

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2018 | Solibeitrag: 5 Euro

Entlastung jetzt
Südbaden für mehr
Personal im Krankenhaus



STATT
**KRANKENHAUSER
FABRIK**
HAUS

Macht – Geld – Medizin
Aktuelles zu Ökonomisierung und Privatisierung

- 4 *Kai-Uwe Helmers*: Ökonomisierung. Zur Begrifflichkeit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens
- 8 *Rainer Bobsin*: MVZ – Spielwiesen der Kapitalverwertung. Das zunehmende Interesse von Private Equity und MVZ-Konzernen am ambulanten Sektor
- 12 *Achim Teusch*: Wer stoppt die Dealmaschine? Über die aktuellen Tendenzen bei Fresenius Helios
- 15 *Rudi Schwab*: Ausbeutung für den Geldbeutel der Aktionäre? Personalzahlen im Krankenhaus nach Trägerschaft
- 18 *Denis Basdorf*: Ökonomisierung in der Pflege
- 20 *Stefan Schoppengerd*: Was kommt nach den Fallpauschalen? Zur Bewegung in der Pflege
- 21 *Karl Stülpner*: Kämpfe werden härter. Interview über privatisierte Psychiatrie
- 23 *Regionalgruppe des vdää Hamburg*: Privilegierung von Privatversicherten
- 27 *Nadja Rakowitz*: Der Markt wird es nicht richten. Bericht über die Jahreshauptversammlung des vdää in Köln
- 28 *Berliner Ortsgruppe des vdää*: Ärztliche Weiterbildung in Polen. Wie es nach dem Hungerstreik letztes Jahr weiter ging
- 30 *Didier Ménard*: Gesundheitswesen mit ungewisser Zukunft. Die aktuellen Probleme des Gesundheitswesens in Frankreich

Liebe vdää-Mitglieder,

Kommunikation ist einfacher per Email als per Post.

Wir haben aber noch immer nicht die Emailadressen von allen Mitgliedern. Wenn Ihr uns Eure Mailadresse noch nicht gegeben habt oder wenn Ihr eine neue Mailadresse habt, gebt Sie uns bitte.

Gleiches gilt für die Postadresse und die Bankverbindung, falls Ihr uns eine Einzugsermächtigung gegeben habt. Es erspart uns Bürokratie, wenn wir das rechtzeitig von Euch bekommen.

Bei der Gelegenheit möchten wir auch daran erinnern, Euren Vereinsbeitrag an Eure evtl. neue berufliche Situation anzupassen.

Herzliche Grüße aus der Geschäftsstelle

15 Jahre DRG – Ausverkauf der Medizin? Diskussionsveranstaltung des AK Ökonomisierung im Gesundheitswesen an der Charité

15.01.2019, 18:00 Uhr, Charité Campus Mitte,
Hörsaal der Inneren Medizin

Referent*innen:

- Dr. med. Günther Jonitz (Präsident der Ärztekammer Berlin):
Über die Grundfehler der Gesundheitspolitik und Value-based Health Care als Ausweg
- Dr. phil. Nadja Rakowitz (vdää, Bündnis Krankenhaus statt Fabrik): *Widersprüche und Konsequenzen der Ökonomisierung der Krankenhäuser*

Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Kai-Uwe Helmers, Thomas Kunkel, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik
4/2018 ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Silvia Habekost und verschiedene Bündnisse für mehr Personal im Krankenhaus

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung:
Postbank Frankfurt
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX
Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Druckerei Grube

Editorial

»Die DRG waren ein zu scharfes Schwert für die Pflege«. Das sagte Lothar Riebsamen, der für die CDU im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags sitzt, in der Podiumsdiskussion der großen Konferenz des Bündnisses »Krankenhaus statt Fabrik« im Oktober in Stuttgart, zu der wir Politiker*innen von Bündnis 90/Die Grünen, CDU, Linken und SPD eingeladen hatten. Je länger die Diskussion dauerte, umso mehr Bereiche fielen ihm ein, für die das gilt: Kleine Krankenhäuser auf dem Land sollten besser aus dem Wettbewerb herausgenommen werden, Maximalversorger vielleicht auch, da sie zu hohe Vorhaltekosten haben, die mit einer DRG-Finanzierung nicht zu stemmen sind etc. Langsam, langsam scheint unsere Kritik an den DRG also bis in diese politische Region vorzudringen.

Allerdings – das wurde bei der Konferenz auch deutlich – sollten wir uns keine Illusionen machen über die Größe des Schritts, den wir nach vorne gekommen sind im Kampf gegen die Ökonomisierung, schon gar nicht gegen die Privatisierung der Krankenhäuser und anderer Strukturen im Gesundheitswesen. In den Gesetzen der jetzigen Regierung sind – zum ersten Mal seit Jahren – richtige Ansätze zu erkennen wie die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRG, die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen durch Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen, eine gewissen Bereitschaft politisch steuernd ins ambulante Geschehen einzugreifen. Allein – gute Gesundheitspolitik sieht anders aus.

Wir beschäftigen uns in dieser Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* im Schwerpunkt mit der Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens und beginnen es mit dem Versuch einer begrifflichen Klärung durch Kai-Uwe Helmers. Das scheint uns nötig, weil uns immer noch und wieder das Argument begegnet, dass gegen Ökonomisierung doch nichts einzuwenden sei, weil das doch nur heiße, dass man sparsam mit den Ressourcen umgehen solle. Das heißt es eben nicht unter den Bedingungen einer kapitalistischen Ökonomie – und eine andere haben wir aktuell nicht. Dass die kapitalistische Ökonomisierung gerade im ambulanten Sektor Fahrt aufnimmt, zeigt Rainer Bobsin in seinem Artikel zum wachsenden Interesse von Konzernen und Private Equity Fonds an MVZ.

Achim Teusch und Rudi Schwab schauen sich die Strukturen und Entwicklungen bei den privaten Krankenhausträgern genauer an und Denis Basdorf lässt uns an seinen Erfahrungen als Pfleger in einem solchen System teilhaben. Karl Stülper, der seinem historischen Namensvetter alle Ehre macht, berichtet in einem Interview, wie sich auch die psychiatrischen Krankenhäuser im Zuge der Ökonomisierung und in dem Falle der Klinik in Osnabrück auch der Privatisierung verändern. Die Arbeitsbedingungen werden schlimmer, die Arbeitskämpfe härter. Für Optimismus besteht bis hierhin wahrlich kein Anlass.

Den gibt uns erst Stefan Schoppengerd mit einem Überblick über Streikaktivitäten in Krankenhäusern in diesem Jahr. Die Ergebnisse können sich – zumindest auf dem Papier – auch sehen lassen. In mehreren Häusern konnten zum Teil nach mehrwöchigen Streiks zukunftsweisende Tarifverträge zur Entlastung des Personals abgeschlossen werden. Die konkrete Umsetzung werden wir im nächsten Jahr zu verfolgen haben.

Besonders gefreut haben wir uns als Redaktion über die Zuarbeit durch die beiden Regionalgruppen des vdää in Hamburg und Berlin. Die Hamburger*innen haben einen Diskussionsbeitrag über die Privilegierung der Privatversicherten und zur Forderung nach einer solidarischen Bürger*innenversicherung vorgelegt und die Berliner*innen haben einen Bericht über ihren Besuch bei Kolleg*innen in Polen geschrieben, die letztes Jahr in einen symbolischen Hungerstreik getreten sind, um auf die schlechten Arbeitsbedingungen hinzuweisen. Ein weiterer Blick über den Tellerrand geht nach Frankreich: Didier Ménard erläutert die aktuellen Probleme des Gesundheitswesens und stellt die 1973 gegründete »Gewerkschaft der Allgemeinmediziner*innen« und ihre Reformvorschläge vor.

Zu guter Letzt möchten wir noch auf den Dokumentar-Film »Der marktgerechte Patient« hinweisen. Mit vielen O-Tönen von Patient*innen und Beschäftigten, darunter auch einige vdää-Mitglieder, stellt der Film die DRG-Logik und ihre Auswirkungen auf die Versorgung und die Arbeitsbedingungen dar und geht auf Proteste und Widerstandsaktionen wie Streiks, Volksbegehren etc. ein. Ausgezeichnet, um auch einem Laien-Publikum die aktuelle Situation nahe zu bringen. Wir schlagen Euch vor, diesen Film in Euren Städten zu zeigen und anschließend mit den Menschen in Diskussion zu kommen. Informationen, wie das geht, findet Ihr auf der Internetseite des Films oder bei der Geschäftsstelle des vdää, die Euch gerne berät.

Nun bleibt uns noch, Euch allen ein friedliches Jahresende und ein umso kämpferischeres neues Jahr zu wünschen.

Nadja Rakowitz

Unterstützen Sie die Volksentscheide für mehr Personal

Nach dem Vorbild von Berlin, Hamburg, Bayern hat jetzt auch Bremen ein Volksbegehren für mehr Personal im Krankenhaus gestartet. In allen Initiativen sind vdää-Mitglieder aktiv mit dabei. Mit den Volksbegehren haben wir die Chance, mithilfe von plebiszitären Elementen der Länderverfassungen realpolitische Veränderungen zu erzwingen, nämlich bei Krankenhaus-Bedarfsplanung, Höhe der Länderinvestitionen in Krankenhäuser, vor allem aber in der Frage einer bedarfsgerechten Personalbemessung für die Krankenhäuser.

Die Volksbegehren sind teuer. Daher rufen wir Euch auf, die Volksbegehren nicht nur aktiv politisch zu unterstützen und Unterschriften zu sammeln, sondern mit Eurer Spende bei der Finanzierung mitzuhelfen. Bitte überweist Eure Spende auf das Konto des vdää mit Angabe des Spendenzwecks »Volksbegehren ... (plus entweder Berlin oder Hamburg oder Bayern oder Bremen)«.

Kontoverbindung vdää

IBAN: DE97 5001 0060 0013 7476 03 BIC: PBNKDEFFXXX

Ökonomisierung

Kai-Uwe Helmers zur Begrifflichkeit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens

»Die Vulgärökonomie tut in der Tat nichts, als die Vorstellungen der in den bürgerlichen Produktionsverhältnissen befangenen Agenten dieser Produktion doktrinär zu verdolmetschen, zu systematisieren und zu apologetisieren [...] und alle Wissenschaft wäre überflüssig, wenn die Erscheinungsform und das Wesen der Dinge unmittelbar zusammenfielen.«
(Karl Marx: »Das Kapital«, Band 3, MEW 25, S. 825)

In einer kapitalistischen Logik zwingt die Ökonomie alle Verhältnisse zum Verharren in dieser Logik und damit zugleich ihrer wirtschaftlichen Dynamik, welche emanzipative Entwicklungen behindert, erschwert und grundsätzlich Veränderungen verhindert.

Ökonomie meint in seiner ursprünglichen Bedeutung das Haushalten mit den Gegebenheiten, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das Notwendige und darüber hinaus das Mögliche zu organisieren.

Ich betrachte hier im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen die Ökonomisierung als die (reelle) Subsumtion gesellschaftlichen Lebens und Austausches unter eine kapitalistische Logik. Der Begriff der Ökonomisierung, wie ich ihn entwickle oder verstehe, hat Überschneidungen und Parallelen zu dem Begriff der Landnahme, wie Klaus Dörre ihn entwickelt (Klaus Dörre 2012). Die Erschließung geographischer oder gesellschaftlicher Bereiche (innere Landnahme), verstanden aus der Grundvoraussetzung heraus, dass diese expansive Entwicklung notwendig für den Fortbestand des Kapitalismus ist und zugleich aus ihm folgt. Ökonomisierung verstanden als Prozess, eine notwendige gesellschaftliche Arbeit, hier den medizinischen Versorgungsbedarf zu decken, mittels wirtschaftlicher Logik kapitalistisch zweckmäßig zu organisieren.

■ Ökonomismus oder der Mythos vom neoliberalen Sachzwang

»Die Kritik der Religion endet mit der Lehre, daß der Mensch das höchste Wesen für den Menschen sei, also mit dem kategorischen Imperativ, alle Verhältnisse umzuwerfen, in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist, Verhältnisse, die man nicht besser schildern kann als durch den Ausruf eines Franzosen bei einer projektierten Hundesteuer: Arme Hunde! Man will euch wie Menschen behandeln!«
(Karl Marx: »Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. Einleitung«, MEW 1, S. 385)

Der Begriff Ökonomisierung wird unterschiedlich gebraucht. Ökonomisierung soll hier nicht als Effizienzsteigerung oder

verbesserte Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens bzgl. der medizinischen Versorgung verstanden werden. Es meint hier nicht, mit dem geringst notwendigen Aufwand die beste Versorgung herzustellen im Sinne einer »material rationalen« Herangehensweise nach Max Weber. Etwas verkürzend gesagt entspräche ein solches Konzept einer Ziel- bzw. Wertorientierung der eingesetzten Mittel. Dieses entspricht in etwa der Grundlage für die Formulierung im deutschen Sozialgesetzbuch einer ausreichenden und das Notwendige erfüllenden medizinischen Versorgung bei geringst möglichem wirtschaftlichem Aufwand. Weber kritisiert nicht die zugrundeliegende Struktur der hier gemeinten Ökonomisierung.

Dass der Ökonomisierungsprozess im Kern mit dieser partial rationalen Sicht bricht, wurde schon früh deutlich durch einen Blick in die USA: Das marktwirtschaftlichste Gesundheitssystem gilt als das unwirtschaftlichste in diesem Sinne. Es gibt verschiedene Sichtweisen darüber, was Ökonomisierung in diesem Zusammenhang beschreibt und ausmacht. So versteht Hans-Ulrich Deppe Ökonomisierung u.a. auch analog zu Begriffen wie Medikalisierung oder Biologisierung (Deppe 2000). Dies formuliert Deppe als Antwort auf den vorhergehenden und alles dominierenden neoliberalen Diskurs, demzufolge der Markt und der Wettbewerb alles zum Optimum führe. In diesem Diskurs wurde ein scheinbarer Sachzwang und eine Notwendigkeit entwickelt, die Medizin (und mit ihr viele andere Bereiche) marktwirtschaftlich zu organisieren, um so eine vermeintlich bessere und geradezu optimale Anpassung an die notwendigen Veränderungen zu erreichen. Die wichtigsten und einflussreichsten Argumentationsfiguren hierfür waren die der fehlenden Kosteneffizienz des bestehenden Gesundheitssystems, die des demographischen Wandels, die der scheinbar notwendigen Rationierung von Medizin vor dem Hintergrund angeblicher Ressourcenknappheit, die der vermeintlich steigenden Kosten im Zusammenhang mit der technischen und pharmakologischen Entwicklung. Das Gespenst der angeblichen Kostenexplosion durfte auch bei Tageslicht sein Unwesen treiben. All diese Argumentationsfiguren sind eingehend widerlegt.

