

Patientenwohl statt Profite: Das Geschäft mit der Gesundheit beenden.

Der Virus verweist auf Systemfehler

Die Auswirkungen der **Corona-Epidemie** werfen auch in Sachsen-Anhalt ein **Schlaglicht auf die Schwächen des deutschen Gesundheitssystems**. Mitten in der schwersten Epidemie seit 100 Jahren stellt der Klinikkonzern KMG seine Profitinteressen über das Wohl der Patientinnen und Patienten und schließt das Krankenhaus in Havelberg. Dieser Vorgang zeigt, dass auch unter den Bedingungen der Corona-Krise von der Privatisierungslobby im Gesundheitswesen keinerlei ernsthafte Einsicht zu erwarten ist. Noch im Juli 2019 forderte die Bertelsmann-Stiftung in einer Studie die Schließung von mehr als der Hälfte aller Krankenhäuser in Deutschland. Zuvor hatte der SPD-Bundestagsabgeordnete Karl Lauterbach eine ähnliche Position eingenommen: „*Mindestens jede dritte eigentlich jede zweite Klinik*“ sollte geschlossen werden. Dann gäbe es mehr Personal für den Rest.¹ Wäre Deutschland diesen Forderungen gefolgt, befänden wir uns heute in einer noch schlimmeren Lage. Die Klinikschließungen sind jedoch Ergebnis eines Finanzierungssystems, bei dem das Wohl der Patientinnen und Patienten schon seit langem ins Hintertreffen geraten ist. Der Gesundheitsexperte Karl-Heinz Wehrkamp kam 2017 nach einer Befragung von Ärzten und Krankenhausmanagern aus 12 Bundesländern zu dem Schluss: **„Eine Gefährdung der Patienten wird in Kauf genommen.“**² Auch in der Krise geht das Geschäft mit der Gesundheit weiter. Das war nicht immer so.

Denn bis 1985 war es auch in der alten Bundesrepublik per Gesetz verboten, mit Krankenhäusern Gewinne zu machen. Mit der schrittweisen Einführung eines neuen Krankenhausfinanzierungssystems ab 1992 wurde überhaupt erst ein **Gesundheitsmarkt** geschaffen. Dieser Prozess ist mit der Einführung des **Diagnosis Related Groups (DRG)-Systems** im Jahr 2003 abgeschlossen worden. Dieses Punktesystem orientiert ausschließlich auf Kosten und Erlöse. Damit sind die **Krankenhäuser in einen Kostenwettbewerb gegeneinander gestellt**. So wird der ökonomische Zwang erzeugt, Einspareffekte durch Personalabbau und Ausgliederungen, in denen die Beschäftigten schlechter bezahlt werden, zu erreichen. Heute spüren wir mehr denn je, wie sehr dieses Personal fehlt. Das System führt dazu, dass vor allem die kleineren Häuser, die für die dezentrale Versorgung wichtig sind, unter Schließungsdruck geraten. **Die Abrechnung über DRG** hat sich zudem zu einem **bürokratischen Monster** entwickelt, das die absurdesten Blüten treibt. „*Allein für einen ‚Kaiserschnitt‘ (...) kennt“ es „(...) acht verschiedene Fallgruppen ... Dabei kann es um viel Geld gehen. So entscheidet 1 Gramm Lebendgewicht eines Neugeborenen über eine Einnahmedifferenz von 4271,91 Euro für die Häuser“*³ Um dieses erlösorientierte System zu begreifen, „*ist es wichtig zu verstehen, (...) dass es nicht einfach zu Unterversorgung führt, sondern zu einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Denn in einem System, in dem die Leistung dem Geld folgt, werden Leistungen in den Bereichen reduziert, die kein Erlös bringen (z.B. Pflege), aber in den*

¹ Karl Lauterbach auf Twitter v. 4.6.2019

² SPON 21.12.2017, *Kostendruck in Kliniken Der Arzt, die Geldmaschine* <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/kostendruck-in-kliniken-gefaehrdung-der-patienten-wird-in-kauf-genommen-a-1184057.html>

³ Wolfgang Albers: *Zur Kasse bitte! Gesundheit als Geschäftsmodell*, Berlin 2016, S.117/18

*Bereichen ausgeweitet, in denen Gewinnen zu machen ist.*⁴ Der **Personalmangel** in der Pflege ist systembedingt, **politisch gewollt**.

