

AG Bertelsmann: Antreiber der Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Hermann Werle, Jenny Gullnick

Erster Teil: Hermann Werle

Zum 1. April 2007 ist das im Februar verabschiedete „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ in Kraft getreten. Hierbei geht es nicht um die Stärkung oder Verbesserung der Gesundheitsversorgung, sondern um mehr Wettbewerb auf dem Markt der Ware Gesundheit.

Die sogenannten Reformen der sozialen Sicherungssysteme und die damit einhergehenden Privatisierungen verlaufen alle nach einheitlichem Muster. Grob lassen sich dabei vier Phasen unterscheiden

1. Propaganda – zu teuer, zu ineffektiv, zu viel Staat, Eigenverantwortung stärken etc.
2. Strukturanpassungen – Reformen in der Gesetzgebung zur Stärkung des Wettbewerbs, Deregulierung und Liberalisierung
3. Das Schmücken der Braut, d.h. Unternehmen privatisierungsfähig machen - Änderung der Gesellschaftsform, Stellenabbau, interne Umstrukturierung
4. Die eigentliche Privatisierung – in Form von Teil- oder Vollprivatisierung, Ausgliederungen, PPP

Zur Propaganda:

Im Bereich der Gesundheitsversorgung wird schon seit Jahrzehnten von einer Kostenexplosion gesprochen. Davon kann jedoch keine Rede sein: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung liegen seit Jahren zwischen 6 und 7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Die Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens ergeben sich vor allem aus der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit.

Es geht nicht um Kostensenkung, sondern um Umverteilung der Lasten auf die Versicherten und Kranken, sowie darum, mehr Geld in den Gesundheitssektor zu pumpen für neue Investitionsfelder.

Die aktuelle Reform wirkt in die gleiche Richtung. Der Fonds, der 2009 eingeführt werden soll, soll die Unterschiede zwischen armen und reichen Kassen durch einen Risikoausgleich ebnen und für Wettbewerb zwischen den Kassen sorgen. Die Kassen erhalten für ihre Versicherten aus diesem Pool einen Einheitsbeitrag. Kassen, die damit nicht auskommen, können eine Zusatzprämie erheben. Dies ist eine Art „kleine“ Kopfpauschale, die 1% vom Einkommen ausmachen kann aber mindestens 8 Euro betragen soll. Bei Geringverdienern (unter 800 Euro) wäre die 1%-Marke somit schon überschritten und mit der Erhöhung der Pauschale in den kommenden Jahren dürfte zu rechnen sein, ebenso mit einer Erhöhung der Beiträge, wenn der Fonds 2009 eingeführt wird. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiter abgespeckt, wie es die Arbeitgeberseite immer wieder gefordert hat, insbesondere bei "selbstverschuldeten" Behandlungsbedürftigkeiten. Dies läßt sich zukünftig beliebig erweitern.

Im Regierungsjargon heißt das „Steigerung der Eigenverantwortung“, einen der zentralen Schlagwörter der Bertelsmann. Solche Begrifflichkeiten dienen der Verschleierung von Interessenslagen. Und darauf versteht sich Bertelsmann auf das Beste – es stellt sozusagen das Kerngeschäft des Konzerns und der Stiftung dar. Wirken die Bertelsmann Massenmedien unmittelbar in die breite Öffentlichkeit, so verortet die Stiftung ihr Wirken in strategische Räume. Im Gesundheitswesen wirkt die Stiftung auf verschiedenen Wegen in diese strategischen Räume. Diese sind u.a.:

- persönliche Kontakte;
- Treffen und Konferenzen;

- die Schriftenreihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“;
- der regelmäßig erscheinende „Gesundheitsmonitor“;
- die Verleihung des „Deutschen Präventionspreises“;
- das „Centrum für Krankenhaus-Management“ (CKM)

Der „Deutsche Präventionspreis“ wird seit 2003 jährlich für „herausragende und vorbildliche Ansätze und Beiträge zur Prävention und Gesundheitsförderung“ verliehen. Schirmherrin des Preises ist Ulla Schmidt, Trägerinnen sind ihr Ministerium, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Bertelsmann-Stiftung. Dies ist mehr als eine flüchtige Kooperation: Im vierköpfigen Vorstand der Bertelsmann-Stiftung finden sich derzeit neben Dr. Johannes Meier und Professor Werner Weidenfeld vom CAP Liz Mohn und ihre Erbin Brigitta Mohn, die seit 2001 Vorstandsvorsitzende der Stiftung „Deutsche Schlaganfall-Hilfe“ und seit 2002 innerhalb der Bertelsmann-Stiftung die Leiterin des Themenfeldes „Gesundheit“ ist.