In dem Diskurs zur Ökonomisierung wurde von neoliberaler Seite, und damit aus vorherrschender Sicht, die Begrifflichkeit ihrer Markttheorie bruchlos auf die Medizin angewandt. Eine abstruse und in der Sache falsche Anwendung: So ist ein/e Patient*in nicht in der Lage, wie ein/e Kund*in über die Qualität der Ware zu urteilen und sich nach einem Abwägungsprozess dafür oder dagegen zu entscheiden. Ein/e Patient*in ist kein/e Kund*in, sondern ein hilfeschender Mensch und es geht nicht nur um eine Ware, die benötigt wird zur Behandlung, sondern notwendig um eine zwischenmenschliche Beziehung. Die idealtypischen Vorstellungen von Wettbewerb mit Kundensouveränität und freier Wahl

durch die Kund*innen existiert in der Medizin nicht Wettbewerb führt nicht zur Verbesserung der medizinischen Versorgung, denn im Wettbewerb geht es um Gewinne und nicht um die beste Versorgung.

Diese idealtypischen Vorstellungen des Neoliberalismus beschreiben die Problemlage und das reale wirtschaftliche Geschehen im Gesundheitswesen nicht. Deutlich wird dies am Privatisierungsprozess der Krankenhäuser. Es sind wenige große Konzerne, die sich den »Markt« der Krankenhausversorgung teilen. Es ist zu erwarten, dass sich der Konzentrationsprozess weiter fortsetzen wird und die großen Konzerne wie z.B. Fresenius Helios, Asklepios und Sana um einiges wachsen und evtl. weiter fusionieren werden. In einer Studie aus dem Jahr 2011 der Schweizer Eidgenössischen Technischen Hochschule wurden 43.000 multinationale Konzerne ermittelt. Nach tiefer gehender Analyse waren es davon jedoch nur 1.318 Unternehmen, die den Großteil der Wirtschaft kontrollieren. Innerhalb dieser wiederum konnten 147 Konzerne identifiziert werden, deren Vernetzung noch stärker ist und etwa 40% der Weltwirtschaft kontrollieren. (nach Kühn 2012, siehe Hilferding 1910).

In diesem Zusammenhang kann davon gesprochen werden, dass die Kategorien von Problem und Lösung nicht passen. Ökonomisierung kann in diesem erkenntnistheoretischen Sinne als Ökonomismus bezeichnet werden. Damit dieser Ökonomismus als quasi falsche Antwort gegeben werden konnte, wurde in dem neoliberalen Diskurs zuvor eine Problematisierung des Gesundheitswesens vorgenommen, die mit falschen Argumenten eine angstbesetzte Sorge erzeugte und der eine neoliberale Lösung als Fluchtpunkt diente. Oder anders ausgedrückt: Von der präformierten Antwort her wird eine passende Problemlage des Gesundheitswesens konstruiert und entwickelt.

Wenn ideologiekritische, diskurstheoretische und erkenntnistheoretische Aspekte benannt werden, halte ich es für angemessener, nicht von Ökonomisierung zu sprechen, sondern von Ökonomismus. Mit Hilfe der neoliberalen Ideologie wird die für den Kapitalismus notwendige, expansive und zerstörerische



sche Ausweitung begründet und neue Räume werden ausgelotet. Der Begriff des Ökonomismus wird in der Geschichte des Marxismus-Leninismus als polemische Charakterisierung für eine, aus der Sicht des Leninismus, »opportunistische« Strömung gebraucht, die den politischen Kampf auf bloß ökonomische Reformen und bürgerlich-demokratische Inhalte beschränken wollte und die Notwendigkeit einer revolutionären Partei der Arbeiterklasse leugne. Gramsci verstand darunter eher die deterministische Auslegung der ökonomischen Kritik und wollte die notwendige Kritik nicht alleine auf der ökonomischen Ebene verorten (vgl. Haug 1980/1985«).

■ Ökonomisierung als prozesshaftes Geschehen

*»Ist die Konstruktion der Zukunft und das Fertigwerden für alle Zeiten nicht unsere Sache, so ist desto gewisser, was wir gegenwärtig zu vollbringen haben, ich meine die rücksichtslose Kritik alles Bestehenden, rücksichtslos sowohl in dem Sinne, daß die Kritik sich nicht vor ihren Resultaten fürchtet und ebensowenig vor dem Konflikte mit den vorhandenen Mächten.«
(Brief von Karl Marx an Arnold Ruge, 1843, MEW 1, S. 344)*

Unter Ökonomisierung des Gesundheitswesens verstehe ich einen Prozess, in dem das Gesundheitswesen von Marktförmigkeit durchdrungen

wurde und wird. Das Prinzip der Kapitalverwertung, Werte zu verwerten, hielt in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Einzug. Es kann ins Gesundheitswesen (Kapital) investiert werden mit der legitimen Erwartung, hier Gewinne zu erwirtschaften. Dazu schreibt Nadja Rakowitz: »Gewinne zu machen (in den Krankenhäusern, Anm. des Autors) war bis Mitte der 1980er Jahre schlichtweg gesetzlich verboten. Ein großer Teil der Gelder im Gesundheitswesen zirkulierte also zwischen öffentlichen, nicht-profitorientierten Institutionen: zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, die die Leistungen bezahlten, und den Krankenhäusern. Dieses Geld – immerhin geht es da seit Jahren um Hunderte Milliarden Euro – wurde mit der einen Hand eingenommen und mit der anderen direkt für die Bezahlung von Leistungen wieder ausgegeben [...] Inzwischen ist ein großer Teil davon Kapital geworden und dient der Profitgewinnung.« (Rakowitz 2017)

Die Ökonomisierung ist kein Prozess der auf dem ideologischen Übergewicht der neoliberalen Argumente, Texte, Diskurse und/oder der öffentlichen Meinungsvorherrschaft gründet. Die Werte, sprich das angehäuften Kapital im Kapitalismus, müssen verwertet, also vermehrt werden, andernfalls werden Investitionen abgezogen oder nicht mehr getätigt. Es droht die Insolvenz des Unternehmens, denn die Konkurrenz setzt sich auf Grund höherer Gewinne langfristig durch. Das Gesundheitswesen wird zum Geschäftsfeld.

Anders ausgedrückt, kann die Ökonomisierung nicht als Resultat des Ökonomismus im Sinne einer falschen Ideologie, falscher Erkenntnisse oder Überbetonung ökonomischer Faktoren verstanden werden, sondern als zunehmende Anwendung kapitalistischer Methodik zur Erwirtschaftung von Gewinnen. Es ist die Dynamik von Kapital, Wert, Ware und Arbeit.

Hier spiegelt sich die zunehmende marktförmige Durchdringung der Gesellschaft wider. Das Kapitalverhältnis setzt seine Wirkmächtigkeit durch. Die Ausweitung des Gesundheitswesens u.a. durch Entwicklung weiterer Behandlungsmethoden, neuer Anwendungsbereiche und Versorgung von immer mehr Menschen und tendenziell aller Menschen ist Teil dieser Dynamik und macht dieses Feld besonders attraktiv.

Parallel zum Kern des Gesundheitswesens sind der pharmakologisch-industrielle und der medizintechnische industrielle Komplex mit der Herstellung von technischen Untersuchungsmitteln und medizinischen Verbrauchsprodukten gewachsen. Diese Industrien waren weit vor dem Kern des Gesundheitswesens – mit dem Aufgabenbereich der unmittelbaren Versorgung von Kranken – kapitalistisch durchorganisiert und vollumfänglicher Teil der Kapitalverwertung. Hier soll zumindest erwähnt werden, dass auch Bereiche wie Apotheken, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sanitätsgeschäfte, orthopädische Schuhversorgung, Zahntechnik, Vertrieb und Herstellung medizinischer Hilfsmittel etc. einen forcierten Ökonomisierungsprozess durchlaufen haben und weiter durchlaufen.

Der Prozess der letzten Jahrzehnte, in dem das Gesundheitswesen mehr und mehr Marktförmigkeit erlangt hat, ist nach Hagen Kühn analog zu den ursprünglichen Industrialisierungsprozessen zu verstehen:

- »Rückgang der kleinen, vorkapitalistischen Arten der Produktion (Einzelpraxis, einzelnes Krankenhaus etc.);
- fabrikmäßig zusammengefaßte, auf dem planmäßigen Einsatz von technischen und organisatorischen Mitteln beruhende Produktion (Krankenhausketten, Ambulatorien, Medical Groups, Integrated Networks etc.); ...
- Möglichkeiten der Kalkulier- und Standardisier-, Kontroll- und Steuerbarkeit der Arbeitsprozesse auf dieser technologischen Basis; damit nun auch die Möglichkeit, die unmittelbare medizinische Versorgung (über Zulieferer und Versicherer hinaus) zum unmittelbaren Anlagebereich für Kapital werden zu lassen;
- Marktkonkurrenz und Kapitalverwertung;
- die Trennung der Produzenten (Ärzte) von den Produktionsmitteln und die daraus resultierende Verwandlung von selbständigen Ärzten in erstens abhängig Beschäftigte oder scheinselfständige Kontraktnehmer und zweitens in Unternehmer und Manager.« (Hagen Kühn, 11/1998)

Paul H. Ellwood, ein US-amerikanischer Gesundheitsexperte, »prognostizierte bereits 1971, HMOs (Organisationen in den USA, die Krankenversicherung und medizinische Versorgung aus einer Hand anbieten; Anm. K.-U. H.), könnten Veränderungen im Gesundheitswesen stimulieren, die einige der klassischen Merkmale der industriellen Revolution aufweisen – Konversion zu größeren Produktionseinheiten, technologische Innovationen, Arbeitsteilung, Substitution von Arbeit durch

Kapital, dynamische Konkurrenz und Rentabilität als eine unverzichtbare Bedingung des Überlebens' (Elwood et al 1971).« (zitiert nach Kühn, 11/1998)

Passend dazu bemängelt das »Bündnis Krankenhaus statt Fabrik« 2017 in einem fortgeschrittenen Stadium der Ökonomisierung: »Medizin und Pflege werden radikal umgewälzt, wie in einer Fabrik: Patienten werden wie Werkstücke behandelt; technisierte, häufig ärztliche Verrichtungen werden aufgewertet; Beziehungsarbeit wird abgewertet; die Zeit ist immer zu knapp; Patienten klagen über eine zunehmende Desorganisation ihrer Behandlung; Über-, Unter-, Fehlversorgung finden sich nebeneinander; die Gesundheitsberufe werden deprofessionalisiert.«

■ Die Ärzt*innen und das Geld – Ökonomie und ambulante Medizin

»Der menschliche Leib ist von Natur sterblich. Krankheiten können daher nicht ausbleiben. Warum wird der Mensch erst dem Arzte unterworfen, wenn er erkrankt, und nicht, wenn er gesund ist? Weil nicht nur die Krankheit, weil schon der Arzt ein Übel ist.«

(Karl Marx: »Die Verhandlungen des 6. rheinischen Landtags«, MEW 1, S. 59)

Die ambulant tätigen Ärzt*innen verfolgten stets ihr finanzielles Interesse mit großem Geschick. Das wurde und wird ärztlicherseits zu gerne kaschiert. Erich Wulff, Psychiater und als Professor für Sozialpsychiatrie bis 2003 tätig, schreibt dazu: »Die Mystifizierung der Arzt-Patient-Beziehung scheint mir also kein Zufall zu sein, sondern eine Notwendigkeit, die sich aus der Situation ergibt, ökonomischen Motiven folgen zu müssen und diese doch zu verleugnen.« Und im Weiteren heißt es: »So erscheint es mir beinahe ein Euphemismus, zu sagen, daß das Vergütungssystem die Arzt-Patient-Beziehung >beeinflußt<. Finanzielle Motive beeinflussen die Prioritäten und wirken sich so auf Entscheidungen aus, die nach der ärztlichen Berufsethik lediglich vom Wohle des Patienten abhängig gemacht werden dürften. Sie bringen den Arzt auch dazu, dem Eide des Hippokrates entgegen zu handeln, der von ihm verlangt, reiche und arme Kranke genau gleich zu behandeln. Derartige Anklagen sind allerdings schon häufig geäußert worden. Als bloße Feststellungen sind sie nahezu wertlos. Es muß darum gehen zu zeigen, auf welche konkrete Art und Weise ein ganz bestimmtes Vergütungssystem, dasjenige der Krankenkassen in der BRD, die Motive des ärztlichen Handelns beeinflusst, wie dadurch Prioritäten verschoben werden, wie dadurch die Gefahr entsteht, daß sowohl die rationale als auch die affektive Seite des Arzt-Patient-Verhältnisses zu einem Handelswert wird. Erfahrungsgemäß ist die individuelle Moral für eine ganze Berufsgruppe nur ein sehr schwacher Halt gegen die sich bietenden >Versuchungen« (Wulff 1971).

Das Vergütungssystem der in der Niederlassung tätigen Ärzt*innen in der Bundesrepublik war lange gekennzeichnet durch Einzelleistungsvergütung. So gab es keine Pauschalen, sondern jede einzelne Tätigkeit wurde entlohnt. Das führte zu einer massiven Ausweitung der Leistungen. Zum ande-



ren wurde in Verhandlungen die Vergütung für die einzelnen Leistungen in Analogie zu den Tarifverhandlungen gesteigert. So kam es zu einer »doppelten Dynamisierung« der ärztlichen Honorare und zu einem überproportional wachsenden Einkommen der ambulant tätigen Ärzteschaft bis in die 1980er Jahre. In dieser Zeit kam es zu einer Fixierung vieler schmerzgeplagter Menschen auf Spritzen. Die Ärzt*in verdiente schnell und einfach viel Geld und der leidende Mensch hoffte auf schnelle Heilung.

