die Kosten für Bau, Instandhaltung, Sanierung und Betrieb der Krankenhäuser tragen.

Der Staat entzöge sich damit, im Widerspruch zum Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes, seiner staatlichen Aufgabe zur Daseinsvorsorge. Ein solcher Ausstieg aus jeder öffentlichen Krankenhausplanung wäre eine grundsätzliche Abkehr von der Intention der Gesetzgebung des Jahres 1972.

Insgesamt flossen infolge dieses Gesetzes zwischen den Jahren 1972 und 2006 bundesweit zunächst Investitionen in Höhe von 92,4 Milliarden Euro in die Krankenhäuser. Seit 1991 jedoch reduzierte sich diese Förderung spürbar. Sie sank um mehr als 25 Prozent.

Die fatale Steuersenkungspolitik des Bundes zu Lasten der Länder zeigte Wirkung. Vor allem der Wegfall der Vermögenssteuer im Jahr 1996 wirkte sich auf die Investitionstätigkeit der Länder aus. War doch die Vermögenssteuer eine Ländersteuer und brachte diesen zuletzt jährliche Einnahmen immerhin in Höhe von umgerechnet rund 4,6 Milliarden Euro.

Mit der Schwächung der öffentlichen Einnahmen verkehrte sich der Fortschritt der dualen Finanzierung in einen massiven Nachteil für die Krankenhäuser. Seit Jahren werden ihnen Investitionen in einem Umfang von vier bis fünf Prozent ihres Umsatzes finanziert. Nötig wäre das Doppelte. ¹⁴⁴ Für das Jahr 2013 stellten die Bundesländer insgesamt nur noch 2,7 Milliarden Euro für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung. Benötigt hätten die Häuser aber mindestens 5,3 Milliarden Euro. ¹⁴⁵ Die Folgen waren absehbar. Städte und Gemeinden hatten ihre finanziellen Probleme direkt an

die Krankenhäuser durchgereicht und ließen ihre Kliniken zumeist im Regen stehen. Dringlichst notwendige Sanierungsmassnahmen mussten von den Krankenhäusern zunehmend aus eigener Kraft geschultert werden. Vorhandene Rücklagen waren dadurch schnell aufgebraucht. Ein tödlicher Kreislauf, weil notwendige effizienzverbessernde Massnahmen mangels Investitionskraft einfach nicht umzusetzen waren. »2013 standen vor allem viele öffentlich-rechtliche Krankenhäuser mit dem Rücken zur Wand.«¹⁴⁶ Die Insolvenzwahrscheinlichkeit für ein öffentliches Krankenhaus lag 2013 bei 29 Prozent und war damit fast sechsmal höher als bei einem privaten. ¹⁴⁷ Das eigentliche Problem der fehlenden öffentlichen Einnahmen wurde so zu einem Ausgabeproblem umdefiniert. Die kommunalen Kliniken wurden

Das eigentliche Problem der fehlenden öffentlichen Einnahmen wurde so zu einem Ausgabeproblem umdefiniert. Die kommunalen Kliniken wurden nun zum Kostenfaktor und die entsprechenden Ausgaben zu Verlusten, welche die öffentlichen Haushalte belasten und die deshalb durch rigide Einsparmaßnahmen in den Häusern zu kompensieren seien.

Die Ouvertüre, mit der der Weg in die Privatisierung kommunaler Krankenhäuser eingeleitet wird, war und ist nahezu überall dieselbe. Der Versorgungsauftrag der Kliniken als Einrichtungen der Daseinsvorsorge gerät dabei semantisch völlig in den Hintergrund. Verbunden mit dem Vorwurf, die Häuser arbeiteten unwirtschaftlich, tauchen in dieser Phase zumeist die ersten externen Berater auf, die dann durch betriebliche »Umstrukturierungen« zunächst eine Verbetriebswirtschaftlichung aller logistischen, pflegerischen, aber auch medizinischen Abläufe einleiten. Doch so sehr sich die Häuser auch um eine Reduzierung ihrer Kosten mühen mochten und mühen mögen, die dauerhaft mangelnde volkswirtschaftliche Bereitstellung auch nur der notwendigsten Ressourcen ist betriebswirtschaftlich auf Dauer nicht aufzufangen.

Während der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser wuchs, hielt sich die politische Unterstützung zur Sicherung der medizinischen Daseinsvorsorge in öffentlichem Eigentum in Grenzen. So stellt der Bremer Gesundheitssenators Schulte-Sasse 148 im Hinblick auf verschuldete Kliniken fest: »Jeder Defizitausgleich durch die Kommunen ist verschwendetes Geld.«149

An der gleichen Stelle konstatiert der Vorstandsvorsitzende der Sana Kliniken AG, Michael Philippi: »Wenn kommunale Krankenhäuser den Umbruch nicht bewältigen können, gibt es auch keine Begründung, dieses Defizit aus Steuermitteln abzumildern.« Die Bastion der kommunalen Daseinsvorsorge wird so sturmreif geschossen.

Es sei nicht nur realitätsfremd, sondern rechtlich auch nicht haltbar, die Krankenhausversorgung weiterhin als eine kommunale Pflichtaufgabe anzusehen, die eine materielle Privatisierung durch den Verkauf kommunaler Häuser aus rechtlichen Gründen nicht zulasse, argumentiert ein ehemaliger Syndicus großer Klinikkonzerne im Zentralblatt der »Deutschen Krankenhausgesellschaft«. 150

Der Versuch allerdings, Städten und Gemeinden gerichtlich zu untersagen, ihre defizitären Krankenhäuser finanziell zu stützen, ist zunächst gescheitert. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken hatte vor dem Oberlandesgericht Stuttgart gegen die Landkreise Calw und Nagold geklagt, die ihre Kreiskliniken 2012 mit rund sechs Millionen Euro unterstützt hatten. Ein solcher Ausgleich von Defiziten durch Steuergelder sei ein inakzeptabler Wettbewerbsnachteil und verstoße gegen die Regeln des EU-Binnenmarktes.

Die Privaten wollten mit der Klage erreichen, dass Krankenhäuser als kommerzielle Wirtschaftsbetriebe zu betrachten sind und damit dem Wettbewerbsrecht der EU unterliegen.

Sie beriefen sich in ihrer Argumentation dabei unter anderem auf das Vergütungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen, das ja nicht zuletzt eine Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft zum Ziel hat, indem es darauf angelegt ist, unwirtschaftlich arbeitende Kliniken in den betriebswirtschaftlichen Ruin zu zwingen.

Die Richter in Stuttgart befanden jedoch, dass Krankenhäuser »mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind«. Deshalb fielen staatliche Beihilfen für kommunale Krankenhäuser nicht unter das EU-Wettbewerbsrecht. Sie seien vom EU-Vertrag ausdrücklich ausgenommen.

Unabhängig von der Stuttgarter Entscheidung¹⁵¹, die wegen ihrer

grundsätzlichen Bedeutung sicher noch vom Bundesgerichtshof geklärt werden dürfte, traten viele Gemeinden angesichts des über die Jahre aufgelaufenen Investitionsstaus, der ihnen auch in absehbarer Zeit über ihre öffentlichen Ressourcen nicht auflösbar erschien, die vermeintliche Flucht nach vorn an und trennten sich von ihren Kliniken, die so nicht selten bei der ersten günstigen Gelegenheit einfach nur noch billig abgestoßen wurden.

Derweil betrachteten die Strategen in den Vorstandsetagen der privaten Krankenhausunternehmen die Entwicklung der finanziellen Misere der öffentlichen Hand mit abwartendem Kalkül, wie der folgende Auszug aus dem Konzernlagebericht der Rhön-AG deutlich macht:

»Alte Denkmuster und ein mittlerweile existenzbedrohender Investitionsstau lähmen den öffentlichen Krankenhaussektor in einem schneller und härter werdenden Markt. Anders als in der Vergangenheit, als die Kapitalbeschaffung über die duale Finanzierung noch ausreichte, haben die auf schlaffe Staatssäckel angewiesenen Krankenhäuser geringe Chancen, den Veränderungsprozess in einem wettbewerbsgetriebenen Markt auch nur annähernd mit der notwendigen Geschwindigkeit nachzuvollziehen. Ihrem erhöhten Kapitalbedarf wird nicht Rechnung getragen, im Gegenteil.

Die aktuelle gesamtwirtschaftliche Entwicklung in Deutschland – gekennzeichnet durch weniger Investitionstätigkeit, weniger Beschäftigung und damit weniger Beiträge in das gesetzliche Sozialversicherungssystem und rückläufige Steuereinnahmen – lässt die Lücken in den öffentlichen Haushalten weiter wachsen. Die verschärfte Finanzsituation und andere soziale Prioritäten, etwa Arbeitslosigkeit, zwingen den Staat zu Einschnitten bei der Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Folge ist Desinvestment, das neben der Wettbewerbsfähigkeit der Häuser auch die Attraktivität der öffentlich-rechtlichen Trägerschaft aushöhlt. Die vermeintliche Sicherheit des öffentlich-rechtlichen Bereichs geht in Unbeweglichkeit über. Er wird zum Verlierer des einsetzenden Verdrängungswettbewerbs. Die beste Ausgangsposition in diesem Wettbewerb haben Marktteilnehmer, die in der

Lage sind, Leistung erhöhendes Kapital zu beschaffen.«¹⁵² Das Gewinnprinzip löst in der Logik der Konzerne das

Bedarfsdeckungsprinzip ab. In der betriebswirtschaftlichen Konsequenz der Minimierung wirtschaftlicher Risiken gerät die Bedarfsdeckung zum untergeordneten Sekundäreffekt.

»Privates Kapital wird im sich verändernden Krankenhausmarkt mit seinen immer höheren Anforderungen an langfristig potente Wachstumsfinanzierung künftig mehr denn je gefragt sein.«¹⁵³

»Ihre Kapitalstärke wird die Zukunft des Krankenhauses gestalten.«¹⁵⁴ Und die Prognose der Privaten geht auf. An die Stelle des öffentlichen Trägers traten zunehmend große Klinikketten, die zum Teil als Aktiengesellschaften organisiert sind. Dementsprechend positionierten sich die großen Krankenhausunternehmen. »Die privaten Klinikketten stehen auf jeden Fall in den Startlöchern: Seit Jahren legen sie Geld für Übernahmen zurück, 2009 hatte Rhön eine Kapitalerhöhung um 460 Millionen Euro, 2011 Sana eine um 160 Millionen Euro beschlossen, um zusätzliches Geld für den Ausbau ihrer Klinikketten zu haben.«¹⁵⁵ Mittlerweile ist der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, der 1991 mit 330 Häusern bei 14 Prozent lag, auf 695 Häuser angestiegen.

Im gleichen Zeitraum ist die Gesamtzahl der Krankenhäuser von 2164 auf 2017 gesunken, so dass der Anteil der Privaten nun fast 35 Prozent erreicht und damit höher liegt als der Anteil der öffentlich betriebenen Häuser. 156

Da die privaten Klinikketten in der Vergangenheit jedoch überwiegend die kleineren kommunalen Krankenhäuser aufgekauft haben, überwiegt beim Vergleich der Bettenzahl immer noch die Anzahl der in den öffentlichen Häusern betrieben Krankenhausbetten.

Aber auch hier hat sich der Anteil der privaten Betten in den letzten Jahren deutlich erhöht. Er wuchs von 24 000 auf 75 000 Betten um 200 Prozent. Die Zahl der Patienten, die sich in den privaten Kliniken behandeln ließen, stieg ebenfalls. Zwischen 1991 und 2014 verdreifachte sich ihre Zahl auf über 16 Prozent.

Die ökonomische Voraussetzung für die rasante Entwicklung bei der Privatisierung von Klinikbetten war 1992 von der Regierungskoalition aus CDU und FDP durch die Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips geschaffen worden. Mit ihrem Gesundheitsstrukturgesetz, das am 1. Januar 1993 in Kraft trat, wurde das Finanzierungssystem für die Krankenhäuser noch einmal grundlegend geändert. Es brachte eine Abkehr von dem alten Finanzierungsprinzip, nach dem die Häuser als »sparsam wirtschaftende und leistungsfähige Krankenhäuser« einen Anspruch darauf hatten, dass ihre Selbstkosten durch die von den Krankenkassen zu zahlenden Tages- bzw. Pflegesätze und durch die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand vollständig gedeckt werden mussten.

Begründet wurde die Abkehr mit den im alten Finanzierungssystem fehlenden Anreizen zu Rationalisierungsbemühungen und sparsamem Wirtschaften, der Notwendigkeit der »Ausgabenstabilisierung« und einem dringend erforderlichen Bettenabbau. Zukünftig sollten im Vorhinein festzulegende Budgets zur Finanzierung der laufenden Kosten vereinbart werden, die »leistungsgerecht« waren. Für die Praxis bedeutete das, dass den Klinikbetreibern damit erstmals die Möglichkeit eingeräumt wurde, mit dem Betrieb eines Krankenhauses auch Gewinne zu erzielen.

Für die großen Kapitalgesellschaften wurde die Gesundheitsversorgung so schnell zu einem lukrativen Geschäftszweig, der konjunkturunabhängig erfolgreich mit anderen Verwertungsmöglichkeiten privaten Kapitals konkurrierte.

Asklepios, Helios, Rhön und Sana, die großen vier der Branche, haben ihren Umsatz seit 2005 auf 11,9 Milliarden Euro um das 2,6-Fache erhöht. Zuletzt nahm er in den Jahren 2013 und 2014 jeweils um fünf Prozent zu. »Marktführer« ist dabei das Unternehmen Fresenius-Helios mit einem Umsatz von 5,2 Milliarden Euro. Es folgt Asklepios mit rund 3 Milliarden. 158

Der Rhön-Konzern erzielte mit seinen Kliniken im Jahr 2014 einen Gewinn von 1,23 Milliarden Euro. 159

Die Quelle, aus der sich dieser Profit schöpft, bleibt dabei zunächst einmal das staatlich regulierte Budget der gesetzlichen Krankenkassen.

Zunehmend setzen die Privaten jedoch auch auf den Bau von

Privatkliniken, die an die jeweiligen Budgetkrankenhäuser angedockt werden, um zusätzliche Erlöse außerhalb dieser Kassen-Budgetierung zu erzielen. Perspektivisch setzt man in den Vorstandsetagen darauf, dass die steigenden Gesundheitskosten letztlich die allgemeine Rationierung von Gesundheitsleistungen zur Folge haben werden und dass diese Leistungen dann von den Patienten auf dem freien Markt einzukaufen sind.