Gesundheitspolitik gegen den Willen der Mehrheit

Da im DRG-System die Konkurrenz dominiert, wird der ruinöse Wettbewerb zwischen den Häusern gefördert mit dem Ergebnis, dass kleine Standorte, wie in Havelberg auf der Strecke bleiben. Dies ist ein gewollter Effekt der die Privatisierung voran treibt. **Die Privatisierungspolitik im Gesundheitsbereich wird seit Jahren gegen den erklärten Willen der Bevölkerung betrieben. 72 Prozent der Bürgerinnen und Bürger sind der Meinung, dass die Krankenhäuser in öffentliche Hand gehören** und dass die Gesundheitsversorgung eine Staatsaufgabe ist.⁵ 2017 befanden sich bundesweit nur noch 29 Prozent der Krankenhäuser in öffentlicher Hand, 34 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft und 37 Prozent in der Hand privater Gesundheitskonzerne wie AMEOS, Helios usw.⁶ Sie haben ihren Marktanteil von von ca. 12 Prozent im Jahr 2002 zu Lasten der öffentlichen Häuser ausgebaut.⁷

Schutzschirm für Aktionäre?

Zur Bewältigung der Corona-Krise hat die Bundesregierung eine Kompensation aller dadurch verursachten Erlösausfälle und Mehrkosten angekündigt. Die Kassen sollen für die Corona-bedingten Mehrkosten aufkommen. Damit ist die Erlösorientierung des DRG-Systems für die nächsten Wochen und Monate suspendiert. Bemerkenswert ist, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Aussetzung des DRG-Systems bis Ende des Jahres fordert. Dagegen will Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) das System weiter erhalten. Es erhebt sich die Frage, ob der Corona-Schutzschirm so nicht letztlich auch dazu dient, dass private Klinikbetreiber weiter Kasse mit Versichertengeldern und Steuermitteln machen können. Wir brauchen **keinen Schutzschirm für AMEOS-Aktionäre**. Dieser Konzern ist nicht nur in Sachsen-Anhalt zu einem abschreckenden Symbol aller Fehlentwicklungen in unserem Gesundheitssystem geworden: Der Misswirtschaft, der Bereicherung und der Anmaßung eines Managements, das nicht den Interessen des Landes, sondern der Aktionäre dient. **Die Corona-Krise wird sogar noch als willkommener Vorwand missbraucht, um Tarifverhandlungen platzen zu lassen**. In der Krise zeigt sich: Der Staat ist zwar in der Lage, einfache Bürgerinnen und Bürger von der Parkbank zu vertreiben, lässt aber üble Ausbeuterbetriebe gewähren.

Für einen Systemwechsel im Gesundheitsbereich

Das **Grundgesetz** garantiert das Eigentum, **stellt jedoch weder einen Blankoscheck für Renditen noch für Sozialdumping auf Kosten der Mitarbeiter aus**. Die Sozialbindung des Eigentums gemäß Artikel 14 GG und die Möglichkeit der Überführung von Produktionsmitteln in gemeinwirtschaftliche Formen gemäß Art. 15 GG bilden eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für einen Systemwechsel im Gesundheitsbereich.

Nicht nur in der LINKEN hat die Krankenhausmisere auch schon vor der Corona-Krise für Debatten um eine Entprivatisierung gesorgt. So beschloss die **SPD in Sachsen-Anhalt: „Die Pri-**

⁴Freitag v. 24.3.20 Kalle Kunkel: *Alarmstufe Rot: Die Corona-Krise macht den Pflegenotstand allzu offensichtlich* <https://www.freitag.de/autoren/der-freitag/ein-weckruf-fuer-die-krankenhauspolitik>

⁵ Deutscher Beamtenbund: *Bürgerbefragung öffentlicher Dienst Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen* 2015, S.28