Diese Praxis wurde bereits in den 1970er Jahren und immer wieder aus den Reihen des vdää als Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung der Medizin kritisiert und führte in den 1990er Jahren zur Einführung von Budgets und einer komplizierten Mischung aus pauschaler Vergütung und Einzelleistungsvergütung. In einer modifizierten Form gilt dieses Vergütungssystem bis heute weiter. Es erklärt, warum z.B. die sprechende Medizin schlecht und intervenierende Medizin so gut bezahlt wird. Im Bereich der ambulanten Medizin ist der ökonomische Modus stets zentral, wird aber mit größter Selbstverständlichkeit kaschiert und geleugnet. Gravierende Einkommensunterschiede unter den einzelnen ärztlichen Berufsgruppen und zu anderen Berufsgruppen werden nicht thematisiert.

Nadja Rakowitz schreibt in diesem Zusammenhang: Die »Ökonomisierung der Medizin ist mindestens seit 1945 integratives Moment des Korporatismus im Gesundheitswesen. Allerdings war diese Ökonomisierung im Gegensatz zur jetzt diskutierten eben nicht marktförmig. Die Strukturen in der ambulanten medizinischen Versorgung waren und sind gemäß den betriebswirtschaftlichen Kalkülen der Pharma- und Geräteindustrie und vor allem der niedergelassenen Kassenärzte organisiert. [...] Vor diesem Hintergrund wirkt die Diskussion über die aktuelle oder erst drohende Ökonomisierung des Gesundheitswesens etwas schräg, denn sie suggeriert, dass das Gesundheitswesen irgendwann nicht ökonomisiert gewesen sei. [...] Wenn heute die offiziellen Ärztevertreter ebenfalls die Ökonomisierung oder gar den Neoliberalismus beklagen, heißt das nicht, dass diese Kritik die gleiche Stoßrichtung oder die gleiche Perspektive (schon gar nicht die gleiche Motivation) hat, wie eine linke Kritik«.

(Nadja Rakowitz 2006)

Hagen Kühn schreibt dazu 2018: »Die ›Gesundheitsrefor-

men‹ der vergangenen Jahrzehnte sind keine Gesundheitspolitik im Sinne gezielter Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheit und der effektiven und humanen Versorgung und Betreuung von Kranken. [...] Selbst das ›Kostenproblem‹ ist mehrfach reduziert: es interessieren nicht die immateriellen Kosten wie Leid, Schmerz, Ängste, Unsicherheit, Zeitverluste etc. im Gesundheitswesen, sondern lediglich monetäre Kosten. [...] Es ist nicht unwichtig zu erkennen, dass wir es nicht mit ›Fehlern‹ oder politischem ›Versagen‹ zu tun haben. Vielmehr folgt diese Tendenz der realen systemischen Logik der Kapitalverwertung. Für diese sind jeglicher Aufwand zur Reproduktion der lohnabhängigen Bevölkerung ›Kosten‹ (Jargon: ›Lohnnebenkosten‹). Kosten sind komplementär zu den Gewinnen. Und so wie kapitalwirtschaftliche Gewinne niemals zu hoch sein können, können Kosten niemals zu niedrig sein. Gesellschaftlich und politisch ist – machtsbedingt – die kapitalwirtschaftliche Sichtweise gleichbedeutend mit dem, was als ›wirtschaftliche Vernunft‹ angesehen wird. [...] Es fällt dann nicht auf, dass wir in einer Wirtschaftsgesellschaft leben, die den gesamten Teil des gesellschaftlichen Reichtums, der das Leben der lohnabhängigen Bevölkerung reproduziert, als Kosten behandelt und nicht etwa als Ziel des Wirtschaftens schlechthin« (Hagen Kühn 2018).

Kai-Uwe Helmers ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Hamburg und Mitglied der vdää Regionalgruppe Hamburg

Quellen

- Ulrich Bauer (2007): Jahrbuch Kritische Medizin 44 (im Archiv <http://www.jkmg.de> zugänglich)
- Hans Ulrich Deppe (1987): »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar«
- Hans Ulrich Deppe (1998): »Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland«, in: »Strategien der Gesundheitsökonomie«, Hrsg. Heidrun Kaupen-Haas, Christiane Rothmaler
- Hans Ulrich Deppe (2000): »Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems«
- Klaus Dörre (2012): »Landnahme«, Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus
- Wolfgang Fritz Haug (1980/1985): »Was ist Ökonomismus«, in: http://www.wolfgangfritzhaug.inkrit.de/documents/Was_ist_Oekonomismus.pdf
- Rudolf Hilferding (1910): »Das Finanzkapital«
- Hagen Kühn: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (JKM) Nr. 27, 29, 34, 42, 44, 49 (Alle Beiträge bis auf den aus JKM 49 sind offen zugänglich im Archiv des JKM, unter <http://www.jkmg.de>)
- Hagen Kühn (2004): »Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung«, in: »Markt versus Solidarität«, Hrsg.: Gine Elsner, Thomas Gerlinger, Klaus Stegmüller
- Hagen Kühn, (2012): »Auf dem Weg in die Postdemokratie«, Arbeitsgruppe alternative Wirtschaftspolitik, in: <http://www.alternative-wirtschaftspolitik.de>
- Hagen Kühn (2018): »Überlegungen zu einer Politischen Ökonomie der Gesundheitspolitik«, unveröffentlichter Text
- Nadja Rakowitz (2010): »Zur Subsumtion des Gesundheitswesens unter das Kapital «
- Nadja Rakowitz (2006): »Kritik der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens«
- Nadja Rakowitz (2017): »Gesundheit ist eine Ware, Mythen und Probleme des kommerzialisierten Gesundheitswesens«, (3. Auflage), unter <https://www.rosalux.de/publikation/id/6940/gesundheit-ist-eine-ware/>
- Erich Wulff (1971): »Der Arzt und das Geld«, in Das Argument 69, 13. Jahrgang

MVZ – Spielwiesen der Kapitalverwertung

Rainer Bobsin über das zunehmende Interesse von Private Equity und MVZ-Konzernen am ambulanten Sektor

Auf ihrer Suche nach renditeträchtigen Investitionsmöglichkeiten haben Private-Equity-Fonds die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland entdeckt. Rainer Bobsin hat für uns einige seiner Erkenntnisse über die Ursachen und Folgen aus seinem dieses Jahr erschienenen Buch zusammengefasst.

Die Veröffentlichung »Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland«¹ im Februar 2018 und das Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz haben ein klein wenig dazu beigetragen, die öffentliche Aufmerksamkeit² auf ein Thema zu lenken, das bisher nur »Insider*innen« bekannt war: die stark steigende Zahl von Praxis- und MVZ-Übernahmen durch so genannte Private-Equity-Investoren.

Diese Entwicklung läuft aus zahlreichen Gründen eher im Verborgenen ab; die wichtigsten seien hier aufgelistet:

- In der Regel haben weder Verkäufer*in noch Käufer*in ein Interesse an umfassender Transparenz.
- Keine öffentlich zugängliche Statistik nennt die wahren Besitzer*innen Medizinischer Versorgungszentren (MVZ).
- Es gibt keine Verpflichtung, Patient*innen mitzuteilen, dass ihre vormals selbstständige Ärzt*in zur Angestellten einer Private-Equity-Gesellschaft geworden ist.
- Abwicklung der Private-Equity-Übernahmen über »Steuroasen« mit anschließendem Sitz der Konzernmutter beispielsweise auf den britischen

Kanalinseln Jersey oder Guernsey lassen Recherchen ins Leere laufen.

■ Wie Private Equity funktioniert

Private-Equity-Investoren sind eine bestimmte Art von Finanzinvestoren, die vor allem komplette Unternehmen (zwecks Beherrschung) kaufen und verkaufen.³ Sie fungieren als Kapital-sammelstellen, die einzelne »Töpfe« (Fonds) einrichten, in das von Anlegern eingesammelte Geld fließt. Die aufgelegten Fonds sind zeitlich befristet. Nach Ablauf dieser Zeit erhalten die Anleger ihr Kapital und ihren Anteil am erzielten Gewinn zurück. Daraus resultiert eine vergleichsweise kurze Haltdauer (Zeit zwischen Kauf und Verkauf eines Unternehmens). Sie liegt im Durchschnitt aller betrachteten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bei unter vier Jahren.⁴ Die Rendite entsteht im Wesentlichen durch die Differenz aus Kauf- und Verkaufspreis, weniger aus laufenden Erträgen.

Anleger sind vorwiegend Pensionsfonds, Staatsfonds, Versicherungen und Banken (sog. institutionelle Anleger). Die weltweite Niedrigzinspolitik

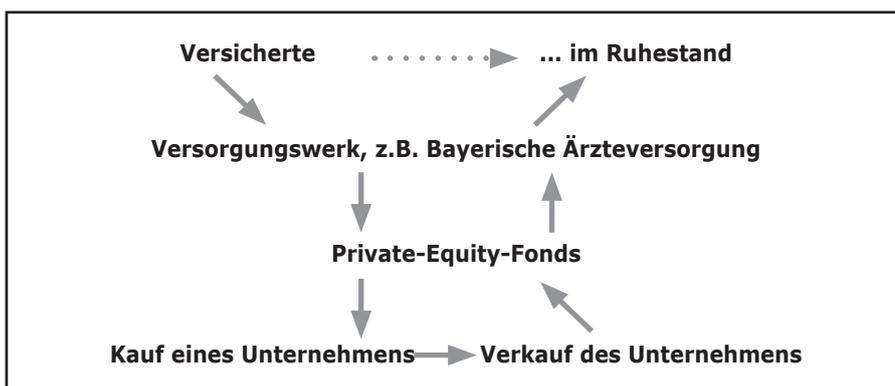
hat dazu geführt, dass diese Anleger ihre Gelder verstärkt Private-Equity-Fonds anvertrauen in der Hoffnung, hiermit überdurchschnittliche Verzinsungen zu erzielen.⁵ In der Folge haben Fondsgesellschaften inzwischen das Problem, mehr Gelder einzusammeln als sie ausgeben können. Dieser »Anlagedruck« rückte immer kleinere Unternehmen, damit auch Arztpraxen, in den Fokus.

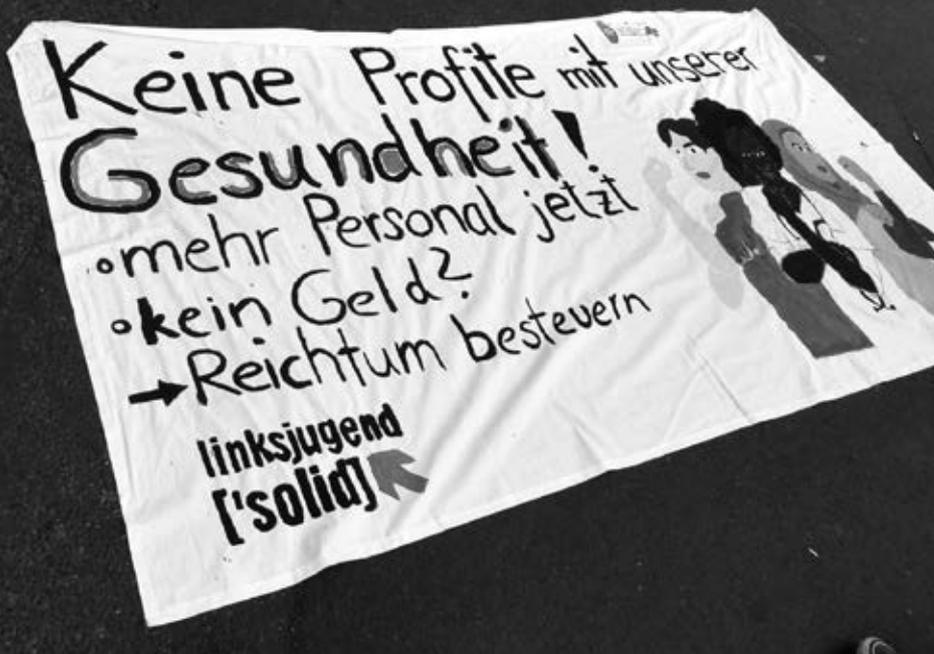
Private-Equity-Investments der Bayerischen Versorgungskammer

Das Beispiel (siehe Grafik) konnte gewählt werden, da die *Bayerische Versorgungskammer*⁶ als Vertreterin der Bayerischen Ärzteversorgung die Zusammenhänge vergleichsweise offen kommuniziert.

■ Die häufigste Anlagestrategie: Buy and build

Der im Gesundheitswesen in Deutschland sehr breit aufgestellte niederländische Investor Waterland Private Equity (Krankenhäuser, Rehakliniken, stationäre und ambulante Pflege, »Eye Clinics«-MVZ und Praxen, VivaNeo »Kinderwunsch«-MVZ)⁷ beschreibt diese Anlagestrategie so: »Nachdem eine erste Investition in ein »Plattform-Unternehmen« erfolgt ist, unterstützt Waterland das Management aktiv bei der Umsetzung der zuvor vereinbarten Wachstums- und Konsolidierungsstrategie. Mithilfe einer aktiven und zielgerichteten »Buy-and-build«-Strategie werden ergänzende Zukäufe nacheinander in das Plattform-Unternehmen integriert, um den Investment-Cluster zu vergrößern und die Marktposition zu stärken.«⁸





■ Was macht Arztpraxen attraktiv für Private-Equity-Investoren?