Wenn private Krankenhausunternehmen Eigenkapital-Renditen in einer Größenordnung von 18 Prozent und mehr »erwirtschaften« können, dann zeigt das nicht deren besondere Effizienz und Wirtschaftlichkeit, sondern einzig das Ausmaß der Dreistigkeit, mit dem sich hier die Anteilseigner aus den Geldern bedienen, die eigentlich in Gänze für die Versorgung und die Behandlung der Patienten eingezahlt wurden. »Struktur, Kalkulation und Höhe der Benutzerentgelte für die Krankenhäuser sehen keine Refinanzierung des eingesetzten Kapitals eines privaten Krankenhausträgers vor. [...] Soll das Eigenkapital refinanziert werden, müssen zwingend die Aufwendungen für die reine Krankenversorgung reduziert werden, weil keine Alternative verfügbar ist.«¹⁶⁰

Dazu passt das Ergebnis einer Studie des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen, die der Deutsche Städtetag veröffentlicht hat.

Diese belegt, dass die Versorgungsqualität in kommunalen Krankenhäusern besser ist als in privaten Häusern. Bei den privaten sei im Beobachtungszeitraum 2002–2005 durchgängig eine signifikante

Verschlechterung in der Versorgungsqualität erkennbar. 161

»Kostenoptimierung« ist dabei das Stichwort. Angesichts dieser »Gefahr des zunehmenden Primats der Ökonomie gegenüber der Medizin« in Folge der Privatisierung von Krankenhäusern beauftragte die Bundesärztekammer eine Arbeitsgruppe ihres Vorstands mit einer Untersuchung zu den möglichen Auswirkungen. 162

Darin kommt die Arbeitsgruppe zu dem Schluss: »Die Situation der Krankenhausversorgung ist durch einen zunehmenden ökonomischen Druck gekennzeichnet, der, ausgelöst durch die politischen Rahmenbedingungen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen, mehr und mehr dazu zwingt, medizinisches Vorgehen, ärztliches Handeln und organisatorische Abläufe in den Krankenhäusern ökonomischen Anfragen gegenüber zu begründen. [...] Eine besondere Akzentuierung erfährt dies dann, wenn ein Wechsel des Krankenhausträgers z.B. vom kommunalen Träger zum privaten Krankenhausträger zu einer Situation der völligen Revision aller Prozesse im Krankenhaus und zu einer Reorganisation durch den neuen Krankenhausträger führt.

Die damit verbundene häufige Konfrontation zwischen ökonomischer Argumentation und medizinischer Sichtweise macht es vielfach schwierig, sich auf ein gemeinsames Ziel und einheitliches Vorgehen zu verständigen. Viele Ärztinnen und Ärzte erleben derartige Situationen als einen Widerspruch zwischen hippokratischem Eid und ökonomischen Anforderungen.«¹⁶³

»Es wäre eine grundsätzliche Debatte wert, ob es zu verantworten ist, ein System, das immer noch der Daseinsvorsorge verpflichtet ist, der Gier von Shareholder-Value-Vertretern auszuliefern. In einem solidarisch finanzierten Sozialsystem gilt die Art des Umgangs mit leidenden Menschen immer noch als Kriterium für den Wert einer Gesellschaft.«¹⁶⁴

»Wo ein Krankenhaus durch privates Kapital betrieben wird, das eine Rendite abwerfen muss, da ist ein Interessenkonflikt zwischen bester Patientenversorgung und Gewinninteresse der Eigentümer

programmiert.«¹⁶⁵ Zur vermeintlich größeren »Wirtschaftlichkeit« der Krankenhäuser nach einer Privatisierung wird festgestellt: »Die zunehmende ökonomiezentrierte Umstrukturierung des deutschen Gesundheitswesens geht einher mit der verstärkten Einführung marktwirtschaftlicher Instrumente durch die Träger, um im verstärkten Wettbewerb bestehen zu können. Neben wiederholten Struktur- und Prozessänderungen wird insbesondere auch eine Änderung (Senkung) des Personalbudgets in Kliniken angestrebt. Die Nichtbesetzung von Stellen der aus Altergründen ausscheidenden Mitarbeiter, das Outsourcing und die damit verbundene neue, niedrigere Tarifeinstufung von Servicebereichen (z.B. Catering, Reinigung, Service etc.), die Verkürzung von Vertragslaufzeiten, aber auch die gezielte

Ausgliederung ökonomisch nicht interessanter personalintensiver
Fachbereiche sind nur einige der Konsequenzen, die daraus folgen.«

Natürlich hat eine solche »Strategie« auch die konsekutive
Verschlechterung der Arbeits- und Tarifsituation in den kommunalen
Häusern zur Folge. »Ein markanter Unterschied zwischen privaten
Krankenhausträgern sowie kommunalen und freigemeinnützigen
Krankenhausträgern besteht darin, dass der private Krankenhausträger seine
betrieblichen Ziele ohne »politisches Widerlager« unmittelbar durchsetzen
kann, während kommunale und freigemeinnützige Träger, eingebettet in das

jeweilige Gefüge politischer oder kirchlicher Instanzen, gegenüber diesen

Instanzen für ihr Vorgehen begründungspflichtig sind.«¹⁶⁷

»Vor diesem Hintergrund haben die privaten Krankenhausträger früher als andere ein Gespür für die ökonomischen Möglichkeiten einer dem industriellen Bereich entlehnten Erstellung von Dienstleistungsprodukten entwickelt. Zu nennen sind hierbei die Erstellung von Dienstleistungen in Serie, die Nutzung der Ökonomie der großen Zahl, das Operieren mit Schemata bzw. Behandlungspfaden, der den menschlichen Einsatz ersetzende Gebrauch von Technik und die Reduktion des eigenen Interessengebietes auf im Vergleich unter Umständen verkürzte Sach- und Zeitkontexte einer umschriebenen Aufgabe, so dass auch bei Patienten mit mehreren Erkrankungen oder sozialen Begleitproblemen die Monodimensionalität der im Vordergrund stehenden Diagnose stark ausgeprägt sein kann.«

Die Arbeitsgruppe sieht sich angesichts dieser Entwicklung genötigt, die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung im Sinne der Wahrung der Therapiefreiheit als »unverzichtbare Voraussetzung« einzufordern. ¹⁶⁹ Und sie warnt gleichzeitig vor einer »substantiellen Gefährdung« der Medizin durch »Standardisierung und Schematisierung« als Folge der eindimensionalen ökonomischen Ausrichtung und der Gefahr einer ökonomisch bedingten Selektion von Patienten. ¹⁷⁰

Bereits 1999 wird mit Blick in die USA im *New England Journal of Medicine* darauf hingewiesen, dass die Profitorientierung der

Gesundheitsversorgung weder ein besseres noch ein billigeres Gesundheitswesen garantiert. Im Gegenteil. Die staatlich finanzierte Medicare-Krankenversicherung weist für jene Regionen, in denen ausschließlich profitorientierte Kliniken die Versorgung der Bevölkerung übernommen haben, nach, dass die Ausgaben für den einzelnen Versicherten dort um rund 14 Prozent höher liegen als dort, wo es ausschließlich Non-Profit-Kliniken gibt. 171

XI Der Weg in die Privatisierung: das Beispiel Hamburg

Ein besonders dreistes Lehrstück über Sinn und Unsinn der Privatisierung öffentlichen Eigentums leistete man sich in der Hansestadt Hamburg mit dem Verkauf des Landesbetriebes Krankenhäuser (LBK) an die Asklepios GmbH. Dem Landesbetrieb gehörten zu diesem Zeitpunkt noch sieben städtische Krankenhäuser und etwa 20 Dienstleistungstöchter.

Zwar hatten sich die Bürger dort am 29. Februar 2004 in einem Volksentscheid, an dem sich mehr als 783 000 Menschen beteiligten, mit der großen Mehrheit von 76,8 Prozent, annähernd 600 000 Stimmen, gegen die Privatisierung der kommunalen Krankenhäuser ausgesprochen. Den Hamburger CDU-Senat unter dem Bürgermeister Ole von Beust focht die Entscheidung der Bürger nicht weiter an. Das Volksbegehren sei lediglich als »Aufforderung« an den Senat zu verstehen und habe keine bindende Wirkung. 172

Und auch den damaligen Asklepios-Geschäftsführer Willebrand tangierte die Entscheidung der Bürger nur ganz peripher. Er kommentierte den Ausgang des Volksentscheid lapidar: »Das Thema Krankenhausverkauf ist viel zu kompliziert für eine emotionale Bauchentscheidung. Wenn ich gefragt werde: Sind Sie dagegen, dass Gesundheit eine Ware ist?, würde selbst ich mit Ja antworten. Es gibt einen Grund, warum man sich für eine repräsentative Demokratie entschieden hat: Es sind eben nicht alle Fragen vom sogenannten Kleinen Mann auf der Straße in ihrer Tragweite zu überblicken. Er will's auch gar nicht. Wenn sich der Pulverdampf des Wahlkampfes verzogen hat, können Fachleute wieder Sacharbeit

machen.«173

Als sich dann auch das Hamburger Verfassungsgericht am 15. Dezember 2004 in einem Urteil von Beusts Auffassung anschloss, war der Weg für ihn frei. Schon 1997 hatte er laut posaunt: »LBK abschaffen!«¹⁷⁴

In seiner Regierungserklärung lieferte er dann mit dem entsprechenden Credo die gängige Begründung: Öffentliche Aufgaben müssten nur dann vom Staat selbst vollzogen werden, wenn nicht freie und gemeinnützige oder private Träger bereit seien, entsprechende »Verantwortung« zu übernehmen. 175 »Die gegenwärtige Struktur und Rechtsform des Landesbetriebes Krankenhäuser wird mit Hilfe externen Sachverstandes überprüft, eine andere Rechtsform wird angestrebt. Das schließt die Möglichkeit einer Privatisierung oder Teilprivatisierung ein. Die marktbeherrschende Stellung wird abgebaut.« 176

Besonders perfide und verräterisch der letzte Satz: »Die marktbeherrschende Stellung wird abgebaut.« Klar, wo der Profit lockt, öffnet der Staat den Profiteuren die Türen. Perfide eben, weil sich mit einem Eigentümerwechsel ja nichts an dem Finanzierungssystem für die Krankenhäuser ändert, sondern nun auch noch aus den Geldern, die die Kassen eigentlich für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stellen, Renditen für Anteilseigner abgezweigt werden.

Und nicht nur das. Auch das für die Refinanzierung nötige Kapital wird über diese Beiträge quersubventioniert. Die Hamburger Kliniken mussten ihren Kauf am Ende auch noch selber finanzieren. Trotz aller Bürgerproteste und gegen die eindeutige Mehrheit des Volksentscheids wurden die Kliniken des Hamburger Landeskrankenhausbetriebs zum Jahresbeginn 2005 an die Asklepios-AG verscherbelt. Die bis dahin aufgelaufenen Pensionsverpflichtungen übernahm die Stadt Hamburg. Dabei störte man sich auch nicht daran, dass der zuständige Finanzsenator Wolfgang Peiner den Verkauf offenbar für einen alten Bekannten, den Asklepios-Chef Bernard Broermann, »eingefädelt« hatte, der dem Verwaltungsrat der Gothaer Versicherung angehört hatte, als Peiner dort im Vorstand saß. 177

Zuvor waren die defizitär wirtschaftenden Krankenhäuser bereits durch verschiedene »FIT«-Programme für die neuen Zeiten, sprich die Privatisierung, aufbereitet worden. »FIT« stand dabei für »Fortschritt, Innovation und Teamfähigkeit«.

(Es sind immer die gleichen sinnentleerten debilen Worthülsen. In Berlin sollte man den entsprechenden Prozess, die Braut vor dem Verkauf zu schmücken, einige Zeit später »ViEW« nennen. Das stand für Vision, Effizienz und Wirtschaftlichkeit.)

Zunächst erhielt die Asklepios-Gruppe 49,9 Prozent der Anteile und übernahm alleinverantwortlich die unternehmerische Führung. 2007 sollten weitere 25 Prozent in ihren Besitz übergehen. Der nominelle Kaufpreis für die angestrebte Mehrheitsbeteiligung lag ohne Immobilien auf dem Papier bei etwa 319 Millionen Euro und sollte in zwei Raten von 200 bzw. 119 Millionen Euro aufgeteilt werden. 244 Millionen Euro waren als Fixum ausgehandelt worden, die Zahlung der restlichen 75 Millionen Euro sollte von der Ertragsentwicklung abhängig gemacht werden.

Der Senat hatte im Kaufvertrag eine Klausel akzeptiert, welche dem Konzern im Ergebnis die Rendite sicherte mit der Folge, dass die Stadt Jahr für Jahr Gelder an den »Käufer« zu überweisen hatte.

Über die LBK Immobilien AöR (jetzt Hamburgischer Versorgungsfonds) war dem Konzern vertraglich ein Nettoumlaufvermögen von mindestens zwei Monatsumsätzen bis einschließlich 2009 garantiert. »Lediglich einen Teil des Kaufpreises in Höhe von 318,6 Millionen Euro hat der Neueigentümer bislang gezahlt. Aufgrund vertraglicher Regelungen hat die Stadt jedoch bereits 108,4 Millionen Euro zurück überwiesen, weil die Ertragslage des Unternehmens den garantierten Umsätzen nicht ansatzweise entsprach. Für das Geschäftsjahr 2007 musste Hamburg 39,2 Millionen Euro an Asklepios zahlen.«¹⁷⁸

Aus eigener Tasche zahlte Asklepios lediglich 19,2 Millionen Euro. Den Rest der Summe für die erste Zahlungsrate finanzierte man über einen Kredit, den man zugleich dem Landesbetrieb aufbürdete. Der musste zuvor aber erst noch durch unentgeltlich überlassene Erbbaurechte von der Stadt Hamburg

kreditwürdig gemacht werden.

Ende 2010 wurde durch eine Kleine Anfrage aus der SPD-Fraktion in der Hamburger Bürgerschaft bekannt, dass der Verkaufspreis aufgrund der erzielten Jahresergebnisse von 2005–2009 tatsächlich dem Vertrag entsprechend abgesenkt werden musste. 179

Zu diesem Zeitpunkt machte das Klinikunternehmen allerdings bereits kräftige Gewinne und rühmte sich für das höchste operative Ergebnis der Unternehmensgeschichte. ¹⁸⁰ Die Asklepios-Gruppe habe das Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (Ebitda) im Vergleich zum Vorjahr um 23,5 Prozent auf 197,9 Millionen Euro steigern können. »Die Ertragslage verbesserte sich trotz gegenläufiger Impulse aus der Gesundheitsreform, tarifbedingter Personalkostensteigerungen sowie höherer Preise für Energie und Nahrungsmittel deutlich. [...] Die Gruppe profitierte darüber hinaus von einem positiven Ergebnisbeitrag des Teilkonzerns Asklepios Kliniken Hamburg (AKHH), dessen Restrukturierung nach der Privatisierung im Jahre 2005 sehr erfolgreich verläuft. Dadurch sowie durch erhebliche Einsparungen bei den Kapitalkosten erhöhte sich der Jahresüberschuss von 52 Millionen Euro im Vorjahr auf 88 Millionen Euro im Geschäftsjahr 2009. Dies entsprach einem Anstieg um 70 Prozent. Die aktuelle Umsatzrendite beträgt 4.1 Prozent.«¹⁸¹

Insgesamt hat die Stadt Hamburg trotz dieser unternehmerischen »Erfolgsgeschichte« seit dem Verkauf aufgrund ihrer Vertragsgestaltung 108,4 Millionen Euro an den »Käufer« überweisen müssen. Über diese Zahlungen hinaus hat der Hamburgische Versorgungsfonds den Asklepios Kliniken Hamburg GmbH seit dem 1. Januar 2005 zudem insgesamt rund 31,5 Millionen Euro für die Fortzahlung der Pensionen für ehemalige LBK-Beschäftigte erstattet.