Das Kuratorium besteht aus 14 Personen, eine Versammlung von Eliten aus Politik und Wirtschaft. Anders ausgedrückt: das Kuratorium ist der personelle Ausdruck des Wirkens der Stiftung in strategische Räume. Einer dieser strategischen Räume ist das Bundesgesundheitsministerium und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, deren Direktorin Elisabeth Pott Mitglied des Kuratoriums ist. Neben Elisabeth Pott und vier Bertelsmann-Leuten - Reinhard und Liz Mohn sowie Gunter Thielen und Dieter H. Vogel - finden sich in diesem Gremium außerdem:

- der Generaldirektor der Nestlé AG, Werner J. Bauer;
- der Vorstandsvorsitzende der E.ON AG, Wulf Bernotat;
- die frühere Präsidentin des Deutschen Bundestages, Rita Süssmuth;
- Prof. Dr. Ernst Buschor (Eidgenössische Technische Hochschule Zürich);
- Hubertus Erlen, Vorstandsvorsitzender der Schering AG;
- Caio K. Koch-Weser (ehem. Staatssekretär im Finanzministerium, seit 2006 Deutsche Bank-Berater);
- Klaus-Dieter Lehmann (Präsident der Stiftung Preußischer Kulturbesitz);
- Klaus-Peter Sieglöck (Stellvertretender Chefredakteur des ZDF);
- Rolf Schmidt-Holtz (Sony-BMG Chief Executive Officer)

Der „Gesundheitsmonitor“ erscheint seit 2001 in regelmäßigen Abständen und befragt Versicherte und Ärzte zu „ihren Erfahrungen im deutschen Gesundheitswesen“. Der Gesundheitsmonitor entpuppt sich als eine Art Frühwarnsystem, das anhand von Umfragen die Stimmungslage bezüglich geplanter Reformen erkundet. Damit wird die Stiftung zu einem wichtigen Informationsbeschaffungsinstrument für die Politik. Bei den Befragungen geht es also nicht darum, die Meinungen der Versicherten auszuwerten, um sie dann deren Vorstellungen entsprechend in Politik umzusetzen. Es geht vielmehr darum, Stimmungen auszuloten, und zwar in der Hinsicht: Wie weit können wir mit den nächsten Reformen gehen?

Während die aktuellen „Reformen“ im Gesundheitswesen gerade auf dem Wege sind, wurden im Bereich der Krankenhausversorgung wichtige Weichen schon gestellt. Von den in 2004 gezählten 2.166 Krankenhäusern werden nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft in den nächsten zehn Jahren 15 Prozent ihre Pforten schließen müssen, pessimistischere Prognosen gehen sogar von 25 bis 30 Prozent aus. Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft erhöhte sich indes zwischen 1991 und 2004 von 14,8 auf 25,6 Prozent und soll bis 2015 die 40 Prozent-Marke erreichen.

Hintergrund der Privatisierungswelle ist das neue Finanzierungssystem nach Fallpauschalen - auf das wir noch eingehen werden - sowie die „wettbewerbliche Ausrichtung“ des Gesundheitssystems insgesamt.

Allein 90 Milliarden Euro macht dabei die stationäre Krankenhausversorgung aus. Knapp 8 Prozent davon erwirtschaften die vier größten privaten Klinikkonzerne Fresenius/Helios, Asklepios, Sana und Rhön, die stark auf Expansionskurs sind und von weiteren Privatisierungen profitieren

möchten.

Eine der spektakulärsten Privatisierungen stellt der Verkauf der fusionierten Universitätskliniken Gießen und Marburg Ende 2005 dar. Spektakulär deshalb, weil damit die ersten zwei von 34 Universitätskliniken in Deutschland komplett an eine private Klinikette verkauft wurde. Gegen die starke Konkurrenz, insbesondere von Helios und Asklepios, setzte sich die Rhön-Kliniken AG beim Bieterverfahren um die fusionierten Kliniken durch.