Für Manager*innen von Private-Equity-Fonds ist der Geschäftszweck eines Unternehmens eher nebensächlich, entscheidend sind die Ideen zur zukünftigen Entwicklung und Vorstellungen über den Verkaufspreis, der im abschließenden Bieterverfahren erzielt werden kann (»Exit«-Orientierung). Für die Übernahme von Praxen und MVZ sprechen folgende Faktoren:

- geringes Risiko: stabile wirtschaftliche Lage in Deutschland, sichere Refinanzierung im Gesundheitssystem
- stark »fragmentierte« Märkte (mit Blick auf die beschriebene Buy-and-build-Strategie)
- »wachsende« Märkte: demografische Entwicklung, gesundheitspolitische Vorgabe »ambulant vor stationär«, steigende Nachfrage privat zu zahlender Dienstleistungen (IGeL, »ästhetische« Behandlungen, »Kinderwunsch«-Behandlungen)
- mögliche »synergistische Effekte« beim Kauf von Produzenten und Dienstleistern (z.B. onkologische Praxen und Hersteller patientenindividueller Zytostatika oder Zahn-MVZ und Dentallabore) sowie durch die Internationalisierung der MVZ-Konzerne (z.B. durch Ausnutzen unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen im Bereich der Reproduktionsmedizin⁹⁾)

■ Kein Kauf ohne Verkäufer*in

Bei Verkäufen an Private-Equity-Investoren handelt es sich um freiwillige Verkäufe.¹⁰ Dabei bleiben die vorherigen Inhaber*innen mit einem Minderheitsanteil an ihrer ehemaligen Gesellschaft beteiligt und arbeiten als Angestellte der neuen Eigentümer*in weiter. Die häufigsten Verkaufsgründe sind:

- Altersgründe: Sicherung der Praxisnachfolge mit sukzessivem Übergang in den Ruhestand
- »Work-Life-Balance«: lieber geregelt angestellt als ständig selbstständig
- Konzentration auf die Patient*innen durch Übertragung der kaufmännischen, regulatorischen und administrativen Aufgaben an die Zentrale des MVZ-Konzerns
- bestehender Kapitalbedarf, der die eigenen Beschaffungsmöglichkeiten übersteigt, beispielsweise bei Expansionsplänen, bei durch die fortschreitende Digitalisierung/Technisierung notwendig werdenden Investitionen oder bei in der Vergangenheit unterlassenen Investitionen (»Investitionsstau«)

■ Gesundheitspolitische Determinanten

Die vorher nicht mögliche bundesweite Konzernbildung im Bereich von Arztpraxen wurde im September 2003 durch den gemeinsamen Entwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis

90/Die Grünen zum *GKV-Modernisierungsgesetz* eingeleitet, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat. Hiermit wurden Medizinische Versorgungszentren als »fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen« definiert und ihre Einführung beschlossen. Sie durften von allen »Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen«, gegründet werden.¹¹

Diese neue Möglichkeit, über das auf den Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung begrenzte Gebiet hinaus zu expandieren, wurde auch von niedergelassenen Ärzt*innen genutzt, obwohl es besonders aus der selbstständigen Ärzteschaft massive Kritik gab (und gibt).

Peter Oberreuter¹² schrieb: In »2007/2008 waren die ersten visionären, unternehmerischen und cleveren Praxisinhaber interessant und bereit für Investoren«, »Labor: Wimmer + Frey, Wagner + Stibbe ...« (Synlab und Amedes¹³), »Augen: Ober + Scharrer, Shajan + Strobel ...« (Ober-Scharrer-Gruppe und Artemis¹⁴), »... waren die Trendsetter und sind heute noch immer die bewunderten, umstrittenen und gefürchteten Vorbilder«.¹⁵

2011 stellte die damalige schwarzgelbe Bundesregierung fest: »Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. In den medizinischen Versorgungszentren, die von solchen Investoren gegründet werden, besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden.«¹⁶

Diese Gefahr wollte der Gesetzgeber mit dem 2012 in Kraft getretenen *GKV-Versorgungsstrukturgesetz* eindämmen, indem »Leistungserbringer der medizinischen Versorgung« umformuliert wurde in »Leistungserbringer der ärztlichen Versorgung«. Das schränkte den Kreis der Gründungsberechtigten auf Ärzt*innen und Krankenhäuser ein. Eine Ausnahme für Erbringer nichtärzt-

licher Dialyseleistungen wurde – gerüchteweise auf Druck des größten freigemeinnützigen Dialyseanbieters – ins Gesetz geschrieben.

Somit blieben zwei Möglichkeiten, die es allen Interessierten, also auch Private-Equity-Fonds, weiterhin erlaubten, MVZ zu gründen: Kauf eines zugelassenen Krankenhauses oder eines Erbringers nichtärztlicher Dialyseleistungen, um diese als MVZ-Trägersgesellschaft zu installieren.

Die vergleichsweise spät begonnene, aber zurzeit verstärkt vorangetriebene Konzernbildung im Bereich der Zahnarztpraxen hat ihre Ursache in der Formulierung »fachübergreifend«. Erst 2015, mit Inkrafttreten des *GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes*, wurden arztgruppengleiche, damit auch reine Zahn-MVZ möglich.¹⁷

Mit dem *Terminservice- und Versorgungsgesetz*, das 2019 in Kraft treten soll, ist geplant, die MVZ-Gründungsberechtigung für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ zu beschränken.¹⁸

Damit wurde erstmals die Frage aufgeworfen, ob es einen fachlichen Zusammenhang zwischen MVZ-Trägersgesellschaft und MVZ geben sollte. Bisher ist dies nicht Voraussetzung. Beispiele: Die Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein befindet sich im Portfolio von Curaeos (Zahn-MVZ) und die Klinik für Schlafstörungen Bad Reichenhall im Firmenverbund der augenärztlichen Artemis-MVZ. Auch die VivaNeo Deutschland GmbH (»Kinderwunsch«-MVZ) hat das ehemalige Viamedis-Nierenzentrum Eichstätt sicherlich nicht gekauft, um in die nephrologische Versorgung einzusteigen.

Angesichts der Tatsache, dass die wenigsten MVZ-Konzerne ihre Trägerschaft über einen Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen geregelt haben, stellt sich allerdings die Frage nach der Wirksamkeit der geplanten Gesetzesänderung. Diskussionswürdig erscheint dagegen der Vorschlag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer, auch die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern zu präzisieren.¹⁹

■ Bestandsaufnahme

Folgende im Besitz von Private-Equity-Fonds befindlichen Konzerne, die in Deutschland MVZ/Arztpraxen betreiben, konnten identifiziert werden:

- Augenheilkunde: Ober-Scharrer-Gruppe (Nordic Capital, Jersey), Artemis Laserkliniken (Montagu Private Equity, London), ZG Zentrum Gesundheit GmbH (Waterland Private Equity, Niederlande)
- Dermatologie: Dermatologikum (ECM Equity Capital Management, Frankfurt/M.), Corius-Gruppe (Ufenau Capital Partners, Schweiz)
- Dialyse: Delta Dialysepartner GmbH (Legian Investment Partner, Schweiz), Diaverum (Bridgepoint Capital, London)
- Hämatologie und Onkologie: Alanta Health Group (IK Investment Partners, Schweden)
- Labormedizin: Amedes (Antin Infrastructure Partners, Paris), Synlab (Cinven, London)
- Radiologie und Nuklearmedizin: Deutsche Radiologie Holding (Tempus Capital, Frankfurt/M.), Radiologie Holding GmbH (Z Equity GmbH, DT Private Equity Consulting GmbH und zahlreiche weitere Investoren), Radiologische Gemein-

schaftspraxis Herne und Ranova Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin (Deutsche Beteiligungs AG, Frankfurt/M.), RAD-x (Gilde Healthcare Partners, Niederlande)

- Reproduktionsmedizin: Nextclinics International (Oaktree Capital Management, USA), VivaNeo (Waterland)
- Zahnmedizin: Aquilam AcquiCo GmbH/»Zahneins« (Summit Partners, USA), Curaeos / »DentConnect« (EQT, Schweden), KonfiDents (Altor Equity Partners, Schweden), Privat Zahnarztambulanz Schloss Schellenstein (Investcorp, Bahrain), Zahnärztliche Tagesklinik Dr. Eichenseer MVZ (Quadriga Capital, Frankfurt/M.), Zahnstation GmbH (Nordic Capital)
- ohne erkennbaren Schwerpunkt: Amedes AG (Carlyle Group, USA)

Festzustellen ist, dass MVZ neben Pflegeeinrichtungen einen Schwerpunkt der Private-Equity-Aktivitäten im untersuchten Bereich des Gesundheitswesens bilden. Aufgrund der Tatsache, dass es keine veröffentlichten Daten über die wahren MVZ-/Praxisbesitzer*innen gibt, kann die Anzahl der im Private-Equity-Besitz befindlichen MVZ-/Praxisstandorte nur grob auf etwa 450 geschätzt werden, davon etwa 70 Zahn-MVZ (von im Jahr 2017 2.821 2.821 MVZ und etwa 580 Zahn-MVZ²⁰).

Werden die von »Family Offices«²¹ übernommenen Konzerne, die MVZ betreiben (Colosseum Dental, Medcover AB, Paracelsus-Kliniken) einbezogen, addiert sich die Anzahl auf etwa 500.

Beachtet werden sollte, dass diese Angaben nur eine Momentaufnahme darstellen, da viele der Investoren erst am Anfang ihrer Akquisitionsphase stehen und in entsprechend rascher Folge dazukaufen.

■ Zusammenfassung und Fazit

Weitgehend geräuschlos konnten Private-Equity-Unternehmen bisher bedeutende Bereiche der Gesundheitsversorgung in Deutschland aufkaufen. Nur gelegentlich erlangten Übernahmen öffentliche Aufmerksamkeit, das »Marktgeschehen« blieb in seiner Gesamtheit unbeobachtet. Die vorgelegte Bestandsaufnahme²² schließt diese »Erkenntnislücke« und ist als Aufforderung zu verstehen, sich mit der Situation auseinanderzusetzen. Diese Aufforderung richtet sich an drei Zielgruppen:

- Wissenschaft: Dringend erforderlich sind Untersuchungen zu konkreten Auswirkungen auf die Behandlungs- oder Betreuungsqualität, zu Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der betroffenen Beschäftigten und zu Wechselwirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem. Einzelne Negativbeispiele und »gefühlte Zusammenhänge« reichen nicht aus, eine politische Auseinandersetzung zu bestreiten. Dem Vorwurf, »ideologisch motiviert und nicht faktenbasiert«²³ zu sein, mit dem beispielsweise gewerkschaftlicher Kritik begegnet wurde, müssen ja gerade Fakten entgegengestellt werden können.
- Politik: Sie muss vor allem dafür sorgen, dass Transparenz hergestellt wird über die eigentlichen Besitzer*innen von Gesundheitseinrichtungen, deren Ziele und den Verlauf der Geldströme.



- Öffentlichkeit: Trotz vieler unbeantworteter Fragen sollte schon jetzt eine breite öffentliche Debatte und Strategiediskussion beginnen, wie der beschriebenen Entwicklung begegnet werden kann, denn von gesundheitspolitischen Entscheidungen sind alle Menschen betroffen – niemand möchte, dass die eigene Behandlung oder Versorgung davon abhängt, wie viel Rendite oder Verlust das persönliche Schicksal einbringt.

Rainer Bobsin ist freiberuflich tätig und arbeitet seit Jahren auch als Hintergrundrechercheur im Bereich des Gesundheitsmarktes und gelegentlich als Autor für den ver.di Infodienst Krankenhäuser.

- 1 Rainer Bobsin: »Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland«, Hannover, Erstauflage Februar 2018, 3., erweiterte und aktualisierte Auflage, September 2018, 88 Seiten, 6 Euro inkl. MwSt. und Versand bei Bestellung im Online-Shop des Verlags, <https://www.offizin-verlag.de/Autoren-A-F/B/Bobsin-Rainer>
- 2 Eine Auswahl: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/deutschland-grossinvestoren-kaufen-zahnarztpraxen-a-1209882.html> (30.05.2018), <https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/uebernahme-von-grossspraxen-finanzinvestoren-entdecken-zaehne-der-deutschen-1.4129697> (16.09.2018), <https://www.aerzteblatt.de/archiv/201014/Ambulante-Versorgung-Investoren-auf-Einkaufstour> (28.09.2018),

<https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung-rendite-investoren-zahnarztpraxen100.html> (24.10.2018), https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/975435/spekulieren-mvz-regierung-tatenlos.html (07.11.2018), <https://www.br.de/mediathek/video/medizinischer-kapitalismus-investoren-kaufen-praxen-av-5bf721d8879af50018111791> (22.11.2018)

- 3 Das ist der wesentliche Unterschied zu anderen Finanzinvestoren, die Minderheitsanteile in Form von Aktien erwerben. Auch wenn so genannte »aktivistische Aktionäre« es immer wieder (auch erfolgreich) versuchen, können sie Unternehmensentscheidungen nicht grundsätzlich beherrschen. D.h. börsennotierte Gesundheitskonzerne, die ebenfalls MVZ und Arztpraxen übernehmen, bedürfen einer separaten Betrachtung, die hier nicht vorgenommen wird.
- 4 Rainer Bobsin, a.a.O.
- 5 Beispielsweise schrieb das *Handelsblatt* am 29.08.2018: »Magere Renditen bei Aktien und Anleihen treibt Profi-Anleger in Investitionen bei Private-Equity-Fonds. Doch die finden keine Investitionsziele mehr.«
- 6 Siehe <http://www.versorgungskammer.de/portal/page/portal/www/bvbk/de/index.html>, zu Private-Equity-Anlagen siehe die Geschäftsberichte 2016 und 2017 unter http://portal.versorgungskammer.de/portal/page/portal/bvbkpresse/de/publikationen/jahresbericht_2016.pdf (Seiten 5, 17, 32 und 33) bzw. http://portal.versorgungskammer.de/portal/page/portal/bvbkpresse/de/publikationen/jahresbericht_2017.pdf (Seiten 32 und 33).