Zudem fand im Schatten des LBK-Verkaufs einer der größten »Immobilen-Deals« der Hamburger Nachkriegsgeschichte statt. Der Bodenwert der unentgeltlich überlassenen über 80 Hektar Erbbaugrundstücke betrug rund 300 Millionen Euro. 182

Zudem wurden dem Konzern Mieten und Pachten in Höhe von 200 Mio.

erlassen.

Und der Erbbaurechtsvertrag ermöglicht Asklepios neben der Krankenhausnutzung auf den Gratis-Grundstücken darüberhinaus auch andere kommerzielle Nutzungen mit einem Umsatz von ca. 60 bis 80 Mio. Euro. Wobei die unentgeltlich überlassenen Erbbaurechte durch die Asklepios-Tochter LBK Neu auch noch beleihbar sind. Im Insolvenzfall allerdings fallen die Grundstücke dann samt den darauf lastenden Krediten – bis zu 300 Millionen Euro – an die Stadt zurück. 183

Die Stadt dagegen blieb auf der gesamten Altschuldenlast der Häuser in Höhe von rund 400 Millionen Euro sitzen.

Das Ziel der Privatisierung – eine versprochene Lösung der Altlastenproblematik – wurde letztlich nicht durch den Verkauf, sondern erst mit Hilfe von Haushaltsmitteln durch die Gründung des Hamburgischen Versorgungsfonds aus Steuergeldern erreicht. 184

XII Das Beispiel Berlin

Auch um Berlin hatte das Privatisierungsfieber keinen Bogen gemacht. Bereits seit den frühen 90er Jahren gestaltete sich hier der politische Umgang mit den Städtischen Krankenhäusern als Verwaltung einer Mangelwirtschaft vor dem Hintergrund einer Haushaltspolitik, die das Auf-Pump-Leben zu ihrem haushalterischen Prinzip gemacht hatte.

Unter der Verantwortung der sozialdemokratischen Finanzsenatorin Fugmann-Heesing, die der Regierende Bürgermeister Eberhard Diepgen 1996 in seinen Senat der Großen Koalition geholt hatte, waren bereits die Städtischen Gaswerke (GASAG), die Elektrizitätswerke (BEWAG), die Berliner Wasserbetriebe und die gemeinnützige Wohnungsbaugesellschaft (GEHAG) sukzessive verkauft worden. Die Bürger der Stadt, deren Eigentum, das sie über Generationen angeschafft, aufgebaut und bezahlt hatten, dort auf den freien Markt geworfen und an den Meistbietenden verhökert wurde, waren in keinem einzigen Fall gefragt worden.

Dabei wären ja eigentlich sie es, die beim Verkauf öffentlichen Eigentums auch öffentlich in einem Bürgerentscheid darüber zu befinden hätten. Und

man war fest entschlossen, auch das restliche kommunale Tafelsilber zu verschleudern. Dazu gehörten die städtischen Krankenhäuser.

»Der kooperative Sozialstaat ist weder Nachtwächterstaat noch fürsorglicher Wohlfahrtsstaat, sondern der starke Partner einer zivilen Bürgergesellschaft. In diesem Sinne muss die Berliner Landesregierung ihre Spielräume nutzen, um ein Klima zu schaffen, das bürgerschaftliche Verantwortung, Zivilcourage und Risikobereitschaft stimuliert. [...] Bis auf einen Kernbestand hoheitlicher Zuständigkeiten sollten für alle Aufgaben andere Träger gewonnen und gegründet werden.«¹⁸⁵

Dem Prozess der »Umstrukturierung der Berliner Krankenhauslandschaft« ging eine lange Vorgeschichte voraus. Bei dem heute unter dem Namen »Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH« bekannten Berliner Krankenhausunternehmen handelt es sich um den Zusammenschluss des Restbestandes der ehemaligen bezirklichen Städtischen Krankenhäuser. Übrig geblieben waren Ende der 90er Jahre das Krankenhaus Am Friedrichshain, das als erstes Städtisches Krankenhaus Berlins 1874 seine Pforten geöffnet hatte, das Kreuzberger Krankenhaus Am Urban, das 1890 als das dritte der städtischen Krankenhäuser Berlins folgte, das Neuköllner Krankenhaus, das Reinickendorfer Humboldt-Krankenhaus, das Krankenhaus Spandau, das Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Schöneberg, das Wenckebach-Krankenhaus in Tempelhof, das Hellersdorfer Krankenhaus und das Krankenhaus Prenzlauer Berg.

Zusätzlich aufgenommen in den Verbund wurde das Max-Bürger-Zentrum in Charlottenburg, eine ehemalige Klinik für Geriatrie.

Das zehnte städtische Krankenhaus, das Klinikum in Buch, einstmals mit über 4000 Betten das größte Klinikum Europas, sollte unmittelbar privatisiert werden. Es wurde deshalb gesondert behandelt und später mit einem Beschluss des Abgeordnetenhauses vom 31. Mai 2001 an den Helios-Konzern verscherbelt.

Als weitere ehemals öffentliche Klinik wurde das Behring-Krankenhaus in Zehlendorf in die Oskar-Helene-Stiftung abgegeben, mittlerweile gehört es ebenfalls dem Helios-Konzern.

Die zwölfte städtische Klinik, das 1875 gegründete, traditionsreiche Krankenhaus Moabit, in den Jahren vor 1933 ein Zentrum jüdischer Ärzte – nach der Charité das wichtigste Krankenhaus Berlins, verbunden mit den Namen Robert Koch und Paul Ehrlich –, wurde trotz heftigster Proteste der Beschäftigten und der Anwohner im Oktober 2001 einfach geschlossen. Einzelne Fachabteilungen wurden auf andere Krankenhäuser verteilt, die noch verbliebenen 752 Mitarbeitern gekündigt.

CDU und SPD, die seit dem Herbst 1995 gemeinsam regierten, hatten sich bereits Anfang 1996 in ihrem Koalitionsvertrag auf den Grundsatz verständigt: »Städtische Krankenhäuser sollen in moderne Organisations- und Rechtsformen überführt werden, die ihre Eigenständigkeit und Flexibilität erhöhen. [...] Auch Trägerwechsel sind möglich.«¹⁸⁶

Besonders Frau Fugmann-Heesing drängte auf die Privatisierung der städtischen Kliniken, weil diese danach angeblich wirtschaftlich effektiver und qualitätsgerechter betrieben werden könnten. 187

Eine besondere Ausgangsposition in Berlin erleichterte es den Protagonisten der Privatisierung, den Verkauf der Städtischen Kliniken propagandistisch und logistisch vorzubereiten. Bedingt durch die reichlich vorhandenen Doppelstrukturen in der einstmals geteilten Stadt, gab es nach 1990 mit 39 895 Klinikbetten einen erheblichen Bettenüberhang, weit über den Bedarf hinaus. Auf 10 000 Einwohner kamen in der Stadt immerhin 116 Klinikbetten, das waren fast 33 Betten mehr, als anderswo in der Bundesrepublik für die gleiche Anzahl von Bewohnern vorhanden waren. Zudem wurden die Betten in Berlin deutlich teurer betrieben als in anderen Städten. ¹⁸⁸ Schon 1991 kostete ein Krankenhausbett pro Jahr 57 175 Euro und war damit um 951 Euro teurer als ein Bett im Bundesdurchschnitt. 189 Dazu kamen die erheblichen finanziellen Schwierigkeiten der Berliner AOK. Hier machte sich unter anderem der massive Abbau von Industriearbeitsplätzen in und um Berlin bemerkbar. Aufgrund der strukturellen Massenarbeitslosigkeit in der Stadt und in der Region war ihr schlicht die Beitragsbasis weggebrochen.

Sie hatte nicht nur in kurzer Zeit 456 000 Versicherte verloren, auch der

kostenintensive Anteil an Rentnern unter ihren Versicherten war überdurchschnittlich hoch, was dazu führte, dass sie zunehmend in eine Schieflage geriet und schließlich gar aus den alten Bundesländern subventioniert werden musste.

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände forderte daraufhin im März 1996 auf einer Pressekonferenz die Entlastung der prekären Kassenhaushalte in Berlin durch eine »Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft«, mit dem Ziel, »die erwarteten Mehrbelastungen der Kassen mindestens zur Hälfte durch Standortschließungen im städtischen Trägerbereich« aufzufangen.

Dabei hatten die öffentlichen Krankenhäuser keinesfalls Misswirtschaft betrieben, sondern standen bis 1996 mit Rücklagen in einer Gesamthöhe von etwa 131,4 Millionen Euro finanziell insgesamt einigermaßen gut da. ¹⁹⁰ Bis der Senat auf die Idee kam, das volkswirtschaftliche Problem der rapide sinkenden Einnahmen der AOK über betriebswirtschaftliche Einsparungen in den Berliner Krankenhäusern lösen zu wollen.

Im November 1996 legte die CDU-Gesundheitssenatorin Hübner schließlich ein entsprechendes »Sanierungskonzept für die AOK Berlin« vor. Mit einem Anschreiben des Regierenden Bürgermeisters wurde dieses auch unverzüglich dem AOK-Bundesvorstand zur Kenntnis gegeben in der Hoffnung, das Konzept ermögliche zunächst die Fortführung der vorübergehenden Finanzhilfen durch das AOK-System auf Bundesebene. Die Budgets für die einzelnen Häuser wurden zunächst gedeckelt, um sie dann in einem zweiten Schritt drastisch zu kürzen.

Bereits seit 1993 waren die Gelder, die zur Krankenhausfinanzierung von der öffentlichen Hand zur Verfügung gestellt werden müssen, massiv heruntergefahren worden. Damals standen den Häusern immerhin 330 Millionen Euro im Jahr zur Verfügung. Im Jahr 2000 waren es dann nur noch 133 Millionen. Das machte eine Kürzung der Investitionen um ca. 71 Prozent aus. Dabei waren die Aufgaben der Krankenhäuser aber nicht weniger geworden.

Über 20 000 Betten hatten sie zwischenzeitlich abgebaut und dabei

gleichzeitig die Liegedauer drastisch verkürzt, während die Zahl der stationär und ambulant zu behandelnden Patienten über die Jahre kontinuierlich weiter angestiegen war. Unter dem Druck der Krankenkassen, auch aus deren Bundesebene, wurde die sicherlich notwendige Strukturdebatte zur Krankenhausversorgung in Berlin fortwährend von der wirtschaftlichen Notlage der AOK geprägt. So wurde es später auch wörtlich ganz unverhohlen im »Vivantes-Konzept« formuliert: »Die Krankenhaus-GmbH wurde gegründet, um einen Beitrag zur Beitragssatzstabilität in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten.«¹⁹¹

Zur zukünftigen Organisationsform der Kliniken in der Berliner Krankenhauslandschaft gab es in der damaligen Koalition unterschiedliche Positionen. Die parlamentarische Debatte war in erster Linie von der Diskussion über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Rechtsformen bestimmt. In einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Abgeordnetenhauses am 5. Dezember 1996 räumte der Sprecher aller Verwaltungsleitungen der betroffenen Krankenhäuser ein, dass mit der Rechtsformänderung auch beabsichtigt sei, die Mitbestimmungsrechte der Beschäftigten einzuschränken, betriebsbedingte Kündigungen zu erleichtern und die Verpflichtungen aus dem Bundesangestellten-Tarif (BAT) und der Mitgliedschaft in der Versorgungsanstalt von Bund und Ländern (VBL) loszuwerden. 192

Die öffentliche Reaktion war eher verhalten. Das Wort »Privatisierung« wurde strikt vermieden, stattdessen war, wie üblich, von den semantischen Platzhaltern »Modernisierung«, »Flexibilisierung« und »Eigenständigkeit« im Zusammenhang mit den städtischen Häusern die Rede, was natürlich immer auch suggerierte, die Kliniken seien aus sich heraus nicht reform- oder entwicklungsfähig.

Der damalige CDU-Staatssekretär Orwat beklagte in der gleichen Sitzung, es könne nicht darum gehen, Ängste vor einer Privatisierung zu schüren, sondern »moderne Organisationsformen« zu finden. 193

Die Position der SPD war nicht eindeutig.

Wie üblich, gab es auf der Bezirksebene immer wieder Aufbegehren gegen

die geplanten Veränderungen und auch entsprechende Anträge, aber die Fraktion positionierte sich nicht wirklich. Sie beließ es bei dem Bekenntnis, die Privatisierung aller Krankenhäuser abzulehnen, wobei die Betonung aber immer bewusst auf dem Wörtchen »aller« lag.

Auch die Grünen blieben in ihrer Schönheit unverbindlich. Sie hatten ein anderes Zauberwort. Sie lehnten eine »radikale« Privatisierung ab und enthielten sich zumeist bei den von der PDS eingebrachten Anträgen, ohne jedoch eigene Initiativen zu ergreifen.

Die PDS hatte sich als einzige Partei eindeutig positioniert und öffentlich erklärt, dass mit Amputationen und Notschlachtungen die seit Jahren kritisierten Mängel und Fehlentwicklungen in der Berliner Krankenhausversorgung nicht zu beheben seien.

Zusätzliche Brisanz brachte das sogenannte Beske-Gutachten in die Diskussion, das die Krankenkassen im Februar 1998 beim Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung (IGSF) als Wirtschaftlichkeitsanalyse für die Städtischen Häuser beauftragt hatten und das am 18. August 1998 vorgestellt wurde. Zur vermeintlichen Überraschung aller wurden in dem mehr als 1000seitigen Gutachten nicht nur der materiellen Privatisierung unter Aufgabe der öffentlich-rechtlichen Trägerschaft die größten Vorteile eingeräumt, es wurden auch zugleich ausführliche Vorschläge zur Privatisierung der Berliner Kliniken formuliert, obwohl das Institut offiziell gar keinen Auftrag dazu hatte. Es erhoffte sich von der Privatisierung die Entwicklung der Häuser zu betriebswirtschaftlich erfolgreichen Unternehmen und machte dafür unmissverständlich die Zurückdrängung des Versorgungsauftrags zur Bedingung: »Während bisher der Versorgungsauftrag im Vordergrund stand, ist derzeit und künftig stärker das kaufmännische Ergebnis des Krankenhauses maßgebend. Bisher waren die ärztlichen und pflegerischen Vorgaben bestimmend, was zwangsweise zu Unwirtschaftlichkeit und Kostenunterdeckung führte. [...] Entscheidend für den ärztlichen und pflegerischen Leistungsstandard ist [...] das erwirtschaftete Ergebnis. Das erwirtschaftete Ergebnis bestimmt den Rahmen für die Leistung.«¹⁹⁴

Als unwirtschaftlich wurden vor allem die zu hohen Personalkosten und die

Altersversorgung in den städtischen Kliniken kritisiert. Allein bei den Personalkosten erwarteten die Gutachter durch die Privatisierung Einsparungen bis zu 30 Prozent. Bemängelt wurden auch die Einschränkungen von Entscheidungskompetenzen der Klinikleitungen durch die betriebliche Mitbestimmung.