⁶ Statistisches Bundesamt,

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_N011_231.html;jsessionid=9C01A9C6D9503C0C8EC532439E2DF991.internet8741

⁷ <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/129>

vatisierung kommunaler Krankenhäuser war ein Fehler.“ Sie plädiert für einen Privatisierungsstopp und will dort, wo der Versorgungsauftrag gefährdet ist, Privatisierungen wieder rückabwickeln.⁸ **Wie ist dieser Beschluss zu werten?** Zunächst einmal als Versuch, Anschluss an eine gesellschaftliche Stimmung zu finden, die gegen die Privatisierung gekippt ist. **An der Schließung des Havelberg-Klinikums hat sich damit nichts geändert.** Dafür hat die SPD keine Partner in der KENIA-Koalition. Das betrifft auch die Forderung der SPD nach einem 700 Mio. Euro-Programm für die Krankenhäuser, die weder von CDU noch Grünen unterstützt wurde. Wer die Privatisierung der Krankenhäuser stoppen und ein gemeinnütziges Gesundheitswesen erhalten und ausbauen will, muss konsequenterweise die Machtfrage stellen. **Wer mehr für den Schutz der Gesundheit tun will, kommt nicht umhin, die unternehmerische Freiheit, damit Geld zu verdienen, einzuschränken. Profit hat sich der Herrschaft des demokratischen Gesetzgebers zu unterwerfen.**

Welche konkreten Schritte schlagen wir vor?

1. Die Corona-Krise muss dazu führen, dass die Profitorientierung des Gesundheitssystem beendet wird. **Wir fordern die Abschaffung der DRG.** Zur Flankierung müssen die Investitionsmittel des Bundes und des Landes massiv aufgestockt werden.
2. Solange die finanzielle Steuerung über DRG nicht abgeschafft wird, muss es eine **allgemeinverbindliche Personalbemessung** für alle patientenrelevanten Berufsgruppen der Krankenhäuser geben. Das Land muss dafür seine Planungshoheit einsetzen. Damit muss eine beträchtliche *Aufstockung der Investitionsmittel* verbunden werden, um den Zwang für die Häuser abzuschaffen, ihre Investitionen aus dem Personaletat zu refinanzieren.
3. Es sollte gesetzlich festgeschrieben werden, dass alle privaten Klinikbetreiber, ihre Gewinne vor allem für Investitionen und die Gehaltsentwicklung des Personals einzusetzen haben. **Versichertengelder und staatliche Finanzhilfen dürfen nicht länger an Aktionäre ausgeschüttet** werden.
4. Das Land sollte den Mitarbeitern des Gesundheits- und Pflegewesens eine **steuerfreie Corona-Zulage von 500 Euro pro Monat aus Landesmitteln** zahlen und sich für eine **deutliche Anhebung der Gehälter per Bundesgesetz** einsetzen. Dies sollte mit einer **Offenlegung und Begrenzung der Gehälter für das Spitzen-Management der privaten Gesundheitskonzerne** einher gehen. Eine Förderung durch Steuermittel und Versichertengelder muss an die vollständige Transparenz für alle Managementgehälter und Gehaltsbestandteile gekoppelt werden.
5. Es ist eine **landeseigene Krankenhausbeteiligungsgesellschaft** zu bilden, die den Investitionsbedarf des öffentlichen Krankenhaussektors über ein Sondervermögen sicherstellt. Die Notermächtigungen des § 18 LHO stellen eine hinreichende Grundlage für die erforderliche Finanzausstattung des Sondervermögens dar. Damit soll die Sicherung der Liquidität für die kommunalen Krankenhäuser und eine bessere Kooperation der Häuser untereinander erreicht werden.
6. Eine der teuersten Eigenarten des deutschen Gesundheitswesens ist die **künstliche Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung**. Das weitgehende Verbot für Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten ambulant zu behandeln, führt zu doppelten Wartezeiten, doppelten Untersuchungen, doppelten Geräteparks – all das ist weder im Interesse der Patientinnen und Patienten noch der Wirtschaftlichkeit.

⁸ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108628/SPD-in-Sachsen-Anhalt-will-privatisierte-Krankenhaeuser-notfalls-verstaatlichen>