- 7 Siehe »Portfolio«/»Investment Theme« / »Ageing Population« unter <https://waterland.de/de/unternehmen/>
- 8 <https://waterland.de/de/unsere-investment-strategie/>
- 9 Siehe z.B. <https://vivaneo-ivf.com/de/einfluss-schwangerschaft/singles-und-lesbische-paare/>
- 10 »Feindliche Übernahmen« sind nur bei »ungeschützten« börsennotierten Aktiengesellschaften möglich.
- 11 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/015/1501525.pdf>
- 12 Eigentümer und Geschäftsführer des Beratungs- und Investmentunternehmens Distincture Ltd., <https://distincture.com/>
- 13 <https://www.synlab.com/> bzw. <https://www.amedes-group.com/unternehmen/ueber-amedes/>
- 14 <https://www.osg.de/> bzw. <https://www.artemiskliniken.de/Artemis/Standorte/>
- 15 Peter Oberreuter, Foliensatz »Konzentrations- und Wachstumsstrategien im ambulanten Sektor«, Biersdorfer Krankenhausgespräche 2015, Seite 10, <https://biersdorfer-krankenhause.sprache.de/pdfs/donnerstag2015/9.PeterOberreuter.pdf>
- 16 GKV-Versorgungsstrukturgesetz, Begründung zum Gesetzentwurf, Bundestagsdrucksache 17/6906 v. 05.09.2011, S. 70, »Zu Buchstabe b«, <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/069/1706906.pdf>
- 17 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 18/4095 vom 25.02.2015, Seite 53 und 105, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf>
- 18 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Kapitel II.2.4. »Medizinische Versorgungszentren (MVZ)«, S. 65, dritter Absatz, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>
- 19 <https://www.kzbv.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.1248.de.html> (S. 9-14)
- 20 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage »Kapitalinteressen bei der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren« der Fraktion Die Linke, 2017, S. 3 und 5, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/053/1905386.pdf>
- 21 Family Offices sind Beteiligungsgesellschaften im Besitz entsprechend wohlhabender Einzelpersonen oder Familien, die eigenes Kapital investieren (»Family Equity«), aber genauso agieren können wie Private-Equity-Fonds. Im Gegensatz zu Fondsgesellschaften sind die Investments von Family Offices in der Regel nicht befristet. Sie können also langfristiger denken und handeln.
- 22 Rainer Bobsin, a.a.O.
- 23 »Pflegeheime als Spielball auf dem Finanzmarkt«, NDR 1 Welle Nord, Beitrag vom 22.02.2018, <http://tinyurl.com/NDR-22-2-2018>



Wer stoppt die Dealmaschine?

Achim Teusch über die aktuellen Tendenzen bei Fresenius Helios

Achim Teusch zeigt am Beispiel des Fresenius Helios Konzerns die Entwicklung zu einem globalen Gesundheitskonzern in den letzten Jahren und dass die Privaten längst die Vorreiter bei der Umwandlung des sozialstaatlichen Gesundheitswesens in ein kapitalistisches Dienstleistungsgeschäft sind.

Ich erinnere mich an eine Konzernbetriebsratssitzung des KBR der Wittgensteiner Kliniken AG im Jahr 2003. Zwei Jahre zuvor hatte Fresenius die Eintrittskarte in den Krankenhausmarkt gelöst und das Unternehmen aus Bad Berleburg mit rund 30 Akut- und Fachkliniken und 4.600 Beschäftigten gekauft.

Die Wittgensteiner Kliniken AG war vor dem Kauf defizitär, und sie blieb es auch danach. Umso überraschter waren die Konzernbetriebsrat*innen, als das zuständige Vorstandsmitglied der Fresenius AG erklärte, der Konzern strebe einen Marktanteil im Krankenhausbereich von etwa 20% an. Unsere Prognose war, dass der Anteil bald wieder auf Null Prozent sinken würde. Stattdessen erlebten wir die Verwandlung des eher altbackenen Fresenius Konzerns in die »Dealmaschine« Fresenius.

Dieser Begriff aus der Wirtschaftspresse ist bei Fresenius nicht besonders beliebt. Im Jahr 2014 erklärte Dr. Ulf

M. Schneider, der damalige Vorstandsvorsitzende, in einem FAZ-Interview: »Alle vier Geschäftsbereiche von Fresenius lassen sich mit unserer Kombination aus organischem Wachstum und gezielten Übernahmen nach wie vor gut weiterentwickeln. Wir sind nämlich keine ‚Dealmaschine‘, wie es uns manchmal unterstellt wird, aber auch kein Unternehmen, das ausschließlich aus eigener Kraft wachsen will.«

■ Dessen ungeachtet nahm die Dealmaschine Fahrt auf

2005 kaufte Fresenius die Helios Kliniken für 1,58 Milliarden Euro. Das Geld erhielt ein einziger Mann, Lutz Helmig. 13 Jahre danach, im März 2018, berichtet das Handelsblatt: »Der deutsche Milliardär Lutz Helmig greift nach dem südafrikanischen Ingenieurbau-Konzern Murray & Roberts [...] Die Offerte liegt mit 15 Rand je Aktie um 56 Prozent über dem Schlusskurs vom Donners-

tag, das Unternehmen wird damit mit 6,7 Milliarden Rand (465 Millionen Euro) bewertet.«

Von wegen:

»Wir reinvestieren unsere Gewinne ins Gesundheitswesen.«

Die Gewinne aus dem »Krankenhausgeschäft« (Fresenius Helios) fließen in den großen Konzernpool, dort vermischen sie sich mit den Gewinnen aus dem Dialysegeschäft (Fresenius Medical Care), aus klinischer Ernährung und Infusionstherapie (Fresenius Kabi) und aus Bautätigkeit und Facility-Management (Fresenius Vamed). Aus dem großen Pool fließen sie dann weiter in die verschiedenen »Deals«: 2006 übernahm Fresenius Medical Care die Renal Care Group (Nashville, Tennessee) für 3,5 Milliarden US-Dollar. 2008 erwarb Fresenius Kabi für 3,7 Milliarden Dollar den US-amerikanischen Generikahersteller APP. 2012 kaufte Fre-

senius Kabi für 1,1 Mrd. US-Dollar Fenwal (Geräte zur Gewinnung und Verarbeitung von Blut für Blutbanken und Krankenhäuser) und wurde zum weltweit größten Anbieter von Blut-Transfusionstechnik. 2017 übernahm Fresenius Kabi das Biosimilars-Geschäft von Merck für 656 Millionen Euro. 156 Millionen Euro wurden mit Abschluss der Übernahme gezahlt. Im Juni 2018 übertrug Fresenius sein stationäres »Reha-Geschäft«, 38 Gesundheitseinrichtungen und 13 Service-Gesellschaften »mit Schwerpunkt auf stationärer Rehabilitation und Pflege« von Helios auf Fresenius Vamed. Die »Vamed« wurde 1982 als Tochtergesellschaft des Stahl- und Rüstungskonzerns Voest Alpine gegründet, um das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien (AKH Wien) fertigzustellen. 1996 erwarb Fresenius 77% der Anteile. Immer noch gehören 13% dem österreichischen Staat, 10% der B&C Holding.

Welche Deals durfte Helios machen? Für Helios reservierte der Konzern die größten und schönsten Deals: 2013 eignete sich Fresenius Helios für 3 Milliarden Euro die Mehrzahl der Krankenhäuser der Rhön-Klinikum AG an und wurde zum größten privaten Klinikbetreiber in Europa. Die Rhön Klinikum AG bot ihren Aktionären den Rückkauf von 66 Mio. Aktien (von 138 Mio.) zum »Angebotspreis« von 25,18 Euro pro Aktie an. Insgesamt wurden 1,63 Mrd. Euro an die Aktionäre ausgezahlt.

Von wegen:

»Wir reinvestieren unsere Gewinne ins Gesundheitswesen.«

Nebenbei leerte der Konzern seine Portokasse und schluckte die Krankenhäuser der Maximalversorgung in Krefeld und Duisburg, die Humaine Kliniken und die Dampf-Klinken. Alles nicht der große Wurf, mag man in der Konzernzentrale in Bad Homburg gedacht haben. Und schlug zu, als die Gelegenheit sich bot: Im Jahr 2016 überschritt Fresenius Helios die deutschen Grenzen und folgte den Wegen des Habsburger-Kaisers Karl V. nach Spanien und von dort nach Peru und Kolumbien. Jetzt geht auch im Helios Reich »die Sonne niemals unter«. Quirónsalud, größter privater Krankenhauskonzern in Europa außerhalb der BRD, 46 Krankenhäuser,

Tabelle 1

	2013	2014	2015	2016	2017
Ergebnis je Aktie in Euro	1,92	2,01	2,64	2,85	3,28
Dividende je Aktie in Euro	0,42	0,44	0,55	0,62	0,75

6.600 Betten, 56 ambulante Gesundheitszentren, 300 Einrichtungen für betriebliches Gesundheitsmanagement, 35.000 Beschäftigte, kostete 5,8 Mrd. Euro. Dieses Geld floss an das Private-Equity-Unternehmen CVC.

Quirónsalud erwarb Ende 2016 50% einer Privatklinik in Peru (»La clínica Ricardo Palma es la más grande del país y recibirá el know how europeo para hacer más eficientes sus procesos«, schreibt *El comercio*). Procesos más eficientes! Einspringen? Nachts allein? 2018 übernimmt Quirónsalud Clínica Medellín, zwei Krankenhäuser mit 185 Betten, »und erschließt damit den attraktiven privaten Krankenhausmarkt in Kolumbien« (*Fresenius Presseerklärung*).

Im Jahr 2017 betrug der Umsatz von Quirónsalud 2,372 Mrd. Euro. Der Kaufpreis liegt also bei 244,5% des Jahresumsatzes. Wer so viel Geld ausgibt, um immer neue Zukäufe zu ermöglichen, muss Aktien und Anleihepapiere ausgeben und Kredite aufnehmen. Er muss die Kredite bedienen und die Aktionär*innen und Anleihebesitzer*innen zufriedenstellen. Gelingt das?

Seit 2003 hat Fresenius den Umsatz mehr als vervierfacht (auf 33,89 Mrd. Euro im Jahr 2017) und den Gewinn vor Zinsen und Steuern mehr als versechsfacht (auf 4,83 Mrd. Euro im Jahr 2017). »Der Gesundheitskonzern Fresenius erhöhte die Dividende in den vergangenen zehn Jahren im Schnitt um knapp 25%«, berichtet das *Handelsblatt* und zählt Fresenius deshalb zu den »Dividenden-Aristokraten«.

Am 30.06.2018 betrug die Zahl der Aktien 555.616.093. Die Ausschüttungssumme lag im Jahr 2017 bei 416 Mio. Euro.

Von wegen:

»Wir reinvestieren unsere Gewinne ins Gesundheitswesen.«

Umso erschrockener und überraschter reagierten die Anleger auf eine Gewinnwarnung im Oktober 2018. Die Schlag-

zeilen von FAZ und Handelsblatt vom 17.10.2018 spiegeln ihre Alarmstimmung wider:

»Aktienkurse fallen: Gesundheitskonzern Fresenius unter Druck« (*FAZ*)

»Fresenius Medical Care schockiert mit Gewinnwarnung – Aktien fallen in den Keller« (*Handelsblatt*)

»Doch auch die Tochtergesellschaft Helios kämpft mit Gegenwind« (*FAZ*)

»Berenberg-Analyst Tom Jones überrascht die Entwicklung von Helios nicht« (*Handelsblatt*)

Während es Fresenius nach Peru und Kolumbien zieht, erwirbt die französische Klinikette Ramsey Générale de Santé (RGdS), zu 50,9% im Besitz des australischen Konzerns Ramsey Health Care, die Aktienmehrheit der schwedischen Capiro Gruppe, die ca. 180 Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 13.000 Beschäftigten in Skandinavien, Frankreich und der BRD betreibt. Die globale Konkurrenz der privaten Betreiber verschärft sich. Private-Equity-Gesellschaften haben in den letzten 3 Jahren 6 Krankenhäuser, 26 MVZ, 9 Rehakliniken, 43 Pflegeeinrichtungen und 3 Homecare-Einrichtungen in der Bundesrepublik gekauft.

Die Käufer kommen aus GB (12), Deutschland (11), den USA (6), Frankreich (3), den Niederlanden, Belgien, Schweden (je 2), Luxemburg, der Schweiz und Jersey (je 1). »Chinesen kaufen traditionsreiche Reha-Klinik in Bad Reichenhall« (*Reichenhaller Tageblatt*, 26.05.2018).

Die »Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung« des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie unterscheidet zwischen einem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, in dem 2017 258,2 Mrd. Euro umgesetzt wurden, und einem »erweiterten Bereich«, der es auf 91,6 Mrd. Euro brachte. Dazu zählen z.B. »Sport-, Wellness- und Tourismusdienstleistungen«. So wundert es nicht, dass Fresenius und Nestlé 2014 um die Übernahme der Sparte



»Medical Nutrition« des französischen Danone Konzerns konkurrierten.

Die Konkurrenz führt in die Weite (Welt) und in die Breite (»Nestlé's success is built on its Nutrition, Health and Wellness strategy.«). Dr. Ulf M. Schneider ist inzwischen übrigens CEO von Nestlé.

»Weil Krankenhäuser die Netzknoten der regionalen Gesundheitsversorgung sind, müssen vor allem die strategisch wichtigen Krankenhäuser in öffentlicher Hand bleiben (...) Wir wenden uns gegen weitere Privatisierung von öffentlichen, freigemeinnützigen und kirchlichen Krankenhäusern und stärken die Gegenwehr gegen Privatisierung.« Das beschlossen die ver.di-Delegierten aus dem Gesundheitswesen und dem Sozial- und Erziehungsdienst auf ihrer letzten Bundesfachbereichskonferenz. Doch die Privatisierung des Krankenhausbereichs ist weit fortgeschritten. Im Jahr 2017 waren 720 von 1942 Krankenhäusern und 93.000 von 497.000 Betten privat.