Dabei muss man wissen, dass die betriebliche Mitbestimmung in den öffentlichen Krankenhäusern damals im Rahmen von Mitwirkungs- und Anhörungsrechten des eher restriktiv angelegten Personalvertretungsgesetzes geschah. Dessen wirkliche Mitbestimmungsrechte beschränkten sich auf den Bereich der personellen Einzelmaßnahmen wie Einstellungen, Beurteilungen, Kündigungen und Entlassungen, sowie auf Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeiten.

Auch wurde in dem Gutachten die Auffassung vertreten, dass zur gesetzlich vorgeschriebenen Trägervielfalt keineswegs städtische Krankenhäuser gehören.

Unterstützung fand diese Position auch in einem Gutachten des wissenschaftlichen Parlamentsdienstes, das von der SPD-Fraktion angefordert worden war. Darin wird eine zwingend erforderliche eigene Trägerschaft des Landes Berlin für die Krankenhäuser verneint. Das Land habe lediglich den Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte und humane stationäre Versorgung. Wie das Ziel zu erreichen sei, bleibe dem Land überlassen. Die Frage, ob sich an kommunalen Krankenhäusern mehrheitlich auch Gesellschafter beteiligen können, die keine hoheitlichen Aufgaben wahrnehmen, sprich private Anteilseigner, wurde bejaht. ¹⁹⁵ Damit war völlig klar, in welche Richtung die weiteren Diskussionen gehen sollten.

Wurde die Trägervielfalt in der Krankenhauslandschaft einst gesetzlich verankert, um die frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhausträger gegen die Dominanz der durch die öffentliche Hand betriebenen Häuser zu sichern, wird dieser Schutzgedanke allmählich Garant für den Fortbestand von kommunalen Häusern.

Der DGB in der Stadt hatte sich klar positioniert und die mögliche Privatisierung der Berliner Krankenhäuser mit dem Hinweis auf eine »Verschlechterung der Betreuung der Patienten und Angriffe auf tarif-, arbeits- und versorgungsrechtliche Ansprüche des Krankenhauspersonals« abgelehnt. Die von den unmittelbar beteiligten Gewerkschaften – damals noch ÖTV und DAG – favorisierte Variante für das neue Krankenhausunternehmen war die Gründung einer »Anstalt Öffentlichen Rechts«. Sie verwiesen dabei zu Recht auf ihre Berliner Erfahrungen: »Die Überleitung von Unternehmen in privatrechtliche Strukturen hat in der Vergangenheit immer wieder den Verkauf von Tafelsilber vorbereitet, um den Berliner Haushalt kurzfristig zu sanieren.«

Der Senat der Großen Koalition aber wollte die Überführung der Städtischen Häuser in eine GmbH und setzte sich damit auch durch.

Obwohl jedem klar sein musste, dass die zunächst nur formale Privatisierung mit dem Land als alleinigem Gesellschafter nur eine Zwischenstation vor der echten materiellen Privatisierung sein würde, war der öffentliche Widerstand gegen diese Politik nur gering bis gar nicht spürbar, und auch die beiden betroffenen Gewerkschaften beließen es bei verbalen Protesten und fügten sich letztlich ohne nennenswerte Gegenwehr in das Senatskonzept. Sie schlossen im September 1999 mit dem Berliner Senat eine »Vereinbarung über den Umgang mit der Personalüberhangssituation und zur Beschäftigungssicherung der Städtischen Krankenhäuser« ab.

Bemerkenswert in dieser Beschäftigungssicherungsvereinbarung war das Zugeständnis der Gewerkschaften, dass »die ökonomischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen es erfordern, einen umfassenden Restrukturierungs- und Modernisierungsprozess und die damit verbundenen personalwirtschaftlichen Maßnahmen [...] durchzuführen«.

Damit hatten sich die Gewerkschaften die erste Fußangel gegen eine offensive Interessenvertretung schon selbst gelegt, weil diese ökonomischen Rahmenbedingungen, einmal so akzeptiert, nun auch nicht mehr kritisch zu hinterfragen und somit alle Maßnahmen des Personalabbaus mit dieser »objektiven« Notwendigkeit zu begründen waren. Dass ökonomische Rahmenbedingungen immer auch politisch zu setzen sind, blieb unberücksichtigt.

Diese Vereinbarung schrieb fest, dass ab Jahresbeginn 2001 in den Krankenhäusern 4500 Stellen wegzufallen hätten. Ein gesundheitspolitisches Desaster, denn damit öffneten die Gewerkschaften das Tor zu einem rein ökonomisch kalkulierten Personalabbau. Sie konterkarierten damit jedes Bemühen um eine Sicherung der personalintensiven Pflege und legten so den Grundstein für eine Situation, die gegenwärtig vielerorts zu Recht als »gefährliche Pflege« angeprangert wird. Die Auswirkungen sind bis heute zu spüren und der aktuelle Kampf um eine tarifliche und vor allem gesetzliche Absicherung einer Mindestpersonalausstattung auf den Stationen ist auch eine Folge der gesundheitspolitischen Kurzsichtigkeit der eigenen Organisation.

Die Zustimmung der Gewerkschaften wurde diesen durch die Berufung des zuständigen ÖTV-Repräsentanten zum Arbeitsdirektor des Unternehmens versüßt. Das Salär dieses »Geschäftsführers Personal« in dem fast insolventen öffentlichen Unternehmen lag im Jahr 2007, das soll hier ruhig erwähnt werden, bei 353 000 Euro. 197

Aber das nur als Anekdote.

Im Herbst 1999 wurde es schließlich auch für die Beschäftigten in den Häusern konkret: Der Senat beauftragte das »Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung GmbH« (BAB) damit, die Umwandlung der Organisations- und Rechtsform der städtischen Kliniken mit den Beteiligten und Betroffenen vorzubereiten, genannt »ViEW«: Vision, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Zum Auftakt gab es eine Großveranstaltung in der Kongresshalle am Alexanderplatz. Nicht wirklich als kritische Einführung in einen schwierigen Prozess. Eher im Sinne von: »Erzählen Sie uns hier ruhig, was Sie wollen – wir ziehen das Ding trotzdem durch!«

Mit Brezel und Bier gleich am Eingang, wohlfeil am Nachmittag, für jeden, der wollte und den obligatorischen Namensaufkleber ans Revers. Und dann kam man schnell zur Sache. Auf den Fluren Workshops in kleinen Gruppen. Geleitet von smarten Referenten. Kritische Fragen wurden bald geblockt, sobald die Fragesteller identifiziert waren, dann auch generell, und immer mit

dem Hinweis, man könne das »Kritische« später ja in der großen Runde des Abschlussplenums noch zur Sprache bringen, was einen urologischen Chefarzt zu der Bemerkung verleitete, die Gesprächsführung der Moderatoren erinnere ihn an seine dunkelsten Grundschulzeiten. Doch das sollte der kunstgerecht und aufwendig servierten »Aufbruchstimmung« keinen Abbruch tun. Zwar konnte von Konsens nicht die Rede sein und zustimmende Übereinstimmung war sicher nicht die Mehrheitsposition, die gab es allenfalls in der Kritik. Aber die war nun mal nicht vorgesehen. Und so disponierte man für das Abschlussplenum kurzfristig um, so der Auftrag, flexibel und effizient:

Ein euphorisch begrüßter Staatssekretär, der hieß Theo Schröder, hielt eine kurze Aufbruch-Rede und dann, nix mit Diskussion und kritischen Fragen, nein, wie aus dem Nichts gezaubert, tauchte eine Jazz-Combo auf und spielte auf: Die Kritiker der Verhältnisse zum Tanzen bringend.

Mit dieser Auftaktveranstaltung war von den Initiatoren ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zur Überführung der kommunalen Krankenhäuser Berlins in eine GmbH eingeleitet worden.

Die eigentliche politische Absicht, die dahintersteckte, war, sich des ganzen Problems der kommunalen Kliniken möglichst schnell und geräuschlos zu entledigen und die Häuser recht bald profitabel zu verkaufen.

Im Abschlussbericht einer »Expertenkommission Staatsaufgabenkritik«, die vom Berliner Senat eingesetzt worden war und von Ruprecht Scholz, später kurzfristig auch mal als Bundesverteidigungsminister überschätzt, geleitet wurde, wurde der Rahmen für die zukünftige Gesundheitspolitik in Berlin so abgesteckt: »Der Grundsatz der staatlichen Gewährleistungsverantwortung bei privater Aufgabendurchführung ist explizit als Leitbild der Berliner Gesundheitsbehörden durchzusetzen. [...] Die Expertenkommission empfiehlt dringend, den begonnenen Weg mit der Teilprivatisierung der Krankenhäuser auch in anderen Bereichen des Berliner staatlichen Gesundheitswesens fortzusetzen.«

198

Solche Positionen wurden zunehmend mehrheitsfähig, zumal die massiven Finanzverschiebungen des Senats die Krankenhäuser in erhebliche finanzielle

Bedrängnis gebracht hatten. Innerhalb kürzester Zeit waren zugunsten der maroden Kassen gewaltige Umverteilungen erfolgt. Die Kürzungen betrugen in den Jahren 1996–1999 additiv umgerechnet 207 Millionen Euro. ¹⁹⁹ Und trotz eines massiven Betten- und Personalabbaus konnten sich die Krankenhäuser von diesem Coup nicht mehr erholen. Obwohl sie allein in den Jahren von 1996 bis 2000 mehr als 3000 Betten und 4300 Vollkräfte abgebaut hatten, waren ihre vorhandenen Rücklagen schnell aufgebraucht, und sie schrieben erhebliche Verluste. ²⁰⁰

Bei der GmbH-Gründung betrug die gemeinsame Schuldensumme, die sie in das neue Unternehmen einbrachten, 227 Millionen DM, die ihnen bei dem »Neustart« dann aber auch nicht vom Senat erlassen wurden. Dazu gesellte sich gewaltiger Investitionsstau von 300 Millionen DM, der von der öffentlichen Hand nicht mehr finanziert werden kann, so die SPD-Abgeordnete Helbig zur Begründung der Rechtsformänderung in einer Aktuellen Stunde des Abgeordnetenhauses. 201 »Der größte Geburtsfehler der neuen Krankenhausgesellschaft war, dass sie mit Altschulden zur Welt kam. [...] Schon bei der Gründung galt Vivantes als halb bankrott. «202

Zur notariellen Unterschrift des Einbringungsvertrags lagen die Bilanzen der einzelnen Häuser überhaupt nicht vor. Aber nicht nur das. Es gab auch kein ordentliches Mitwirkungsverfahren der Personalvertretungen. Den Wortlaut des Vertrages erhielten die Arbeitnehmervertreter im Personalrat am 15. Dezember 2000, einem Freitag, gegen 11.30 Uhr. Die nächstfolgende Sitzung des Hauptpersonalrats war turnusmäßig für den 20. Dezember geplant, aber die Unterzeichnung des Vertrages erfolgte bereits am Montag, dem 18. Dezember 2000.

Jedwede »Mitwirkung« nach dem Personalvertretungsgesetz wurde damit zur Farce. Sie war nicht erwünscht.

Weitere Posse:

Die Häuser hatten auch die Kosten für die politisch zu verantwortende GmbH-Gründung selber zu tragen. Die zuständige Senatsverwaltung weigerte sich, das Geld dafür aus dem eigenen Etat aufzubringen und bat stattdessen die Kliniken zur Kasse, obwohl diese mehrheitlich gegen die

geplante Krankenhausgesellschaft waren. Allein Gerichts- und Notarkosten betrugen rund 511 000 Euro.

Wegen des Wegfalls der Gemeinnützigkeit wurde zudem eine Steuernachzahlung für zehn Jahre in Höhe von 1,4 Millionen Euro fällig. Allein der Steuerberater kassierte mehr als 10 000 Euro. Dazu kamen umgerechnet weitere 209 000 Euro an diversen anderen Gründungskosten. 203

Um die Größenordnung einfach einmal darzustellen: Das vorläufige Jahresergebnis für den Gesamtbetrieb des damaligen Krankenhauses Reinickendorf, einschließlich seiner Pflegeheime, wies im Jahr 2000 einen Bilanzverlust in Höhe von 1,9 Millionen Euro aus. Fast 1,4 Millionen Euro davon waren Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der GmbH-Gründung standen. 204

Als Startkapital, sozusagen in »Gegenleistung«, wurden großzügig alle Grundstücke der Krankenhausbetriebe, auch die »nicht betriebsnotwendigen«, in das »Vermögen« der neuen Krankenhausgesellschaft eingebracht. Damit seien die »ökonomischen Grundlagen für eine gesunde Entwicklung gegeben«, so die sozialdemokratische Abgeordnete Helbig in der Parlamentsdebatte am 16. November 2000. 205 »Wir schaffen heute durch den Beschluss des Gesetzes die Rahmenbedingungen für eine kreative, phantasievolle und dynamische Geschäftsführung.«206

Die für den Krankenhausbetrieb nicht notwendigen Flächen im Vermögen der Häuser sollten gewinnbringend auf dem Immobilienmarkt verkauft werden. Die Erlöse aus diesen Verkäufen sollten das notwendige Kapital bringen, um das Unternehmen finanziell zu sanieren.

Pech nur, dass der hochgerechnete Wert schon nach wenigen Monaten um 207 Millionen Euro drastisch nach unten korrigiert werden musste. Der Grundstücksmarkt in Berlin war damals nicht nur weitgehend gesättigt. Dazu kam, dass die meisten Grundstücke im Grunde unverkäuflich waren, denn sie mussten weiter für medizinische Zwecke genutzt werden. Ansonsten drohten dem Käufer kräftige Nachzahlungen an die Finanzämter für entgangene

Grund- und Ertragssteuern aus den letzten zehn Jahren.

Auch aus anderen Gründen fanden sich keine Interessenten. Wer kaufte schon ein Grundstück, auf dem ein nicht entweihter Friedhof lag oder auf dem ein Ensemble-Denkmalschutz ruhte, und das in unmittelbarer Nähe eines Krankenhauses des Maßregelvollzugs? Die logische und politisch wohl auch gewollte Konsequenz. »Berlins neue Krankenhausgesellschaft schon vor der Pleite?«, titelte die *Berliner Morgenpost* bereits drei Monate nach der Gründung des Unternehmens.