Als Sachverständiger, der die Landesregierung in dieser Frage beraten hat, wurde Professor von Eiff herangezogen, der seit seinem Bestehen das Centrum für Krankenhaus-Management leitet, das 1994 von der Bertelsmann-Stiftung gegründet wurde. Nach leitenden Funktionen am Institut für Industriegewirtschaft, am Klinikum Gießen, in der Automobilindustrie und einem internationalen Consulting-Unternehmen ist von Eiff seit 1994 außerdem Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Münster, wo auch das CKM als Institut für Krankenhaus-Management (IKM) angegliedert ist. Laut Selbstdarstellung des CKM ist das Ziel seiner Arbeit, „Wege aufzuzeigen, wie praxisbewährte Management-Methoden aus Industrie, Handel und Dienstleistungsbranche in Krankenhäusern und anderen Institutionen des Gesundheitswesens genutzt werden können.“ An der Universität Münster werden unter Bertelsmann-Regie Krankenhausmanager herangezogen, wie sie sich die privaten Klinikkonzerne wünschen.

Zu den weiteren Tätigkeiten des CKM gehören die für Bertelsmann übliche Methode internationaler Vergleiche nach „Best-Practices“, die auf Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen überprüft werden. Des Weiteren wurde das CKM von der Bertelsmann-Stiftung beauftragt, ein internationales „Reformnetzwerk“ und eine „Reformwerkstatt: Gesundheitswesen“ aufzubauen, welches „Hilfestellung für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen“ geben soll.

Des Weiteren sitzt von Eiff im Aufsichtsrat der Kerckhoff-Klinik, diese ist seit 1978 strategischer Kooperationspartner der Universität Gießen.

Brigitte Mohn erwarb im Mai 2006 Rhön-Aktien im Wert von 36.795,- Euro erwarb. Finanzieren konnte sie dieses kleine Aktienpaket ganz bequem aus der Aufwandsentschädigung, die sie für ihren Posten im Aufsichtsrat der Rhön-Klinikum AG erhält.

Die Gesundheitsreform verstärkt den Druck, öffentliche Kliniken an private Anbieter zu verkaufen. Vorgesehen ist, dass die Krankenhäuser sich mit einem „Sanierungsbeitrag“ in Höhe von 1 % ihres Budgets an der Stabilisierung der GKV beteiligen. Damit sollen die Kassen um 500 Millionen Euro entlastet werden. Außerdem wird auch die Umstellung auf ein monistisches Finanzierungssystem angedeutet, welches in den kommenden Jahren eingeführt werden könnte. Dies bedeutet, daß die Bundesländer aus der Finanzierung der Kliniken herausgenommen werden. Für die Krankenhäuser ergibt sich erhöhter Wettbewerbsdruck und die Beiträge zur GKV werden weiter zu Lasten der Versicherten erhöht werden müssen.

Der größte Druck geht indes von der Einführung der DRGs des Diagnosis Related Groups-Systems (DRG). Mit den DRG-Fallpauschalen werden die Krankenhausleistungen nicht mehr nach der Verweildauer im Krankenhaus, sondern nach festgelegten Pauschalen für definierte Krankheitsbilder vergütet. Auf Grundlage der Behandlungs- und durchschnittlichen Kostenstruktur der Krankenhäuser werden die DRG-Fallgruppen (Krankheitsbilder und deren Schwere) definiert und für jedes Bundesland sogenannte Basisfallwerte vorgeschrieben. Je nach Aufwand zur Behandlung einer Krankheit werden bundeseinheitliche Kostengewichte festgelegt. Die Vergütung einer Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation des Fallwertes mit dem für jede Fallgruppe festgelegten Kostengewicht.

Den größten Kostenfaktor stellen mit über 60 Prozent die Personalkosten dar und dabei vor allem das Pflegepersonal, das den größten Teil der Beschäftigten ausmacht. Und ganz wie in der Industrie, ist auch ein Krankenhausmanagement daran interessiert, die Stück- oder Fallkosten zu reduzieren. Die Stellschrauben zur Senkung der Lohnfallkosten sind schnell ausgemacht:

Reduzierung der Löhne und die Verkürzung der Taktdauer, sprich der Arbeitszeit am einzelnen „Fall“. Die Pflegearbeit untersteht somit einem strikten Zeitregime, dem auch die Patienten unterworfen sind, deren möglichst frühe Entlassung aus Kostengründen angestrebt wird. Das führt wiederum dazu, dass die Arbeitsintensität auf den Stationen immens zunimmt. Je nach strategischer Ausrichtung spezialisieren sich die Krankenhauskonzerne auf bestimmte Krankheitsbilder, die entweder durch ein hohes Kostengewicht bei relativ geringem Pflegeaufwand oder durch fließbandartige Massen-Behandlungsoptimierung für steigende Gewinne sorgen, wie es die Konzeption der Rhön-Klinikum AG vorsieht. Für die nicht auf Profitmaximierung ausgelegten Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft führt dieser Systemwechsel unweigerlich zu massiven Einnahmeverlusten, mit der häufigen Folge der Schließung oder Privatisierung von Kliniken.