Das ist nicht überall so. Die öster-

reichische »Kleine Zeitung« sprach mit dem Vorstandschef von Fresenius Vamed, Dr. Ernst Wastler: »Gefragt, ob die Vamed interessiert sei, Spitäler der Unfallversicherung zu übernehmen, sagte Wastler, das österreichische Erstattungs-system lasse es – im Gegensatz zum deutschen – nicht zu, in der Akutversorgung Gewinne zu erzielen. Daher seien in diesem Bereich hauptsächlich kommunale bzw. gemeinnützige Träger tätig (...) Gäbe es in Österreich ähnliche Erstattungs-voraussetzungen wie in Deutschland, wo private Gesundheitskonzerne Gewinne erzielen könnten, würden ›in kürzester Zeit‹ europäische Gesundheitsdienstleister auch hierzulande anbieten, meint Wastler. Ob sich dadurch das Gesundheitssystem verbessern würde, beantwortete der Vamed-Chef nicht. In Österreich sei das Leistungsniveau bereits jetzt sehr, sehr hoch. Es sei eine Grundsatzentscheidung, ob man Gesundheitsversorgung in gewissen Bereichen ausschließlich der öffentlichen Hand überlassen wolle oder ob man auch private Anbieter haben möchte.«

Die Kritik am Aufstieg der privaten Krankenhauskonzerne ist in der Öffentlichkeit groß, kommt aber in den politischen Parteien kaum an. Nur die Partei Die Linke sagt in ihrem Bundestagswahlprogramm: »Krankenhäuser gehören in öffentliche Hand«! und kündigt an: »Wir wollen Gesundheitseinrichtungen durch öffentliche Träger zurückkaufen.« Auf örtlicher und regionaler Ebene gibt es auch radikalere Forderungen: »Probleme bei Ameos: Linke im Landtag denken über Enteignung nach«, berichtet die *Mitteldeutsche Zeitung* am 19.05.2018.

Die privaten Konzerne aus dem Gesundheitswesen zu verdrängen, erfordert Auseinandersetzungen, die das politische und gesellschaftliche System erschüttern, vergleichbar mit den Kämpfen um den Ausstieg aus der Atomenergie und aus der Rüstungsproduktion. Eine lohnende Aufgabe, der wir uns viel stärker widmen sollten. Denn die Privaten sind längst die Vorreiter bei der Umwandlung des sozialstaatlichen Gesundheitswesens in ein kapitalistisches Dienstleistungsgeschäft. Allen voran: Fresenius Helios.

Ausbeutung für den Geldbeutel der Aktionär*innen?

Rudi Schwab über Personalzahlen im Krankenhaus nach Trägerschaft

Rudi Schwab spürt der Frage nach, wie private Krankenträger (so hohe) Gewinne machen können und zeigt, dass die Anzahl an Personal die entscheidende Stellschraube ist.

Eine eigentlich banale Frage: Wozu brauchen wir Krankenhäuser? Zur Behandlung, zur Heilung kranker und verletzter Menschen oder zur Gewinnmaximierung einiger Profiteure? Die Antwort aus der Bevölkerung dürfte wohl einhellig ausfallen. Doch wohin geht die Tendenz in der Realität? Wieso kaufen die privaten Konzerne in einer Zeit, in der unter dem Kostendruck der DRGs jedes Krankenhaus zum Sparen verurteilt ist, immer mehr Krankenhäuser auf? Wie schaffen sie es, unter diesen Umständen eine Rendite von 10-15% herauszupressen?

Eine weitere Erkenntnis dürfte in der Bevölkerung ebenso allgemein bekannt sein: Krankenhäuser sind personalintensiv – zumindest sollten sie das sein. Doch was beobachten oder erfahren betroffene Patient*innen selber? Wo ist noch Zeit für eine ausführliche Anamnese? Wer wird als Patient*in im Krankenhaus bei Aufnahme noch eingehend untersucht – oder wer hört nur noch: Sturz auf die Schulter? = Röntgen ohne weitere Untersuchung, Bauchschmerzen? = CT der Bauchorgane ohne Rücksicht auf die Strahlenbelastung.

■ Pflege

Arm dran ist, wer in einem Krankenhaus auf Pflege angewiesen ist. Es gibt inzwischen zahlreiche Studien, die von Mängeln z.B. bei Überwachung von verwirrten Patient*innen berichten, über Mängel bei Mobilisierung und Lagerung, Mängel bei Essenseingabe und Grundhygiene usw. Es gibt zahlreiche Berichte, dass die betroffenen Pflegekräfte selber darunter leiden. Das tägliche Erleben der Diskrepanz zwischen eigenem Wollen und Können auf Grund der

krankhaften Rahmenbedingungen macht viele selber krank. Mehr als zwei Drittel der Pflegekräfte können sich eine Arbeit in ihrem Beruf bis zur Rente nicht vorstellen.

■ Personalreduktion

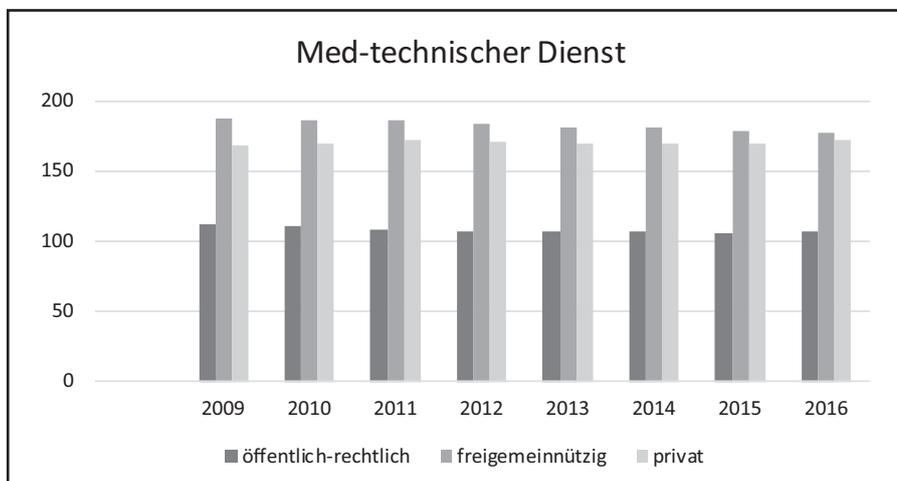
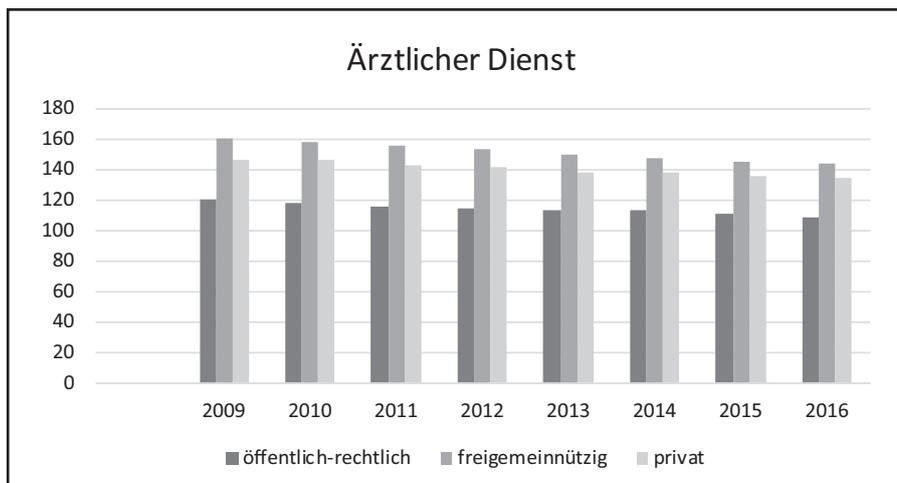
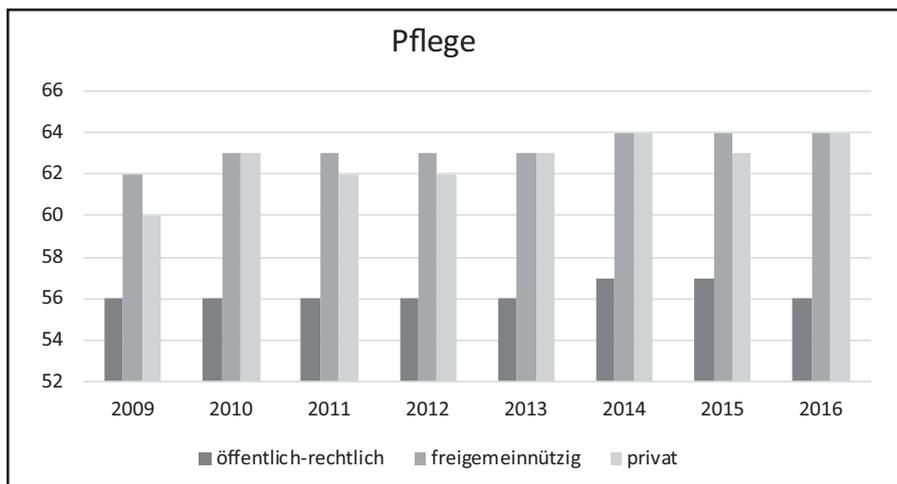
Offiziell schwankt der Anteil der Personalkosten an den Ausgaben der Krankenhäuser um die 60%. Er war früher deutlich höher, bis zu 80%. Das liegt zu einem kleinen Teil sicher an den immer teureren und als Standard geforderten Geräten und Materialien, es liegt aber zum weitaus größeren Teil an der geänderten Personalpolitik, in der private Träger die Schrittmacher sind und denen die anderen notgedrungen hinterher laufen, wenn sie nicht untergehen wollen.

■ Outsourcing

So werden – begonnen bei privaten Trägern und hier inzwischen standardmäßig angewendet, aber auch bei den öffentlich-rechtlichen Trägern immer häufiger üblich – große Teile des Personals nicht mehr dem eigenen Betrieb zugerechnet, sondern sind in Leihfirmen ausgelagert. Dies betrifft v.a. die Reinigung, aber auch immer öfter Küchenpersonal, Handwerker, Verwaltung usw. Auch wenn diese Leihfirmen teilweise sogar dem »Mutterbetrieb- oder Konzern« selber gehören, zählen die Lohnkosten und Sozialabgaben dann nicht mehr als Personal-, sondern als Sachkosten. Eine Leihfirma ist eine Sache, die Menschen dahinter verschwinden aus dieser Sicht und werden zu Material. So braucht sich auch kein Ver-



Graphik 1 Personalbelastungszahlen nach Träger pro Jahr



antwortlicher aus dem »Mutterbetrieb« ein – sofern noch vorhanden und noch nicht vor lauter BWL-Indoktrination vernebeltes – schlechtes Gewissen mehr zu machen, wenn z.B. bei der Reinigung jetzt doppelt so große Reinigungsflächen in der gleichen Zeit bei schlechterer Bezahlung und ohne Anerkennung der notwendigerweise auflaufenden Überstunden verlangt werden. Und er kann selber seine Hände

in Unschuld waschen, wenn unter diesen Umständen zwangsläufig Klagen über fehlende Sauberkeit und Hygiene laut werden.

■ Personalreduktion

Wer in Zeiten der DRGs mit seinem Krankenhaus Gewinne machen will, hat im Wesentlichen die Möglichkeit, seine Fallzahlen zu erhöhen, Patientenselek-

tion zu betreiben, um gewinnbringende »Fälle« anzulocken, und trotz gestiegener Arbeit und Belastung das Personal und damit Kosten zu reduzieren. Betroffen sind prinzipiell unter den verbliebenen, nicht outgesourceten Berufsgruppen alle, am meisten aber das Pflegepersonal. Aus einem Vortrag von Michael Simon (»Personalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser: Bisherige Entwicklung und aktuelle Vorhaben der großen Koalition« auf der Tagung »Krankenhaus statt Fabrik«, Stuttgart, 20. Oktober 2018) ergibt sich von 1993-2016 trotz gestiegener Fallzahlen, verkürzter Liegezeit und damit erhöhter Arbeitsintensität ein Minus im Ist-Bereich von 289.000 auf 277.000, also 12.000 Pflegekräften. Im errechneten Soll-Bereich nach PPR bei Annahme eines 20% erhöhten Personalbedarfs durch Leistungszuwachs ergibt sich sogar eine Differenz von 143.000 Pflegekräften.

Gibt es Unterschiede bei der Personalausbeutung in Abhängigkeit vom Krankenhausträger?

Das Statistische Bundesamt gibt jährlich den Bericht »Grunddaten der Krankenhäuser« heraus, in dem sich vom Berichtsjahr 2009 bis zum Berichtsjahr 2016 das Kapitel »Personalbelastungszahlen« findet. Aus diesem Kapitel sind die im Folgenden herangezogenen Zahlen entnommen. Hier wurde in Abhängigkeit vom Träger (öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig, privat) und nach Berufsgruppe (ärztlicher, Pflege- und medizinisch-technischer Dienst) einmal die durchschnittlich pro Vollkraft im Jahr zu versorgenden Fälle dargestellt, dann auch die täglich pro Vollkraft zu versorgende Patientenzahl. Im Bericht 2018 für das Berichtsjahr 2017 fehlen erstmals diese »Personalbelastungszahlen«. Man darf nun spekulieren, ob bzw. durch wessen erfolgreiche Lobbyarbeit dieser interessante Aspekt nicht mehr veröffentlicht wird.

Es stellt sich jetzt die Frage: Gibt es noch einen deutlichen Unterschied in der Personalstärke in Abhängigkeit von der Trägerschaft oder bewahrheitet sich die oft gefühlt geäußerte Vermutung der Beschäftigten in öffentlichen Häusern, ihr Personalschlüssel sei inzwischen genauso schlecht wie bei den privaten.

■ Die Zahlen im Einzelnen:

Graphik 1 Personalbelastungszahlen nach Träger pro Jahr: Diese Aufstellung zeigt einen deutlichen Unterschied zu Gunsten der öffentlichen Häuser. Der wird dadurch noch verstärkt, dass in diese Art der Statistik durch bessere Tarifverträge die durchschnittlich im öffentlichen Dienst offensichtlich größere Anzahl von Urlaubstagen, sonstigen freien Tagen, evtl. auch Freizeitausgleich für Überstunden usw. mit eingeht. Wenn die einzelnen Mitarbeiter mehr frei haben, vermindert dies bei schon täglich besserem Personalschlüssel noch mehr die jährliche Belastung. Beachtenswert ist, dass die frei-gemeinnützigen Träger hier nicht besser abschneiden als die privaten.