Und der damalige gesundheitspolitische Sprecher der CDU, Mario Czaja, sah angesichts der fatalen Ausgangslage nur noch einen Ausweg zur Rettung: »Eine wirksame Entschuldung wäre durch die rasche Privatisierung jener Kliniken möglich, die den größten Investitionsbedarf in nächster Zeit haben.«207

An einer solchen Idee hielten auch Teile der SPD bis in die erste rot-rote Regierungskoalition hinein weiter fest. Am 27. November 2003 erklärte der damalige SPD-Finanzsenator Sarrazin in einer Plenardebatte im Berliner Abgeordnetenhaus: »Vivantes ist heute als Unternehmen unverkäuflich. Im Augenblick muss es erst einmal saniert und in eine dauerhafte Rentabilität geführt werden. Und dann [...] in 5 bis 8 Jahren, werden wir weitersehen.« Bezeichnend auch der Zwischenruf des damaligen FDP-Abgeordneten Matz, der mittlerweile seine Heimstatt in der SPD gefunden hat: »Wie viel Steuergeld verschlingt es bis dahin?«²⁰⁸

Natürlich wirkte sich diese katastrophale finanzielle Ausgangssituation auch auf die internen Abläufe in den Krankenhäusern aus. Die »kreative, phantasievolle und dynamische« Geschäftsführung entwickelte im Dezember 2002 ein entsprechendes Strategiekonzep: »Reflexion und Weiterentwicklung«.

Unter »Zielvorgaben« waren dort unter anderem genannt: »Steigerung der Pro-Kopf-Leistung auf das Niveau des Wettbewerbers, Senkung der spezifischen Stückkosten, mittelfristiger Abbau des Tarifnachteils.« Es machte damit nicht nur die Hauptangriffspunkte der geplanten profitorientierten unternehmerischen Umstrukturierung deutlich. Es gab diese

auch in einer Sprache vor, die den Beschäftigten in den Krankenhäusern bis dahin fremd war.

Als in Berlin in den 80er Jahren einer der letzten großen Krankenhausneubauten in der Stadt am Nordgraben in Reinickendorf erbaut wurde, hatte man diesen für die damalige Zeit hochmodernen Kliniktrakt so eingerichtet, dass die Stationen baulich für eine Gruppenpflege ausgelegt waren. Unter Gruppenpflege versteht man ein besonders patientenorientiertes Pflegekonzept, bei dem kleine Stationseinheiten von einem festen Pflegeteam umfassend ganzheitlich betreut werden. Nach der GmbH-Gründung wurde dieses Konzept aus Kostengründen schnell einkassiert.

Auf der verzweifelten Suche nach Einsparmöglichkeiten war unter anderem eben diese Gruppenpflege, ganz im Sinne der Senkung der »spezifischen Stückkosten«, als eine der drei Verursachungsquellen für die zu hohen Kosten im Pflegedienst identifiziert worden.

Pflegeeinheiten mit 18 Betten wurden zu 36er Stationen »optimiert«, also zusammengelegt, und damit gleichzeitig der Anspruch der »Gruppenpflege« als ein besonderes Qualitätsmerkmal der Patientenbetreuung aufgegeben.

Die Patientenbibliothek, auch ein unnützer Kostenfaktor, wurde aufgelöst. Die Bücher verschenkt, die Bibliothekarin auf eine andere Funktion umgesetzt.

Trotz solch intensiver, zum Teil auch absurder Einsparmaßnahmen in allen Bereichen konnte die defizitäre Entwicklung des Unternehmens nicht aufgehalten werden.

Dennoch zog der damalige Vorsitzende der Geschäftsführung ein positives Resümee für das Jahr 2002. Die Konsolidierung des Unternehmens habe erfolgreich fortgesetzt werden können. Die Personalkosten seien um gut 100 Millionen Euro abgesenkt worden. Die medizinische und pflegerische Leistung sei aber von diesem Personalabbau nicht betroffen, beteuerte er gleichzeitig. 209

Um das zu belegen, hatte man ein »Beschwerdemanagement« eingeführt. Auf vorgedruckten Karten konnten Patienten und deren Angehörige Beschwerden formulieren und in einen Briefkasten auf der Station ablegen.

»Was können wir besser machen?«, wurde darauf gefragt. Ein Patient wurde deutlich: »Machen Sie Ihre Beschwerdekarten größer!«

Kabarettreif wurde es, als im Dezember 2003 die Anordnung erfolgte, dass den Beschäftigten in den Operationssälen und den Dienstzimmern zukünftig keine Handtücher mehr zur Verfügung gestellt werden durften. In einer akrobatisch gestelzten Mischung aus pseudo-progressivem Neusprech und preußischem Obrigkeitston teilte das zuständige »Director Facility Management« den Beschäftigten mit: »Im Zuge des Projektfortschritts der Vereinheitlichung von Standards im Bereich der textilen Vollversorgung [...] werden wiederaufbereitbare Handtücher zur persönlichen Körperpflege [...] nicht mehr zur Verfügung gestellt. [...] Die Bereitstellung derartiger Hygieneartikel gehört nicht zu den arbeitsschutzrechtlichen Verpflichtungen eines Arbeitgebers.«

Eine Klinikleiterin antwortete daraufhin in einem geharnischten Schreiben an die Geschäftsführung: »Wir warten nun gespannt darauf, dass der Dienstarzt im Zuge des textilen Vollfortschrittes demnächst auch keine Bettwäsche mehr kriegt, sondern seinen eigenen Schlafsack mitbringen muss. [...] Meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rackern sich hier unglaublich engagiert sowohl in der Patientenversorgung wie auch in der exzessiven Dokumentationsarbeit ab (das Einzige, das sie nicht dokumentieren, sind ihre zahllosen Überstunden).

[...] Wer seinen Mitarbeitern Blut, Schweiß und Tränen abverlangt, der sollte ihnen wenigsten ein Handtuch lassen, um diese abzuwischen.« Mitnichten, die Handtücher blieben verschwunden.

Aber natürlich wurde nach den stundenlangen Operationen auch weiter geduscht. Als Ersatz für die fehlenden Handtücher hatte man schnell die bettlakengroßen Wärmedecken entdeckt, in die Patienten nach einer Operation gegen ihre Auskühlung eingewickelt werden konnten. Davon gab es reichlich und deren Aufbereitung war sicher nicht besonders kostengünstig.

Am Rande: Der Geschäftsführer, der diese Petitessen zu vertreten hatte, musste das Unternehmen im Jahre 2005 verlassen, der Aufsichtsrat hatte seinen Vertrag nicht verlängert. Nichtsdestoweniger bezieht er bis heute und

darüber hinaus bis zu seinem Lebensende Ruhestandszahlungen aus dem Unternehmen in einer Größenordnung, die den Etat für »wiederaufbereitbare« Handtücher bei weitem überschritten haben dürfte. Zuvor hatte er aber noch einen neurologischen Chefarzt entlassen, der sich erdreistet hatte, sowohl die zuständige Senatorin als auch den Präsidenten der Berliner Ärztekammer auf das organisatorische und personelle Chaos aufmerksam zu machen, das die Einsparpolitik der Geschäftsführung in seiner Klinik zur Folge hatte. In seinem Brief hatte er kritisiert, dass eine 40-Betten-Station sowie die Rettungsstelle durch seine Abteilung mit nur zwei

Fachärzten und einem Arzt im Praktikum versorgt werden musste.²¹⁰

Trotz all solcher Maßnahmen verschlechterte sich die finanzielle Lage des Unternehmens auch nach dem Handtuch-Streich weiter. Und zwar drastisch.

Als Ende 2003 ein Defizit von 45 Millionen Euro bekannt wurde, flammte die Debatte um eine Privatisierung des Unternehmens erneut auf.

Im Frühjahr 2004 geriet Vivantes schließlich an den Rand der Zahlungsunfähigkeit. Trotz einer massiven Senkung der Personalkosten allein in den Jahren 2002 zu 2003 um 37 Millionen Euro, von 591 Millionen auf 554 Millionen Euro, war der Kreditrahmen des Unternehmens zum 30. Juni des Jahres auf 30,17 Millionen Euro abgesunken. Der für 2003 bereits eingeplante Verlust von 12,5 Millionen lag real bei über 30 Millionen Euro.

Öffentlich wurde eine massive Verunsicherungsstrategie gefahren.

»Vivantes könne keine Gehälter mehr zahlen«, so das lancierte Gerücht.

Der Höhepunkt in dieser angespannten Situation war das Angebot der Rhön-Klinikum AG, Vivantes für 200 Millionen Euro zu kaufen, die Altschulden in Höhe von 200 Millionen dabei mit zu übernehmen und dem Land Berlin eine Sperrminorität von 25 Prozent einzuräumen.

Am 19. Mai 2004 veröffentlichte der Vorstandsvorsitzende der Rhön-Klinikum AG Münch seine »Überlegungen zur Sanierung der Teilversorgung mit stationären und teilstationären Krankenhausleistungen des Versorgungsanteils der Vivantes GmbH Berlin«.

Der erste Satz frohlockte: »Die Akut-Krankenhaus-Versorgungsleistung der Vivantes GmbH ist nicht mehr wettbewerbsfähig und bedarf einer

tiefgehenden Sanierung.«²¹¹ Auch der Name für das privatisierte Klinikum stand schon fest: »Gesundheitszentren Aktiengesellschaft Berlin«. Man kam schnell zur Sache.

Zu diesem Zeitpunkt besaß der Rhön-Konzern bereits 40 Kliniken an 32 Standorten und hatte im Geschäftsjahr 2004 einen Umsatz von 1,045 Milliarden Euro bei einem Jahresüberschuss von 76,4 Millionen aufzuweisen.

In der 48. Sitzung der 13. Wahlperiode des Berliner Abgeordnetenhauses vom 3. September 1998 hatte die PDS-Abgeordnete Dagmar Pohle einen Geschäftsbericht der Rhön-Klinikum AG zitiert, um deutlich zu machen, was dort unter »Gewinnmaximierung« verstanden wird. Für den Vorstand, der damals aus fünf Mitgliedern bestand, wurden im Jahr 1997 3,6 Millionen Euro Gesamtbezüge ausgewiesen.

Für den Aufsichtsrat, der aus zwölf Mitgliedern bestand, noch einmal 358 000 Euro, und für einen dreiköpfigen Beirat 51 000 Euro. 212

Unter dem Einfluss der Regierungsbeteiligung der PDS, die seit 2001 mit der SPD eine Koalition in der Stadt bildete, konnte der Verkauf letztlich verhindert werden. Voraussetzung dafür aber war die Bereitschaft der Beschäftigten, einen sogenannten Notlagen-Tarif abzuschließen, um damit ihr Unternehmen zu retten. Sie verzichteten auf Anteile des Weihnachts- und Urlaubsgelds in einer Größenordnung von rund 35 Millionen Euro im ersten Jahr und erhielten im Gegenzug dafür die Zusage, dass betriebsbedingte Kündigungen bis 2010 ausgeschlossen seien. Die Vereinbarung enthielt zudem eine Regelung, nach der bei Erreichen des jeweiligen geplanten Jahresergebnisses prozentuale Anteile des Weihnachtsgelds während der Laufzeit des Tarifvertrags ausgezahlt werden sollten.

Durch diesen auch in der Belegschaft nicht unumstrittenen Lohn- und Gehaltsverzicht entspannte sich die finanzielle Situation des Unternehmens.

Gleichzeitig kam auch der Senat einer Bedingung der Beschäftigten nach und wandelte die bereits erwähnten Altschulden des Unternehmens in Eigenkapital um.

Eine Privatisierung der öffentlichen Krankenhäuser Berlins war damit definitiv abgewendet

Aber die Privatisierung der kommunalen Häuser verhindert zu haben, reicht allein nicht. Es heißt dann auch dafür zu sorgen, dass die zur wirtschaftlichen Betriebsführung notwendigen Strukturreformen nicht doch zu Lasten der Patienten und der in den Krankenhäusern Beschäftigten gehen, weil ein aus öffentlichen Kassen weiterhin gut dotiertes Management eine nur noch gewinnorientierte und einzig auf die Wettbewerbsfähigkeit ausgerichtete Eigendynamik entwickelt.

Natürlich waren auch in den kommunalen Häusern Veränderungen notwendig, um deren Wirtschaftlichkeit zu verbessern, aber die entsprechenden Strukturreformen sind mit den Beschäftigten abzustimmen und nicht auf ihrem Rücken auszutragen. Und hier kommen wir nun zu einem ganz besonderen Kapitel auch rot-roter Gesundheitspolitik in Berlin.

Das Vertrauen der Senatsmitglieder, die dem Vivantes-Aufsichtsrat angehörten, in die damalige Geschäftsführung, die nicht zuletzt auch politisch zu verantwortende Finanzkrise des Unternehmens betriebswirtschaftlich bewältigen zu können, hielt sich in Grenzen.

Die drohende Insolvenz des Unternehmens in der ersten Jahreshälfte 2004 hatte sie nun aufgeschreckt. Und wie immer, wenn eine hochdotierte Geschäftsführung nicht weiter weiß mit dem, wofür sie eigentlich bezahlt wird, braucht es »externen Sachverstand«. Der wird dann zusätzlich eingekauft.

Externer Sachverstand musste her und so wurde die Geschäftsführung angewiesen, sich diesen mit dem Beratungsunternehmen McKinsey ins Unternehmen zu holen. Die Logik ist dabei bestechend einfach: Saniert werden muss ein Unternehmen, wenn das Geld fehlt. Sanierung hat den Zweck, die Menge fehlenden Geldes zu reduzieren – entweder dadurch, dass man die Einnahmen steigert, oder dadurch, dass man die Ausgaben senkt.

Nun ist eine Einnahmesteigerung angesichts begrenzter Fallzahlen und fest vereinbarter Kassenbudgets schwerlich möglich. Also müssen die Kosten runter. Folglich bedeutet Sanierung Kostenreduktion. Dabei läuft es immer nach dem gleichen Muster ab.

Erster Schritt:

McKinsey taucht auf, stellt sich vor, jung, dynamisch, qualifiziert und

gepflegt, dezent in schwarzen Anzügen mit Aktentasche und Laptop, und lädt zur »Zusammenarbeit« ein.

Zweiter Schritt:

McKinsey rechnet vor, was anders gemacht werden muss und wie die notwendigen Einsparungen zu holen sind.

Dritter Schritt:

McKinsey ist mit seinen Zahlen zufrieden, niemand widerspricht, im Abschied voll des Lobes.

Vierter Schritt:

Die Zurückgebliebenen müssen die »Konzepte« umsetzen.