Zweiter Teil: Jenny Gullnick

Jenny Gullnick berichtet über ihre Erfahrungen mit dem DRG-System aus ihrer Tätigkeit als Ärztin im Städtischen Klinikum St. Georg in Leipzig:

Die Einführung der DRGs führt für die ÄrztInnen an den Kliniken zu einem stark erhöhten Dokumentationsaufwand. Dieser wird z.T. vollständig von den ÄrztInnen ausgeübt, in manchen Kliniken gibt es aber extra Angestellte dafür.

Sie führt insbesondere dazu, daß Fokus der ärztlichen Tätigkeit auf die Anpassung an ökonomische Zwänge gerichtet wird.

Eine besondere Bedeutung haben hierbei die min-max-Vorgaben, die z.B. für Liegezeiten minimale und maximale Vorgaben machen. Werden dies unter- bzw. überschritten, entstehen der Klinik wirtschaftliche Nachteile, da eine kostendeckende Finanzierung durch die Krankenkassen dann nicht mehr stattfindet.

Bei der Abrechnung ist eine und nur eine Hauptdiagnose anzugeben. Weitere Krankheitsbilder können durch ergänzende Nebendiagnosen hinzugefügt werden. Bei Mehrfacherkrankungen kann dann nach Belieben eine als Hauptdiagnose ausgewählt werden: dies ist die, die am meisten Einnahmen bringt (solches Vorgehen ist ausdrücklich akzeptiert). Der Fall kann zudem durch spezielle Behandlungen "aufgewertet" werden, die extra Einnahmen bringen.

Verrechnet wird nach Punkten, diese werden dann individuell für das jeweilige Krankenhaus in Geldbeträge umgerechnet. Der Umrechnungsschlüssel wird jeweils individuell ausgehandelt.

Basisversorgung wird schlechter finanziert als bisher, Spezialversorgung besser.

Bei ca. 1/5 der Abrechnungen gibt es Rückfragen der Kassen, nach der Legitimation der abgerechneten Behandlung.

Hieraus ergeben sich ethische Fragen für das ärztliche Handeln: Beispielsweise können ÄrztInnen sich verleitet sehen, die Liegezeiten aus ökonomischen Gründen zu verlängern oder zu verkürzen, wo dies medizinisch nicht sinnvoll ist. ÄrztInnen können sich verleitet sehen, eine dringend nötige Verlegung in eine Spezialklinik hinauszuzögern, um eine kostendeckende Liegezeit im eigenen Haus zu erreichen. ÄrztInnen können sich verleitet sehen, eine künstliche Beatmung zu verlängern, wo diese medizinisch nicht mehr notwendig ist.

Das ökonomische Denken unter ÄrztInnen nimmt zu. Es besteht ein Druck, immer mehr PatientInnen zu versorgen, und kürzere Liegezeiten zu erreichen. Sich dabei als Arzt/Ärztin nicht der ökonomischen Logik zu unterwerfen, sondern das medizinisch beste zu tun, und den PatientInnen bestmöglichst gerecht zu werden, wird zu einer ethischen Entscheidung des einzelnen, die gegen den ökonomischen Druck durchgehalten werden muß.

Manche Krankheiten wie Multiple Sklerose können nach dem DRG-System nicht kostendeckend behandelt werden. Die dabei entstehenden Verluste müssen querfinanziert werden durch Mehreinnahmen bei anderen PatientInnen.

Durch die wirtschaftliche Optimierung der Versorgung erzielen die Kliniken Kosteneinsparungen. Indem die Umrechnungsschlüssel von DRG-Punkten in Geld immer wieder neu verhandelt werden, werden diese Kostensenkungen aber auch wieder kompensiert, so daß dann entsprechend weniger ausgezahlt wird. Es entsteht auf lange Sicht also auch kein echter wirtschaftlicher Vorteil für die Klinik, sondern ein Nullsummenspiel.