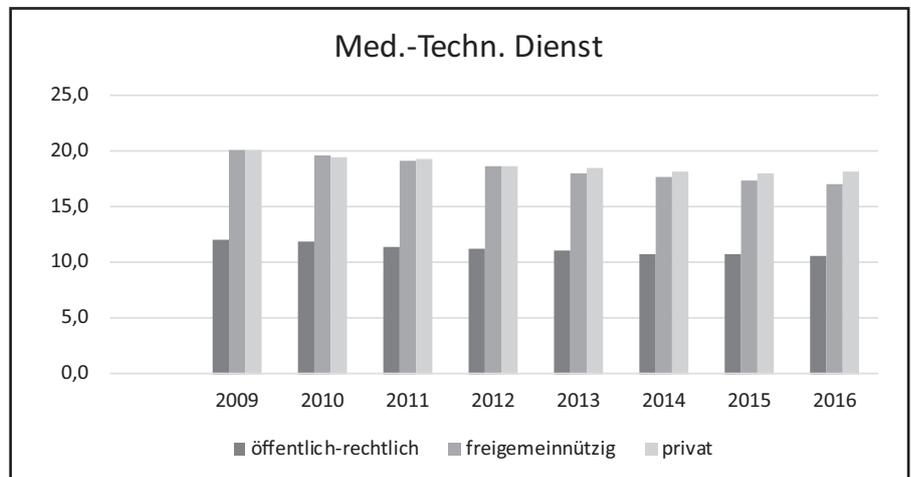
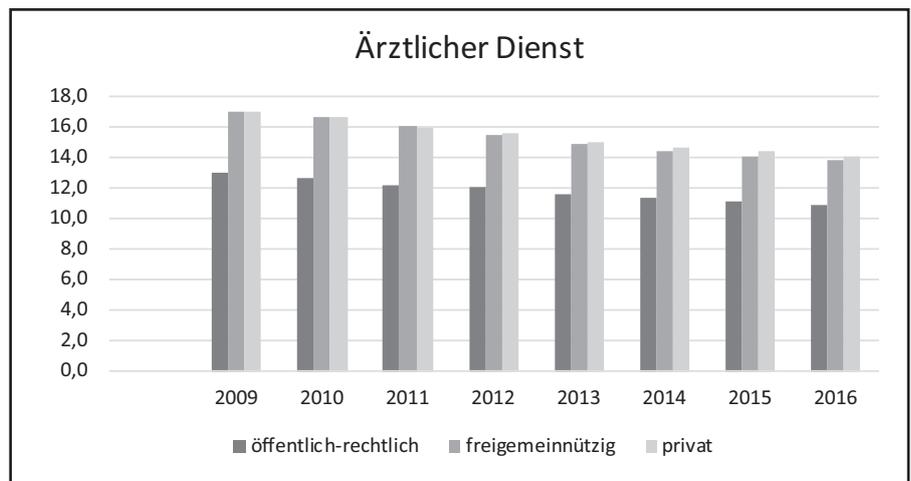
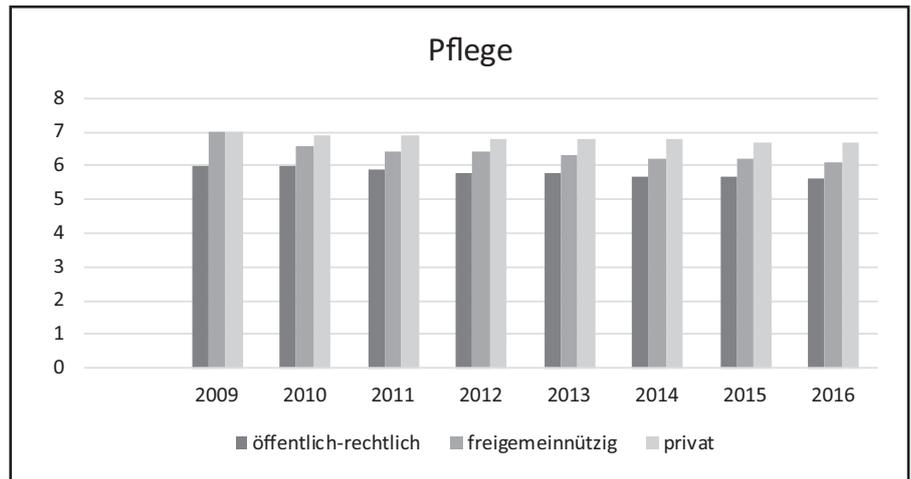
Dass die Belastung auch täglich bei den öffentlich-rechtlichen Trägern durch besseren Personalschlüssel geringer ist, zeigt die nächste Graphik.

Graphik 2 Personalbelastungszahlen nach Träger pro Tag: Diese Betrachtungsweise weist, da sie eben auf die tägliche Belastung bzw. täglich zu versorgende Patient*innenzahl abstellt, auf eine dadurch potentiell bessere Versorgung der Patient*innen hin. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass es sich hier um Durchschnittswerte handelt und noch nichts über Kompensationsmöglichkeiten bei vermehrtem Patient*innenanfall oder Personalausfall gesagt ist. Doch auch die sollten bei höherem Personalschlüssel besser sein.

Es zeigt sich auch, dass die freigemeinnützigen Träger bei dieser Betrachtungsweise besser als die privaten abschneiden, bei der Pflege etwa in der Mitte zwischen öffentlich-rechtlichen und privaten Trägern. Auch im ärztlichen und medizinisch-technischen Dienst schneiden sie besser ab als die privaten, allerdings in geringerem Abstand.

Der Unterschied von den öffentlich-rechtlichen Trägern zu den privaten ist gewaltig. 2016 hatte die Pflege bei den privaten Trägern täglich im Durchschnitt 19,6% mehr Patient*innen zu versorgen, im ärztlichen Dienst 29,4% und beim medizinisch-technischen Dienst 70,8%.

Graphik 2 Personalbelastungszahlen nach Träger pro Tag



Was bedeutet der Unterschied 2016 von 5,6 Patienten/Tag und Pflegekraft (öffentlich-rechtlich) bzw. 6,7 Patienten (privat) für die Patient*innen? Bessere Pflege und mehr Sicherheit. Eine Untersuchung in Kalifornien an 232 Krankenhäusern und 124.204 Patient*innen bei 20 chirurgischen DRGs hat bei einer Erhöhung der Pflegekräftezahl um 10% eine Verringerung des Pneumonie-Risikos um 9,5% ergeben.

Eine Untersuchung der Daten von mehr als 420.000 Patient*innen im Alter von mindestens 50 Jahren, die sich in ca. 300 Krankenhäusern in neuneuropäischen Ländern chirurgischen Eingriffen (in ca. 50% am Bewegungsapparat) unterzogen hatten, ergab: Mit jedem zusätzlichen Patienten, den eine Pflegekraft zu versorgen hatte, nahm die Wahrscheinlichkeit, dass ein chirurgischer Patient binnen 30 Tagen nach

Aufnahme stirbt, um 7% zu. (*Deutsches Ärzteblatt 2014, 111(26)*).

■ Unterschiede bei den öffentlich-rechtlichen Trägern

Unterschieden werden hier öffentliche Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Form entweder als selbständig (z.B. Zweckverband, Anstalt, Stiftung) oder rechtlich unselbständig (z.B. Regie- oder Eigenbetrieb) und in privatrechtlicher Form, z.B. GmbH.

Es zeigt sich ein uneinheitliches Bild in Abhängigkeit von der Rechtsform. Bei der privatrechtlichen Form sind die betriebswirtschaftlichen Verlockungen auf Kosten der Qualität von Arbeitsbedingungen und Patient*innenversorgung offensichtlich deutlich höher als

in öffentlich-rechtlicher Form, aber immer noch geringer als bei den freigemeinnützigen und v.a. auch bei den privaten Trägern.

■ Zusammenfassung

Auch wenn der Personalschlüssel bei den öffentlich-rechtlichen Betreibern besser als bei den freigemeinnützigen und noch nicht so katastrophal wie bei privaten Trägern ist: Es gibt keinen Grund, damit zufrieden zu sein, im Gegenteil. In inzwischen jahrelangen Auseinandersetzungen unter der Führung von ver.di ist es gelungen, die Politik endlich zum Handeln zu zwingen. Auch wenn die Vorschläge noch lange nicht ausreichend sind, ein Anfang ist gemacht. Der Pflegenotstand ist Tagest-

hema, in mehreren Kliniken konnten Tarifverträge zur Entlastung durchgesetzt werden. In vielen Betrieben hat das Personal erkannt: Es lohnt sich, sich kollektiv gegen Überlastung zu wehren. In mehreren Bundesländern sind inzwischen Volksbegehren gegen den Pflegenotstand auf den Weg gebracht. Jetzt müssen noch die anderen Berufsgruppen aktiv werden. Es ist Zeit, der privaten Gewinnsucht einen Riegel vor zu schieben, für bessere Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und eine bessere Versorgung der Patient*innen in den Krankenhäusern!

Rudi Schwab ist Arzt, Mitglied des Vorstands des vdää und aktiv in ver.di.

Ökonomisierung in der Pflege

Von Denis Badorf

Denis Badorf ist aktiv bei »Pflege am Limit« und wenn man seinen Erfahrungsbericht hier liest, dann weiß man, warum. Er zeigt, wie Pflege in Zeiten von Ökonomisierung und Gesundheitswirtschaft aussieht.

Die Pflege hat den Wandel der Ökonomisierung auch erfahren wie viele andere Bereiche, als sie 2004 in die Fallpauschalen eingegliedert wurde. Ich persönlich habe meine Ausbildung in einer Kölner Klinik für Psychiatrie absolviert. Zu einer Zeit, wo die Fallpauschalen in der Psychiatrie noch nicht wirksam waren. Daraufhin habe ich in zwei Kölner Kliniken gearbeitet und möchte Erfahrungen mit Ihnen teilen, um zu zeigen, wie sich die Ökonomisierung auf meinen und den Alltag meiner Kolleg*innen ausgewirkt hat.

Während der Ausbildung wurde mir ein sehr humanistisches Weltbild vermittelt. Die Ausbilder*innen haben uns klar gesagt: Ihr werdet Abstriche machen müssen, aber macht sie an der richtigen Stelle. Lieber weniger dokumentiert und nur das, was wirklich dokumentiert werden muss. Dafür nehmt Ihr Euch mehr Zeit für die Patient*innen. Während meiner Ausbildung hatte ich Einsätze in fünf Kölner Klini-

ken. Hierbei merkte ich schon eine gewisse Anspannung und Belastung auf den Stationen. Schnell wurde mir bewusst, die Pflege ist ein Kostenpunkt und wir Krankenpflegeschüler*innen wurden als billige Arbeitskräfte und Lückenbüßer ausgenutzt. Dennoch hatte ich viele Praxisanleiter*innen, die wirklich engagiert und bemüht waren, soweit es ging, mir was beizubringen. Das betraf vor allem meine Praxis Einsätze in somatischen Kliniken. Meine Einsätze in der Psychiatrie waren von einer anderen Situation geprägt. Zu diesem Zeitpunkt gab es noch keine Fallpauschalen für die Psychiatrie. Dadurch hatte ich für jeden Patienten die Zeit, die er oder sie benötigte. Ich hatte die Zeit, Patient*innen zuzuhören und mir ihre Sorgen und Nöte anzuhören. Die Patient*innen wurden erst entlassen, als alle an der Behandlung Beteiligten sich sicher waren, dass man sie bedenkenlos entlassen konnte. Kurz gesagt: Der Mensch stand im Mittelpunkt und es war ist

das, was ich unter guter Pflege verstehe.

Als meine Ausbildung abgeschlossen war, trat ich meine erste Stelle als examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger auf einer unfallchirurgischen Station an. Ich war euphorisiert und dachte, nun bin ich bereit, Menschen bei der Genesung zu helfen und gute Pflege zu leisten. Die ersten Wochen im Sommer waren auch entsprechend entspannt. Als dann im Herbst die Phase begann, in denen der Arbeitsdruck höher wurde, merkte ich schnell, wie die Situation in dem Haus wirklich war. Die Arbeit war nicht mehr zu schaffen. Dienste, in denen ich mit einem Schüler für 25 Patient*innen allein zuständig war, waren an der Tagesordnung. Mein Gedanke war: Das ist nur eine Phase und es wird in ein paar Tagen wie vorher. Eine Illusion! Die Phase im Sommer war die Ausnahme, nicht die Regel. Dauerhaftes Klingeln und das Gefühl, die Patient*innen zu vernachlässigen, waren an der Tagesordnung. Wochen-



langes Arbeiten ohne Pause und tägliche Überstunden waren an der Tagesordnung. Auch Spätdienste, in denen ich bis 23 oder 24 Uhr auf der Arbeit war und am nächsten Morgen um 6 Uhr wieder auf Station sein musste, waren nichts Ungewöhnliches. Dennoch war das nur der Anfang. Als ich dann mit Nachtdiensten anfangen sollte, waren 10 Nachtdienste und 15 Tagdienste hintereinander keine Ausnahme. Junge Kolleg*innen mussten die Nachtdienste alleine stemmen, weil ältere Kolleg*innen sich schlicht geweigert haben, Nachtdienste zu absolvieren.

Der Tiefpunkt war ein Nachtdienst, als ich mit einer Kollegin aus einem Zeitarbeitsunternehmen für zwei Stationen zuständig war. Im Verlauf des Dienstes erfuhr ich, dass die Kollegin, die mir als Krankenschwester »verkauft« wurde, keine Ausbildung hatte und bisher nur im Pflegeheim als Pflegehelferin gearbeitet hat. Kurz gesagt musste ich im Nachtdienst für beide Stationen die Behandlungspflege durchführen und die Medikation für den nächsten Tag vorbereiten. Genauer gesagt für 55 Patienten. Dieser Dienst war dann der letzte für mich in diesem Haus. Ich habe daraufhin das Haus verlassen und mir zwei Monate Auszeit genommen, um einfach mal Zeit für mich zu haben.