McKinsey macht sich aus dem Staub. Das geht so schnell, wie die gekommen sind, und schon ist eine weitere »Erfolgsgeschichte« geschrieben. Nach dem Motto: »Fliegen müssen die Frösche dann schon selber.« Dass das nicht funktioniert, bekommt McKinsey schon nicht mehr mit. Weder für die Umsetzung noch für Spätschäden oder Nebenwirkungen trägt der Berater die Verantwortung. Geht das »Sanierungskonzept« schief, dann waren offensichtlich Geschäftsführung oder die Beschäftigten (oder beide) einfach nur zu blöde, die guten Konzepte umzusetzen. ²¹³

Für die Zeit des Einsatzes jener Unternehmensberatung wurde die Klinik zur »location«. Es gab eine »Kick-Off Veranstaltung«. Man »kommunizierte« und »konsentierte« beim offiziellen »come-together« und intensivierte die »Projektarbeit« vor dem »roll out«. Dem folgte ein »Implementierungsteam«, das ein »Project-Status Meeting« vorschaltete und anhand von »Power Point«-Vorträgen »Module updatet«. »Tools«, »Skills« und »Scores« wurden eingeführt und hinterließen nicht nur bei der Pflegekraft verständnisloses Kopfschütteln.

Über »InEK« wurde gesprochen, dabei fleißig »alloquiert«, man definierte »Flaschenhälse« und es wurde »gebenchmarkt«. »Faktorkosten« wurden ermittelt, die es zu »minimieren« galt.

Was das ist?

Das sind die Kosten für das Personal.

Die Einkommen der Beschäftigten, das sind die Faktorkosten?

In logischer Umkehrung wird das Personal zum Kostenfaktor.

In der weiteren Folge müssen »insuffiziente« Leistungserbringer herausgefiltert, Leistungsträger »definiert« und »Leistungsverweigerer« gebrandmarkt werden.

McKinsey identifiziert ein Problem: »Der Operateur kommt zu spät.«

Lösung McKinsey: »Der Operateur kommt pünktlich.«

Identifiziertes Problem McKinsey: Fahrstuhl defekt.

Lösungsvorschlag: Reparatur-Firma benachrichtigen!

Da muss man erst einmal darauf kommen.

»Auch die Nacht- und Notdienste lassen sich rationeller organisieren – ohne Abstriche an die bestmögliche Versorgung.«

»Während kleine Stationen mit ihrem vermeintlich hohen Kuschelfaktor lange als vorbildlich galten, fragt die Klinikleitung heute zu Recht danach, ob ein Nachtdienst in der Pflege eigentlich ausgelastet ist. Eine Station mit 15 Betten ist nicht tragbar, weiß Franziska Mecke, die vor ihrem Wirtschaftsstudium als gelernte Krankenschwester den Stationsalltag hautnah miterlebt hat.«

»Während 2003 in privat geführten Kliniken ein Arzt 146 Fälle versorgte, musste sich der Kollege in den Häusern der öffentlichen Hand nur um 83 kümmern.«²¹⁴

Statistisch gesehen hat McKinsey immer recht: Ein Drogenabhängiger, ein stark Alkoholisierter und ein nach einer üblen Rauferei grün und blau Geschlagener belagern des Nachts den Tresen einer Rettungsstelle. Die einzige im Dienst befindliche Krankenschwester müht sich gerade um einen alten Mann mit jämmerlichen Brechanfällen und wirft dabei immer wieder einen Blick auf eine Frau mittleren Alters, deren Atemnot trotz verabreichten Sauerstoffs nicht nachlässt. Der angeforderte Arzt ist noch unterwegs, er muss sich erst aus einem anderen Gebäude her bewegen.

Schon splittert das Holz der Tresenplatte, gespalten von einem mächtigen Faustschlag des Betrunkenen.

Der Drogenabhängige lallt derweil: »Stoff her, oder ich bring dich um!« Wie diese gar nicht so frei erfundene Szene auch enden mag?

McKinsey stellt fest: Die Krankenschwester ist noch nicht ausgelastet! Denn diese fünf Patienten bleiben in der besagten Nacht ihre einzigen Fälle. Statistisch betrachtet errechnet sich daraus die Bereitstellung von nur 0,8 Vollkräften (VK) pro Nacht.²¹⁵

Im damaligen Humboldt-Krankenhaus wurde die Abteilung für Visceralund Gefäßchirurgie im November 2005 von McKinsey »optimiert«. Sie hatte einen neuen Chef, dem alten wäre das so nicht passiert. Nach der »Optimierung« verblieben der Abteilung 12,25 Vollkräfte. Davon fielen eine Vollkraft auf den Chefarzt und 3,25 Stellen auf die Oberärzte, die rund um die Uhr im Hintergrund Rufdienste zu leisten hatten.

365 Tage und Nächte im Jahr waren unter den 3,25 Kollegen aufzuteilen. Wohlgemerkt: neben der damals üblichen Regelarbeitszeit von 40 Stunden in der Woche.

Blieben für die Assistenzärzte noch 8,00 VK übrig, die nun ihrerseits neben ihrem täglichen Normal-Dienst die daran anschließenden Bereitschaftsdienste bis zum Dienstbeginn am nächsten Morgen abzuleisten hatten. Gab es bis dahin für die Allgemeinchirurgen und die Unfallchirurgen jeweils einen eigenen Dienstplan mit drei Diensthabenden einschließlich Oberarzt im Hintergrund, so wurde der Dienstplan nun zusammengelegt. Statt der sechs Kolleginnen und Kollegen waren nun nur noch vier im Dienst. Jeden zweiten Tag hatte die andere Abteilung im Wechsel den zweiten Diensthabenden für den Bereitschaftsdienst abzustellen. Insgesamt 45 Bereitschaftsdienste mussten so pro Monat von den Assistenzärzten abgedeckt werden. Dafür standen acht Vollkräfte zur Verfügung.

Es kam, wie es kam.

Ein älterer Kollege fiel aufgrund einer Erkrankung längerfristig aus, eine Kollegin wurde schwanger und eine erfahrene dritte Kollegin kündigte aufgrund der Arbeitsbedingungen kurzfristig.

Und schon waren die 45 Dienste auf nur noch fünf aufrechte Kämpfer zu verteilen. ²¹⁶

Vor der Optimierung waren beide Abteilungen außerhalb der Regelarbeitszeiten mit jeweils zwei Assistenten im Bereitschaftsdienst präsent und beide hatten einen Oberarzt im Hintergrund.

Nach der Optimierung wurden aus vier Dienstspalten drei und der Bereitschaftsdienst der urologischen Fachabteilung wurde nebenbei auch noch eingespart.

Die etwa 2000 urologischen Patienten, die die Rettungsstelle pro Jahr aufsuchen mussten, wurden ab sofort fachfremd von den verbliebenen Chirurgen so nebenbei mit abgedeckt. Die wurden mit einem Handzettel ausgerüstet, auf dem die entsprechenden Verhaltensmaßnahmen für den »urologischen Notfall« aufgelistet waren und für alle Fälle auch noch die Rufnummer des zuständigen Chefarztes.

Was braucht es mehr?

Die Beraterfirma McKinsey war jedoch schon weitergezogen zum nächsten lukrativen Job.

- 118 Flintrop, Jens: Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge, »Deutsches Ärzteblatt«, Jg. 103, Heft 46, 17. November 2006, S. A 3082 f.
- 119 ebenda
- 120 Schreiben beim Verfasser
- 121 Schreiben des zuständigen Regionaldirektors der Region Nord der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH Berlin vom 19. Juni 2002 beim Autor
- 122 Neumann, Herbert; Hellwig, Andreas: a.a.O.
- 123 »das krankenhaus«, 10. Dezember o.J., S. 973 f.
- 124 Feintop, Jens, a.a.O.
- 125 Kühn, Hagen: Arzt-Konsument-Verhältnis: Der gesunde Patient; Jahrbuch für Kritische Medizin 21, S. 6 f.
- 126 Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3. bis 6. Mai 2005 in Berlin, Drucksache VIII-50, Antrag Albers
- 127 Quelle: ver.di Fachbereichs 03, Pressekonferenz 3. Juni 2008 Mitarbeitervertretungen Berliner & Brandenburger Krankenhäuser
- 128 ebenda
- 129 Weisbrod-Frey, Herbert: Verlorene Stellen Krankenhäuser modernisieren auf Kosten des Personals, ver.di, Gesundheit von a-z, August 2008
- 130 Simon, Michael: Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser, Hochschule Hannover, September 2014, zitiert nach: »ver.di – Gesundheitspolitik« November 2014
- 131 »Klinik News«, Nr. 41/19. Juli 2005
- 132 »Deutsches Ärzteblatt« vom 2. Dezember 2013
- 133 Berliner Ärztekammer, Pressemitteilung 20/2003 vom 28. Oktober 2003

- 134 Sparkurs bei Vivantes, »Berliner Morgenpost« vom 20. August 2004
- 135 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Umfrage zur Arbeitssituation, 4/2003, zitiert nach f+w, 6/2003
- 136 Brief des Landesamtes für Gesundheit und Soziales an den Präsidenten der Berliner Ärztekammer vom 1. Juni 2004
- 137 »kma« 20. Jg., Mai 2015, S. 14
- 138 Blum, Karl; Müller Udo: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser, in: »das krankenhaus« 7/2003, S. 544 f.
- 139 ebenda
- 140 Entbürokratisierung der Medizin, Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.-21. Mai 2004 in Bremen, Drucksache VI-01
- 141 ebenda
- 142 Obst, Lothar: Die Grenzen der Privatisierung, »Deutsches Ärzteblatt«, Jg.106, Heft 19, 8. Mai 2009, S. B 790
- 143 Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung: Selbstverständnis, Ziele, Aufgaben, Berlin 2013, S.5
- 144 Rürup, Bert; Albrecht, Martin; Igel, Christian; Häussler, Bertram: Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern; Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin 2008
- 145 Augurzky, Boris; Pilny, Adam; Wübker, Ansgar: Krankenhäuser in privater Trägerschaft, RWI-Materialien Heft 89, Essen 2015
- 146 »Bad Bank« für Krankenhäuser, in: »kma«, 20. Jg., Juli 2015, S. 6
- 147 Krankenhaus Rating Report 2015, Rheinisch-Westfälisches Wirtschaftsinstitut, Essen, 2015
- 148 Schulte-Sasse agierte in der ersten Legislaturperiode der rot-roten Regierungskoalition als Staatssekretär in der Gesundheitsverwaltung in Berlin. Eine politische Fehlbesetzung, die zwar noch im Zaum gehalten werden konnte, an der aber deutlich wird, wo die Probleme der ersten Regierungsbeteiligung einer linken Partei in Berlin lagen. Es fehlte nicht nur an entsprechender Regierungserfahrung, es fehlte an mancher Stelle eben auch das entsprechende »linke« Personal.
- 149 Osterloh, Falk: Den Kommunalen geht es schlecht, »Deutsches Ärzteblatt«, Jg. 112, Heft 25, 19. Juni 2015, S. B 938
- 150 Thier, Uwe: Privatisierung kommt nach der Krankenhaus-GmbH die Krankenhaus-AG und dann der Gang an die Börse?, »das Krankenhaus«, 10/2001, S. 875 ff.
- 151 Oberlandesgericht Stuttgart, Az.:2U 11/14
- 152 Rhön-Klinikum AG Geschäftsbericht 2001; Bad Neustadt/Saale; S. 11
- 153 Rhön-Klinikum Geschäftsbericht, a.a.O., S. 9
- 154 Rhön-Klinikum Geschäftsbericht 2001, a.a.O., S. 12
- 155 ȀrzteZeitung« vom 25. Januar 2012
- 156 Augurzky, Boris: a.a.O., S. 18
- 157 Bölt, Ute; Graf, Thomas: 20 Jahre Krankenhausstatistik, Gesundheit, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Februar 2012
- 158 »kma«, 20. Jg. Dezember 2015, S. 42
- 159 »kma«, 20. Jg. Mai 2015, S. 6
- 160 Obst, Lothar: a.a.O.
- 161 Braun, Bernhard; Müller, Rolf: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der

- Patienten. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 45, Schwäbisch Gmünd, Juni 2006
- 162 Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern Folgen für die ärztliche Tätigkeit, Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer, Berlin, Juni 2007
- 163 ebenda, S. 82
- 164 Neumann, Herbert: a.a.O.
- 165 Wehkamp, Karl-Heinz: a.a.O.
- 166 ebenda, S. 76
- 167 ebenda, S. 82
- 168 ebenda, S. 84
- 169 ebenda, S. 80
- 170 ebenda, S. 80
- 171 »New England Journal of Medicine«, 1999, Bd. 341, S. 420
- 172 »Hamburger Abendblatt« vom 11. Februar 2003
- 173 »Spiegel-online« am 5. März 2004
- 174 »Hamburger Abendblatt« vom 10. Februar 1997
- 175 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Plenarprotokoll 17/3 vom 14. November 2001, S. 42
- 176 Vertrag über eine Koalition für die Legislaturperiode 2001–2005, Hamburg, 19. Oktober 2001, S.27
- 177 »Hamburger Morgenpost« vom 20. November 2006
- 178 »Welt-online« vom 10. Mai 2009
- 179 Hamburger Bürgerschaft, DS 19/7734
- 180 Asklepios-Geschäftsbericht 2010, S. 5 ff.
- 181 ebenda
- 182 Hamburgische Bürgerschaft DS 18/5651 vom 16. Januar 2007
- 183 ebenda
- 184 ebenda
- 185 zitiert nach: Die Privatisierung der städtischen Krankenhäuser Berlins, PDS-Dokumentation, Juni 2001, S. 9
- 186 Koalitionsvereinbarung zwischen CDU und SPD vom 25. Januar 1996, Berlin 1996, S. 111
- 187 Die Privatisierung der städtischen Krankenhäuser Berlins, a.a.O., S. 10
- 188 »Zeitschrift für amtliche Statistik«, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2/2011, S. 52 f.
- 189 ebenda
- 190 Wortprotokoll der 12. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Soziales und Migration, 14. Wahlperiode, Abgeordnetenhaus von Berlin, 5. Oktober 2000, S. 9
- 191 zitiert nach »Bonholt« Nr.15, Juli 2001, S. 3
- 192 Wortprotokoll 14. Sitzung, 13. Wahlperiode, Ausschuss für Gesundheit, Abgeordnetenhaus von Berlin, 5. Dezember 1996
- 193 ebenda
- 194 ebenda, S. 5
- 195 ebenda, S. 5
- 196 ebenda, S. 8

- 197 Beteiligungsbericht 2007, zitiert nach »Tagesspiegel« vom 15. November 2007
- 198 Expertenkommission Staatsaufgabenkritik, Abschlussbericht, 2. November 2001, S. 104
- 199 Protokoll der 18. Plenar-Sitzung,14. Wahlperiode, Abgeordnetenhaus von Berlin,16. November 2000, S. 967
- 200 ebenda
- 201 ebenda
- 202 Die Rettung der städtischen Kliniken, in: »Berliner Morgenpost« vom 18. August 2007
- 203 »Berliner Zeitung« vom 13. Oktober 2000
- 204 Aus einem internen Schreiben der Krankenhausleitung an den Geschäftsführer der NET-GE Kliniken für Berlin GmbH vom 20. April 2001
- 205 Protokoll der 18. Plenarsitzung, 14. Wahlperiode, Abgeordnetenhaus von Berlin, 16. November 2000, S. 968
- 206 ebenda
- 207 »Berliner Morgenpost« vom 23. März 2001
- 208 Protokoll der 41. Plenarsitzung, 15. Wahlperiode, Abgeordnetenhaus von Berlin, 27. November 2003, S. 3215
- 209 »Berliner Morgenpost« vom 26. Juni 2003
- 210 Vivantes feuert Chefarzt, in: »Berliner Zeitung« vom 5. September 2002
- 211 Kopie beim Verfasser
- 212 Protokoll der 48. Plenarsitzung, 13. Wahlperiode, Abgeordnetenhaus von Berlin, 3. September 1998, S. 3677 (Beträge alle in Euro umgerechnet)
- 213 Schwarzbuch McKinsey, Hrsg. Vivantes-Betriebsrat, o.J.
- 214 McKinsey-Magazin »Wissen 13«, 4. Jahrgang, Juni 2005, S. 18; zit. nach: Schwarzbuch McKinsey, a.a.O., S. 38
- 215 Schwarzbuch McKinsey, Hrsg. Betriebsrat Vivantes, o.J., S. 12
- 216 Schwarzbuch McKinsey, Hrsg. Betriebsrat Vivantes, o.J., S. 9

Zum Schluss

I.

Die offenkundige Existenz von Elementen einer Zweiklassenmedizin, manche sprechen mittlerweile auch von einer Dreiklassenmedizin, gelangt, trotz aller semantischen Nebelkerzen, die in der gesundheitspolitischen Debatte seit Jahren gezündet werden, immer stärker in das Bewusstsein der Öffentlichkeit.

Die Einrichtung von »Komfortstationen«, die aus abrechnungstechnischen Gründen häufig an die bestehenden Kliniken angedockt werden, sowie die Internationalisierung des Gesundheitsmarkts mit dem sogenannten Medizintourismus, bei dem der Patient seinem Arzt hinterher fährt, um sich die vermeintlich bestmögliche Behandlung anderswo zu kaufen, sind nur zwei dieser Erscheinungsformen einer offensichtlichen Geschäftemacherei mit der Gesundheit.

Die einfache Wahrheit: Wenn Gesundheit eine Ware ist, dann ist das Ausmass dessen, was sich der Einzelne an Gesundheit kaufen kann, abhängig von seiner Kaufkraft.

Und dann gilt auch heute noch das, was Heinrich Heine 1851 aufgeschrieben hat:

»... Wenn du aber gar nichts hast,

Ach, so lasse dich begraben –

Denn ein Recht zum Leben, Lump,

Haben nur, die etwas haben.«

Ein solches Gesundheitssystem aber gerät in einer zivilen Bürgergesellschaft zunehmend unter Legitimationsdruck.

Die Debatten über eine Rationalisierung medizinischer Leistungen und die Priorisierung bei notwendigen Behandlungen spiegeln wider, wie weit wir uns in der gesundheitspolitischen Diskussion bereits in die falsche Richtung bewegt haben.

II.

»Wir haben Notsignale aus Kliniken erhalten«, so begründet der »Deutsche Ethikrat« seine Stellungnahme zur aktuellen Situation in den deutschen Kliniken vom April 2016. Das Patientenwohl sei gefährdet. Das unabhängige Gremium, auf der Basis des neuen Ethikgesetzes 2008 gegründet, war aus eigener Initiative tätig geworden und hatte sich mit der Situation in den bundesrepublikanischen Krankenhäusern beschäftigt.

Das Ergebnis ist ein 155-seitiges Papier, in dem sich die 26 Mitglieder des Rates, zumeist Naturwissenschaftler, Philosophen und Juristen, genötigt sahen, daran zu erinnern, dass der ethische Maßstab für ein Krankenhaus das Patientenwohl zu sein habe.

Sie stellen fest: »Es fällt auf, dass in dieser Diskussion eine Ausrichtung auf das Patientenwohl als maßgebliches normatives Leitprinzip für die Krankenhausversorgung bisher nicht explizit im Vordergrund steht.«

Durch die vorrangige Fokussierung auf eine Ausgabenverringerung seitens der Krankenkassen und auf die Ertragssteigerung seitens der Anbieter seien Effekte entstanden, die im Hinblick auf das Patientenwohl als maßgeblicher normativer Maßstab Anlass zur Sorge geben. Er stellt zum Beispiel fest, dass die Konzentration auf besonders gewinnbringende Behandlungsverfahren zulasten anderer notwendiger Behandlungsangebote geht. Und er kritisiert zudem die Arbeitsbedingungen für das im Krankenhaus tätige Personal. Diese verschlechterten sich infolge von Zeitmangel und chronischer Überlastung. Aber dann wird, wie so oft in der gesundheitspolitischen Diskussion, wieder der alte Eiertanz aufgeführt, wo eigentlich klare Worte folgen sollten.

Zwar formuliert der Ethikrat, dass die Krankenhäuser ihre Versorgungsleistungen vor dem Hintergrund politischer Vorgaben und unter ökonomischen Bedingungen erbringen müssen, die zum Teil problematische Auswirkungen auf die Entscheidungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich und damit auf das Patientenwohl haben. Aber er bleibt in seiner Analyse weitgehend auf der Ebene des Unverbindlichen und hinterfragt diese ökonomischen Bedingungen nicht.

Im Gegenteil, er folgt der marktwirtschaftlichen Logik, wenn er das allgemeine Interesse postuliert, an einem »volkswirtschaftlich attraktiven Wachstumsmarkt« teilzunehmen.

Aber es ist doch gerade die Orientierung auf diesen »attraktiven Wachstumsmarkt«, die die Ökonomisierung der Medizin vorantreibt, mit all ihren gesundheitspolitischen Konsequenzen, deren Auswirkungen und Erscheinungsformen das Gremium ja nun zu recht kritisiert.

»Im gesundheitsbezogenen Handeln geht es um den Menschen; im gesundheitsbezogenen Wirtschaftsunternehmen geht es um Gewinn, Marktanteile und ökonomisches Überleben.« Es ist diese Ökonomisierung, die die Medizin in ihrem ethischen Kern verändert.

Das ist der Paradigmenwechsel: Das ökonomische Bemühen dient eben nicht mehr, gesellschaftlich die bestmöglichen Voraussetzungen zu schaffen, die die notwendige und medizinisch angemessene Behandlung jedes einzelnen Patienten möglich machen.

Das wäre die originäre Aufgabe in einem sozialen Staat. Die Ökonomisierung der Medizin begrenzt mittlerweile ganz offen die Möglichkeiten ärztlichen Handelns, indem sie es dem Primat der Gewinnmaximierung unterordnet.

Und da geht es in der Tat um externe, sachfremde, rein ökonomisch begründete Eingriffe in die ärztliche Entscheidung. Dafür hat das Buch Beispiele gebracht. Betriebswirtschaftliche Parameter definieren die Ziele ärztlichen Handelns, ohne dass es dafür eine am Patientenwohl orientierte Begründung gibt.

Und hier beschneidet sich der Ethikrat in seiner kritischen Analyse selbst. Man kann eben nicht auf der einen Seite die marktwirtschaftliche Ausrichtung unseres Gesundheitssystems grundsätzlich gutheißen und dann auf der anderen Seite die Auswirkungen dieser Marktmechanismen kritisieren. Gesundheitsmärkte sind das Gegenmodell einer öffentlichen und sozialen Medizin. Aber der Ethikrat verliert sich da im Vagen. Nicht nur Patienten hätten ein Recht auf gerechte Behandlung. Auch das Ziel einer

wirtschaftlichen Betriebsführung sei bereits aus Gerechtigkeitserwägungen zu bejahen.

Niemand wird das Geld der Patienten zum Fenster hinauswerfen. Als ob da irgendjemand widersprechen würde, um einer unwirtschaftlichen Betriebsführung das Wort zu reden. Jedes Krankenhaus müht sich, »wirtschaftlich« zu arbeiten, das heisst, seine Ressourcen im Sinne der Patienten effektiv, sparsam wie auch wirksam einzusetzen. Es muss es tun, sonst ist es bald in seiner Existenz bedroht, und zwar schneller, als der Hund bellt. Es geht nicht um »Wirtschaftlichkeit«. Das Problem liegt doch ganz woanders. Worin begründet sich denn dieses Interesse an dem »attraktiven Wachstumsmarkt«? Und für wen ist dieser »attraktive Wachstumsmarkt« so interessant?

Es geht um Profitraten und um Renditeerwartungen. Mit all den Konsequenzen, die dieses Buch beschreibt. Und hier ist endlich Tacheles zu reden.

Wirklich »unwirtschaftlich« für ein soziales Gesundheitssystem ist es, wenn ihm die Gelder dadurch verloren gehen, dass sie in Form von Profiten und Renditen über den »attraktiven Wachstumsmarkt Gesundheit« entzogen werden.

III.

Die marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen führen zwangsläufig zu einer nicht bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, weil die, die die Versorgung in der Regel am nötigsten brauchen, sich diese Versorgung nicht mehr werden leisten können. Für diese Menschen beschränkt sich ihre medizinische Behandlung auf die Grundversorgung, denn mehr ist für die Alten, für die chronisch Kranken und für die anderen, die nicht über die nötige Kaufkraft verfügen, auf einem solchen Markt nicht zu haben.

In der Logik eines marktwirtschaftlich ausgerichteten Systems muss schließlich die Suche nach zahlungskräftigen Patienten und möglichst einträglichen Diagnosen in den Vordergrund jedes betriebswirtschaftlichen Bemühens rücken. Einnahmesteigerungen sind für die Häuser nur über eine gewinnorientierte Selektion ihrer »Kunden« auf der einen und über

Leistungsausweitungen auf der anderen Seite zu erzielen. Dass mit dieser gezielten Leistungsausweitung auch die Tendenz zur medizinischen Überversorgung befördert wird, nimmt man dabei billigend in Kauf.

Seit Jahren sind in den Kliniken die Ausgaben, sei es für die Tarifgehälter, sei es für die Heiz- und Energiekosten, weitaus stärker gestiegen als die Möglichkeiten, diese Kosten über die Preise auszugleichen.

Wen wundert es also angesichts der prekären Ausgangssituation, wenn Kliniken jede Art von auch nur halbwegs erlaubten Tricks nutzen, um ihre Finanzlage aufzubessern und sich rigoros darum mühen, die eigenen Ausgaben zu senken. Personalabbau, Lohnkürzungen, Arbeitszeitverlängerung, Arbeitsverdichtung und Tarifdumping durch Auslagerung von Betriebsteilen, das sind die hinlänglich bekannten Instrumente.

Hier gleichen sich die Rationalisierungsstrategien unabhängig von der Trägerschaft der Häuser an. Durch die Notwendigkeit, sich marktkonform zu verhalten, verschwinden die Unterschiede zwischen den noch öffentlichen Krankenhäusern und denen, die privat geführt werden, zunehmend.

Doch die einzelnen Kliniken stehen nicht nur in Konkurrenz zu ihren sogenannten »Mitbewerbern« auf dem Gesundheitsmarkt.

In den Kliniken selber hat sich ein perfides Kontrollsystem etabliert, bei dem unter dem Schlagwort der Transparenz Kostenvergleiche zwischen den einzelnen Abteilungen zur eigentlichen Triebkraft der Umgestaltung und der Standardisierung der klinischen Abläufe werden.

Aufwendige Datenerhebungen, die von den eigens geschaffenen Controller-Abteilungen geliefert werden, ermitteln die sogenannten Deckungsbeiträge für jede einzelne Abteilung. So werden dezidiert die Personal- und Sachkosten einer Abteilung ausgewiesen und gleich mit den Kosten der anderen Abteilungen verglichen, um »insuffiziente Leistungserbringer« zu ermitteln.

Ebenso werden akribisch jene Kosten einer jeden Abteilung erhoben, die diese dadurch verursacht, dass sie bei anderen Abteilungen wie der Radiologie oder dem Labor Leistungen »einkauft«.

Auch hier dient der jeweilige Kostenvergleich einzig zur Denunziation

vermeintlich überflüssiger Anordnungen, denn die Vergleichsabteilung kauft ja deutlich weniger ein. »Best-Practise«-Abteilungen werden zum »Gold-Standard« erklärt. Das sind die, die am billigsten die Ware Gesundheit produzieren. Die Konsequenz aus diesen internen Kosten-Abgleichen ist eine gnadenlose Spirale der Selbstrationalisierung. An deren Ende werden eine auf das absolute Minimum reduzierte medizinische Regelleistung stehen und das, was heute schon von den Beschäftigten auf den Stationen als »gefährliche Pflege« bezeichnet wird.

IV.

Im Rahmen solcher Einsparstrategien werden zum Beispiel auch neue Strukturkonzepte in der Pflege entwickelt, die die Dequalifizierung der Pflegeberufe schönreden. Angeblich gehören »Serviceleistungen« auf den Stationen nicht zum Tätigkeitsbereich einer qualifizierten Pflegekraft. Stattdessen werden zunehmend eigens angelernte, minderqualifizierte Dienstkräfte als sogenannte Stationsassistenten eingestellt, die dann diese Tätigkeiten am Patienten übernehmen. Betten machen, Essen ausreichen, Füttern. Hier findet, teilweise von den ständischen Berufsverbänden der Pflege auch noch befördert, ein gefährliches Rollback des Pflegeberufs statt. Das Berufsbild einer in den Siebziger- und Achtzigerjahren reformierten Krankenpflege mit seinem ganzheitlichen Pflegeansatz und der damit verbundenen vollen pflegerischen Verantwortung für den Patienten wird durch eine solche arbeitsteilige Umgestaltung unter dem Vorwand, die vermeintlich überqualifizierten »Pflege-Fachkräfte« zu entlasten, in nahezu grotesker Verkennung der pflegerischen und letztlich auch der berufsständischen Konsequenzen demontiert.

Die studierte Leitende Pflegekraft als »Case-Manager« im Dienstzimmer und eine Mindestbesetzung an dreijährig ausgebildeten Pflegekräften unterwegs auf den Stationen, um die »Serviceleistungen« der Stationsassistenten am Bett zu kontrollieren.

Im neuen Krankenhausplan des Landes Berlin 2016 hat sich diese Dequalifizierung schon als bestimmendes »Qualitätsmerkmal« niedergeschlagen. Nach Maßgabe des Plans reicht es zukünftig aus, so die dort aufgenommene Empfehlung, wenn der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften im Pflegeteam einer Intensivtherapieeinheit 30 Prozent beträgt. Andersherum gelesen heißt das, 70 Prozent der Pflegenden auf einer Intensivstation müssen keine Fachkräfte sein. Auch in der Diskussion um die tarifliche Absicherung der Mindestpersonalbesetzungen auf den Stationen in der Berliner Charité hat sich das bereits niedergeschlagen. Der Charité-Vorstand wollte das Kriterium der dreijährigen Ausbildung für die Mindestpersonalvorgabe zunächst nicht akzeptieren, konnte sich damit aber gegenüber den Beschäftigten nicht durchsetzen.

Auch im ärztlichen Bereich wird vor dem Hintergrund globaler Einsparungsmöglichkeiten heftig über die Delegation ärztlicher Tätigkeiten diskutiert. Ein Anfang ist längst gemacht. Operationshelfer assistieren im OP und ersetzen schon lange den dritten, aber immer häufiger jetzt auch den zweiten Assistenten am Tisch.

Natürlich bleibt die Ausbildung junger Chirurgen dabei auf der Strecke. Die Operationskataloge, die diese zur Facharztprüfung vorlegen müssen, sprechen Bände. Weil auch die morgendliche Blutabnahme keine primär ärztliche Aufgabe sei, erfolgt sie vielerorts durch extra dafür angestellte »Phlebotomisten«. Eine krude Vorstellung. Auch das Blutabnehmen hat Einfluss auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Und auch beim Füttern des Patienten erkennt die erfahrene Schwester schnell ein mögliches Problem. Es geht einzig darum, die Arbeit billiger zu machen. In beiden Fällen soll das Schlagwort von der Entlastung des Fachpersonals die Personaleinsparungspolitik kaschieren, die hinter all dem steckt. Schwestern und Pfleger in Unterbesetzung haben eben nicht ausreichend Zeit zu füttern, und der einzige Stationsarzt hat keine Zeit, das Blut abzunehmen, weil er derweil mit unsinniger Dokumentation beschäftigt ist.

Wären ausreichend Ärzte vorhanden, bräuchte es auch keine Phlebotomisten. Aber wir ersetzen eben den Arzt durch den Phlebotomisten und sorgen so dafür, dass die Arztstelle dauerhaft für die Klinik verloren geht. So wie die erfahrene Krankenschwester am Bett ersetzt wird durch eine angelernte Servicekraft, wobei der Patient zunehmend zum Werkstück gerät.

97 Prozent der Leitenden Krankenhausärzte hatten im Jahre 2015 Verträge mit monetären Anreizen. 1995 waren es lediglich 5 Prozent. Auch das ein Ausdruck der Ökonomisierung der Medizin. Die »Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten« der Bundesärztekammer sah sich aufgrund dieser Entwicklung, die keineswegs überraschend gekommen ist und vor der kritische Ärzte schon vor Jahren gewarnt haben, genötigt, am Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten auf die Problematik ärztlichen Handelns zwischen Berufsethos und Ökonomisierung hinzuweisen.

»Hier verschieben sich die Werte«, hat dazu das Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen, Lars Bodammer, auf dem letzten Deutschen Ärztetag erklärt. »Vom Arzt zum Leistungserbringer im Kasack.« Und der Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte, Hans-Fred Weiser, forderte seine Kollegen auf, »Kante zu zeigen« bei solchen Verträgen. »Ethisch verantwortliche Medizin kennt nicht den Verkauf von Kniegelenken, Herzkatheter-Operationen oder Organtransplantationen gegen Bonus.«

Nicht umsonst sind die Chefärzte vieler Kliniken zum Stillschweigen über ihre Verträge verpflichtet. Die entsprechenden Zusatzklauseln sind auch für die Personalvertretungen nicht einsehbar.

Bonusregelungen in den Verträgen führen aber nicht nur zu Fehlanreizen hinsichtlich hoher Stückzahlen an einträglichen Operationen, sie beinhalten nicht selten auch budgetwirksame Zielvereinbarungen zu den Personalausgaben. Und so wird dann eine frei gewordene Assistentenstelle eben nicht sofort besetzt, sondern zur Begrenzung der Personalausgaben erst nach einem halben Jahr. Ob die Boni, die so erzielt werden, letztlich der Abteilung zugutekommen oder möglicherweise auch dem Chef persönlich, das sei zunächst dahingestellt. Nicht umsonst ist zum Inhalt der Verträge Stillschweigen vereinbart. »Kante zeigen« sieht anders aus.

Aber offenbar kannte der Präsident der Leitenden Krankenhausärzte seine Pappenheimer, schließlich braucht es unter solchen Verträgen immer zwei

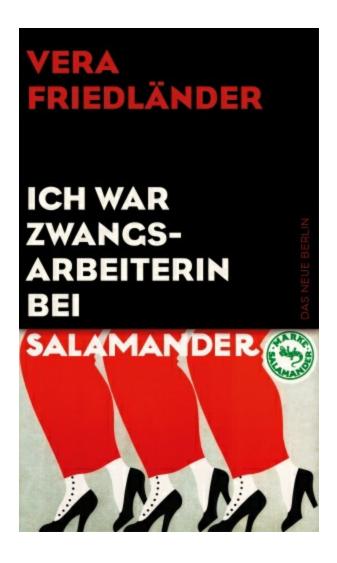
Unterschriften. Er glaubt deshalb auch nicht an kurzfristige Wunder und rechnet mit 20–30 Jahren, bis zu diesem Thema ein Umdenken in der Ärzteschaft einsetze. Erst müssten die Kollegen ein belastbares Rückgrat ausbilden. Dazu bedürfe es eines Paradigmenwechsels.

Um aber jenen Paradigmenwechsel zu beschleunigen, braucht es zunächst einen politischen Richtungswechsel. Gesundheitspolitik muss grundsätzlich andersherum gedacht werden. Es ist doch absurd. Warum muss ein Krankenhaus sich eigentlich »rechnen«? Eigentlich müssten sich alle über leerstehende Krankenhäuser freuen, denn das heißt ja nichts anderes, als dass die Menschen gesund sind, und wer wollte das nicht? Eine Gesellschaft weitgehend frei von Krankheit. Volkswirtschaftlich ein Traum, betriebswirtschaftlich für marktorientierte Krankenhäuser eine Katastrophe. Krankenhäuser sind vorzuhalten wie Feuerwehren. Niemanden ärgert es, wenn die Feuerwehr nicht ausrückt, aber ein nicht belegtes Krankenhausbett, das wird zum Ärgernis. Es ist diese irrationale, andere Logik, die immer wiederkehrt und nach der nichts eingesetzt werden darf von dem ungeheuren Reichtum der Ressourcen, der Mittel, der Fähigkeiten und Kenntnisse dieser Gesellschaft, wenn es keinen Profit abwirft. Mit dieser ganz eigenen Kostenlogik vernichtet man Arbeitsplätze, Lebensmittel und eben auch Krankenhausbetten. »Abbau von Überkapazitäten« heißt das und wird staatlich meist noch subventioniert.

»Ein hoch entwickeltes Gesundheitswesen droht zusammenzubrechen – trotz und gerade wegen der jahrzehntelangen phantasielosen Kostendämpfungspolitik. Die sich verschärfende Rationierung von Leistungen für Patienten kann nicht länger durch das Engagement der Gesundheitsberufe kompensiert werden. Die Versorgung der Patienten entsprechend der tatsächlichen Leistungsfähigkeit der Medizin ist deshalb nicht mehr zu gewährleisten. Damit die Kranken nicht Opfer einer ideologisch bestimmten Durchökonomisierung des Gesundheitswesens werden, fordern die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland eine Gesundheitsund Sozialpolitik, die den Ansprüchen einer Gesellschaft des langen Lebens gerecht wird. Die wirtschaftlichen Konsequenzen des medizinischen Fortschritts dürfen nicht länger als Kostenexplosion gebrandmarkt oder in

eine absurde Lohnnebenkostendebatte geführt werden. Überfällig ist vielmehr eine ehrliche Diskussion darüber, wie viel der Gesellschaft die Gesundheit wert ist ...«²¹⁷ Die zivile Bürgergesellschaft entscheidet politisch selber darüber, welches Gesundheitssystem sie will. Eben! Dem ist nichts hinzuzufügen. Vielleicht noch, dass das vom Präsidenten der leitenden Krankenhausärzte geforderte »belastbare Rückgrat« im Kopf beginnt. Möge daher dieses Buch dazu beitragen.

217 Gesundheitspolitische Grundsätze der deutschen Ärzteschaft, Außerordentlicher Deutscher Ärztetag, Berlin, 18. Februar 2003



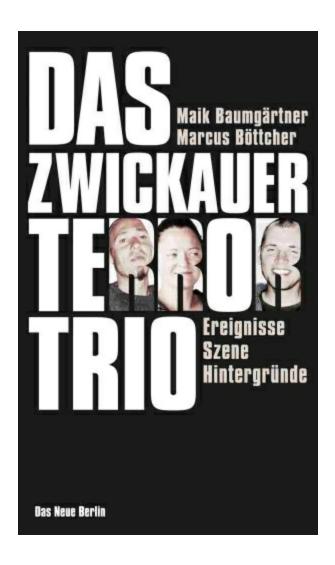
Ich war Zwangsarbeiterin bei Salamander

Friedländer, Vera 9783360501363 224 Seiten

Vera Friedländer, von den Nazis als »Halbjüdin« stigmatisiert und zur Zwangsarbeit gepresst, sortierte Schuhe für die Firma Salamander. Der Schuhhersteller profitierte von den Nazis, und die Nazis profitierten von Salamander. Gemeinsam mit polnischen,

französischen und anderen Verschleppten aus ganz Europa arbeitete sie tagtäglich unter Schikanen und der allgegenwärtigen Drohung, selbst in den Gaskammern zu sterben. Vera Friedländer überlebte das Grauen und klagt es bis heute leidenschaftlich an. Ihr Zorn richtet sich auch gegen die Bemühungen von Historikern, die im Auftrag solcher Firmen deren verbrecherische Vergangenheit frisieren und schönreden.

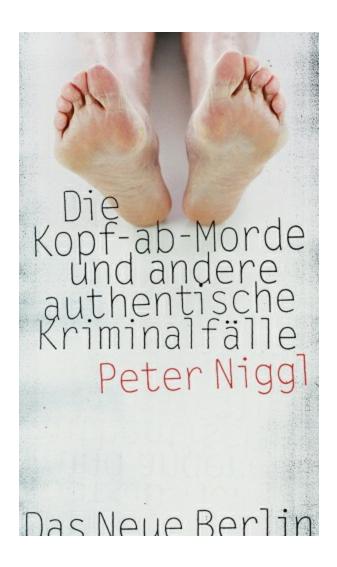
Vera Friedländer war unter den elf Millionen Zwangsarbeitern in Nazideutschland. An keinem anderen faschistischen Verbrechen waren derart viele Menschen beteiligt – als Opfer, als Täter, als Zuschauer.



Das Zwickauer Terror-Trio

Baumgärtner, Maik 9783360500182 370 Seiten

Waffen, Morde, Banküberfälle und ein geheimnisvolles Leben im Untergrund - Beate Zschäpe, Uwe Mundlos und Uwe Böhnhardt terrorisierten über zehn Jahre das Land. Wie konnten sie sich zu eiskalten Mördern entwickeln? Wie schafften sie es, ein Leben im Verborgenen zu führen? Welche Rolle spielten dabei ihre Unterstützer, welche die Sicherheitsbehörden? Chronologisch beschreiben die Autoren anhand von streng vertraulichen Akten, Interviews mit Sicherheitsexperten, Angehörigen der Opfer sowie Aussteigern - "alten Bekannten" des Trios - die Aktionen der rechtsextremen Zelle.

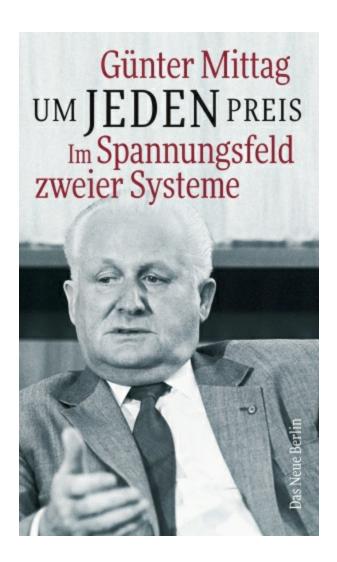


Die Kopf-ab-Morde

Niggl, Peter 9783360500250 320 Seiten

Wenn der Germanengott Odin Menschenopfer fordert, müssen Köpfe rollen. Nicht in finsteren Vorzeiten spielt dieses Szenarium, sondern 1990, inmitten Berlins. Ein Mann köpft eine Prostituierte und erklärt seine Tat mit Odins Auftrag. Von gänzlich anderen Motiven war der

"Klingelmörder" getrieben, er hielt Ausschau nach älteren Damen, die "nach Geld aussahen", und ermordet drei Rentnerinnen. Der Frage, wie es zu diesen und weiteren Taten kam, geht Peter Niggl in genau recherchierten und spannend erzählten Geschichten nach.



Um jeden Preis

Mittag, Günter 9783360500816 380 Seiten

Ohne die Einheit Deutschlands wäre es in der DDR zu einer wirtschaftlichen Katastrophe mit unübersehbaren sozialen Folgen gekommen. - Diese Bankrotterklärung, abgegeben von einem der mächtigsten Männer der DDR, steht am Ende seiner Betrachtung über

vierzig Jahre praktizierte sozialistische Planwirtschaft: Günter Mittag, Ökonom, Politbüromitglied, analysiert als Beteiligter die Strukturen der Macht und die Ambitionen der Mächtigen, sucht nach den Ursachen für den verhängnisvollen Zustand der DDR-Wirtschaft und findet sie unter anderem in den enormen Aufwendungen für innere Sicherheit und Rüstung, im Missverhältnis von Subventionen, Konsumtion und produktiver Akkumulation, im Vereiteln längst fälliger Reformen. Systembedingte Abhängigkeiten und subjektives Versagen werden dem Urteil der Geschichte preisgegeben.



Wer verriet die Sowjetunion?

Ligatschow, Jegor 9783360500236 400 Seiten

Der Untergang der Sowjetunion wird mit der "Nichtreformierbarkeit des Systems" erklärt. Ligatschows differenzierte Betrachtung der achtziger Jahre in der Sowjetunion, die mit dem Staatsstreich 1991 ihre Weltmachtstellung einbüßte, führt an die Schaltstellen der Reformpolitik und ihrer Folgen. Er zieht einen Trennstrich zwischen der Zeit der wirtschaftlichen und sozialen Erneuerung bis 1988 und der unter dem Druck nationaler und separatistischer Kräfte kollabierenden Perestroika-Politik, ohne deren Auswirkungen die heutige politische und wirtschaftliche Lage Russlands nicht zu verstehen ist.