Nun trat ich meine zweite Stelle in einem Kölner Krankenhaus an und dachte, das, was in meinem alten Haus ablief, war die Ausnahme. Auch hier wurde mir schnell wieder klar, dass durch den Kostendruck die Dokumentation im Vordergrund stand. Fünf Operationen bei Patient*innen, die erst am selben Tag aufgenommen wurden, waren die Regel. Des Weiteren kamen Notfälle dazu, die dann am nächsten Tag ebenfalls operiert werden sollten. Bisher dachte ich immer, dass es an mir lag, wenn die Arbeit nicht vollständig geleistet wurde. Heut bin ich mir sicher, dass an der Pflege einfach lang gespart wurde und die Krankenhausbetreiber eiskalt einkalkulieren, dass ihre Pflegekräfte pflichtbewusst die eigene Gesundheit hinten anstellen und sich für die Patient*innen opfern. Nach etwa einem Jahr habe ich dann beschlossen, in die Zeitarbeit zu gehen, weil die Arbeitsbedingungen dort einfach besser sind. Das liegt vor allem am Pflegenotstand. Die Zeitarbeitsunternehmen können sich eine übertarifliche Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen schlicht leisten, weil sie aufgrund des fehlenden Personals von den Trägern der Einrich-

tungen entsprechendes Honorar für die Vermittlung verlangen können.

Der letzte Wechsel ist nun ein halbes Jahr her. Ich kann mittlerweile so arbeiten, wie ich es in der Ausbildung gelernt habe. Mein Arbeitgeber hält mir den Rücken frei. Ich kann mich auf die Pflege von alten Menschen konzentrieren. Ich habe die Zeit, eine Bewohnerin in den Arm zu nehmen, wenn das nötig ist. Dennoch merke ich den Kostendruck in dem Pflegeheim. Sollte einer krank werden, ist die Arbeit auf der Station schlicht nicht zu leisten. Die Station, auf der ich tätig bin, geht über zwei Etagen. Unten sollen eigentlich die Bewohner*innen liegen, die wirkliche Pflege benötigen, oben die eigentlich weitgehend Selbstständigen. Jedoch werden entgegen der Absprache mit dem zuständigen Wohnbereichsleiter auch oben schwerst-pflegebedürftige Patient*innen eingeplant. Sie gehen dort komplett unter und werden dann, sobald unten wieder Platz ist, verlegt. Das ist demente Patient*innen mehr als dramatisch. Demente Menschen benötigen einen festen Tagesablauf. Ein Zimmerwechsel ist daher für diese Menschen traumatisch, weil die Orientierung für die Bewohner*innen erschwert wird. Für die Betreiber dieses Heims ist gute Pflege wichtig, aber nur solange die Zahlen stimmen. Aus diesem Grund wird eben eine maximale Belegung angestrebt, allerdings bei einer Besetzung, die nur funktioniert, wenn keiner der Beschäftigten krank wird.

Mittlerweile steht für mich außer Frage, dass die Ökonomisierung der Pflege fatal ist. Gewinne stehen über dem Menschen. In der Vergangenheit war die Pflege eines Menschen reine Nächstenliebe und nichts anderes ist die Pflege heute für uns. Wir pflegen uns fremde Menschen aus nächster Liebe. Trotzdem gibt es viele Träger von Einrichtungen, die diese Nächstenliebe skrupellos ausnutzen. Die Frage, die sich mir stellt, ist: Was ist uns gute Pflege wert? Sollte es nicht eine Frage der Wertschätzung sein, dass die Menschen die letzte Phase ihres Lebens in Würde leben können? Gute Pflege darf kein Preisschild haben.

Denis Badorf ist aktiv bei »Pflege am Limit«.



Was kommt nach den Fallpauschalen?

Stefan Schoppengerd zur Bewegung in der Pflege

Dass es über das Gesundheitswesen nicht nur Deprimierendes gibt, weiß Stefan Schoppengerd zu berichten. Wenn Krankenhäuser zu Fabriken werden, dann verhalten sich die Beschäftigten wie Lohnarbeiter*innen – und streiken.

Am 19. September wurde an der Uniklinik des Saarlandes (UKS) in Homburg buchstäblich in letzter Minute ein Streik abgesagt. Eine Woche zuvor, am 12. September, hatte ver.di das Ergebnis der Urabstimmung verkündet: knapp 98 Prozent der Gewerkschaftsmitglieder haben für einen unbefristeten Erzwingungsstreik gestimmt. Erzwungen werden sollte ein »Tarifvertrag Entlastung«, also eine tariflich fixierte Personalbemessung in der Pflege und anderen Arbeitsbereichen des Krankenhauses, die den enormen Arbeitsdruck mildern soll. Die Geschäftsführung des UKS hatte lange darauf beharrt, gar nicht zu einem Abschluss befugt zu sein, da dies Aufgabe der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) sei. Für den Tag vor dem angekündigten Streikbeginn hatte sie dann doch zu Verhandlungen geladen, die nach über 20 Stunden ein Ergebnis brachten, das aller Voraussicht nach die Zustimmung der streikbereiten Beschäftigten finden dürfte. Förderlich für diesen Durchbruch war zweifellos, dass Gewerkschaft und Betriebsgruppe keinen

Zweifel an ihrer Entschlossenheit aufkommen ließen, dem UKS durch OP-Absagen und Bettenschließungen Einnahmeverluste in Millionenhöhe zu bereiten. Unmittelbar nach Bekanntgabe des Urabstimmungsergebnisses hatte die ver.di-Betriebsgruppe ein detailliertes Streikkonzept für die nächsten Wochen veröffentlicht. Zeitgleich gelang es über politischen Druck, die Klinikleitung zur Unterzeichnung einer Notdienstvereinbarung zu bewegen, die im Einzelnen regelte, wie Streikmaßnahmen anzukündigen und so vorzubereiten sind, dass die Notfallversorgung gesichert ist, andere Behandlungen aber dem Streikgeschehen entsprechend abgesagt werden. Zum angekündigten Streikbeginn war dieser Vereinbarung gemäß etwa ein Drittel der 1.300 Betten des UKS zur Schließung gemeldet.

Rückenwind hatte die Mobilisierung in Homburg gleich doppelt – der jüngst beendete Streik an den Unikliniken Essen und Düsseldorf bot ein Beispiel dafür, dass eine Vereinbarung für mehr Personal an landeseigenen Unikranken-

häusern durchaus möglich ist; zugleich geben gesetzliche Neuerungen auf Bundesebene den Klinikleitungen die Gewissheit, dass sie nicht allein auf den Mehrkosten sitzen bleiben.

Der Streik in Essen und Düsseldorf war der bisher längste und umfangreichste Streik, den es je in deutschen Krankenhäusern gegeben hat. Beendet wurde er in einem Schlichtungsverfahren, das nicht zur Unterzeichnung eines Tarifvertrages führte, aber zum Abschluss einer »schuldrechtlichen Vereinbarung«. Diese beinhaltet genaue Zahlen neu zu schaffender Stellen, ein Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs nach Schichten und Stationen sowie Regelungen für den Fall der Nicht-Erfüllung dieses Bedarfs (»Konsequenzenmanagement«). Die Form der schuldrechtlichen Vereinbarung ist ein Kompromiss, der dem Arbeitgeber einwand Rechnung trägt, nicht ohne Zustimmung der TdL einen Tarifvertrag abschließen zu können. Sie hat keine festgelegte Laufzeit, kann aber nach sechs Monaten mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Eine Nach-

wirkung wie bei einem Tarifvertrag gilt hier nicht.

Außerdem können die Beschäftigten keine unmittelbaren Rechte aus der Vereinbarung ableiten. Gleichwohl enthält sie weitreichende Festlegungen zur Entlastung durch Personalaufstockung. Das Schlichtungsergebnis wurde von knapp drei Vierteln der Gewerkschaftsmitglieder per Urabstimmung angenommen .

Zu den wichtigsten bundespolitischen Neuerungen gehört die Festlegung, dass jede neu geschaffene Stelle in der Pflege sowie künftige Tarifsteigerungen in vollem Umfang durch die Krankenkassen zu finanzieren sind. Die Verabschiedung des »Pflegepersonalstärkungsgesetzes« (PpSG) zeigt, bei all seinen Unzulänglichkeiten, dass der jahrelange Druck für mehr Personal auf mehreren Ebenen Wirkung entfaltet. Es könnte sich aber auch in einem weiteren Punkt als treibend für Kämpfe um die Gestaltung von Krankenhäusern und Gesundheitssystem insgesamt erweisen. Unter den Kritiker*innen des seit bald 15 Jahren geltenden Systems der Krankenhausfinanzierung über Fall-

pauschalen / DRGs sorgte für Staunen, dass die Pflegepersonalkosten künftig aus den Pauschalen herausgerechnet und bis auf Weiteres nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung finanziert werden sollen. Andere Berufsgruppen melden sich bereits mit der Forderung zu Wort, diese Entscheidung auf alle Beschäftigten im Krankenhaus auszuweiten – die Fallpauschalen würden damit auf ein Instrument zur Abrechnung der Sachkosten zurückgestutzt. Ein profitorientiertes Bewirtschaften von Krankenhäusern würde damit erheblich erschwert werden; entsprechend stark dürften die Bemühungen der Privaten in den nächsten Jahren ausfallen, das fortschrittliche Moment des PpSG wieder zu kassieren.

Eine weitere Ebene, auf der die bundesweite Pflegebewegung aktiv ist, sind die Volksentscheide für mehr Krankenhauspersonal, die in Berlin, Hamburg, Bayern und Bremen die Landesgesetzgebung zugunsten der Krankenhausbeschäftigten verändern sollen und die einen Ansatzpunkt für gemeinsames Handeln von

Beschäftigten und ihren außerbetrieblichen UnterstützerInnen bieten.

Das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«, das sich aus ver.di-Gliederungen und Organisationen wie der attac-AG Soziales und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte zusammensetzt und seit Jahren Aufklärungsarbeit gegen die Ökonomisierung der Krankenhäuser leistet, veranstaltet vom 19. bis 21. Oktober einen Kongress unter dem Titel »Was kommt nach den Fallpauschalen?« Angesichts ihres aktuellen Aufwinds dürfte er ein interessanter Termin für die Diskussion strategischer Fragen der Pflegebewegung werden.

Stefan Schoppengerd ist Redakteur der Zeitung express und aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik.

(Zuerst erschienen in: express. Zeitung für eine sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 8-9/2018)

** Der Kongress hat in der Zwischenzeit stattgefunden und viele Aktive der lokalen Solidaritätsbündnisse, der Streiks, des Netzwerks kritischer Mediziner*innen und des vdää zusammen gebracht. Es wurde voneinander gelernt und es sind Verabredungen formuliert worden.*

Kämpfe werden härter

Fragen an Karl Stülpner zur privatisierten Psychiatrie

Auch die Psychiatrien wurden in Deutschland nicht verschont von Ökonomisierung und Privatisierung. Karl Stülpner erläutert, was sich ändert, wenn ein psychiatrisches Krankenhaus von einem privaten Konzern übernommen wird.

Du hast lange Jahre in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus in Osnabrück gearbeitet und warst dort auch im Personalrat. Dann wurde das Haus im Jahr 2007 privatisiert. Wer hat es gekauft?

KS: Die AMEOS Gruppe, ein Gesundheitsdienstleister mit Sitz in Zürich, der im deutschsprachigen Raum Krankenhäuser, Pflege- und Eingliederungseinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz betreibt. AMEOS hat sie 80 Einrichtungen an 44 Standorten mit ca. 9.000 Betten/Plätzen und ca. 13.000 Mitarbeiter*innen und einer Bilanzsumme von derzeit rund 900 Millionen Euro.

*Was hat sich seitdem an der Arbeit auf Station für die Patient*innen und Beschäftigten verändert? Habt Ihr einen weiteren Ökonomisierungsschub erfahren?*

KS: Der mehr als gute Überleitungstarifvertrag hat uns sechs Jahre geschützt (Fünf Jahre waren vertraglich vereinbart). Allerdings hat man nur kurze Zeit später ab März 2008 fast nur noch Mitarbeiter*innen über ein eigenes Leiharbeitsunternehmen eingestellt. Ausgenommen waren und sind Ärzt*innen und anfangs auch Psychologische Psychotherapeut*innen. Seit der Übernahme durch AMEOS wird extrem viel Wert auf die Belegung gelegt. Das Non



plus Ultra! Es geht um Leistungsausweitung. Das hat natürlich Auswirkung auf die Versorgung.

Was hat sich für die Arbeit der betrieblichen Interessenvertretung geändert? Ihr habt mehrfach lange Arbeitskämpfe geführt, einmal sogar den längsten im Klinikbereich in Niedersachsen. Wofür habt Ihr wochenlang gestreikt und was war das Besondere an dem Kampf? Ist ein Streik gegen einen privaten Arbeitgeber härter?

KS: Es waren im Jahr 2014 insgesamt sieben Wochen. Da ging es ursprünglich nur darum, den Arbeitgeber an den Verhandlungstisch zu zwingen. Der hatte sich beharrlich geweigert, mit ver.di einen Anschluss an den TVÖD zu verhandeln. In 2016 haben wir insgesamt zwölf Wochen gestreikt. Hier haben sich die Verhandlungen aufgrund von Verzögerungstaktik seitens des Arbeitgebers immer wieder hinausgezogen. So eine Verhandlungstaktik durch Verweigerung gab und gibt es bis heute im öffentlichen Dienst nicht. Vor allem der durch den Arbeitgeber aufgebaute Druck (auch) auf einzelne Arbeitnehmer*innen war für viele ausgesprochen unangenehm. Das ging sogar soweit, dass, obwohl ein Maßregelungsverzicht bestand, Arbeitnehmer in Hildesheim die Kündigung erhielten. Dies wurde später durch Intervention von ver.di verhindert bzw. zurückgenommen.

Wie siehst Du die Zukunft der Psychiatrie? Wird es noch mehr Privatisierungen geben? Wird die Einführung eines Pauschalentgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) das befördern?

KS: Die Erfahrungen durch materielle Privatisierungen in einigen Bundesländern waren und sind nicht positiv. Allein die Frage, ob hoheitliche Aufgaben privatisiert werden können, ist nicht abschließend geklärt. Das zeigt auch ein Urteil des Staatsgerichtshofs aus Niedersachsen. Hier musste das Land damals nachsteuern und durch weiterhin beim Land beschäf-

tigte Kolleg*innen dafür Sorge tragen, dass die Staatsgewalt ständig im Boot ist. Das ist aber nicht in allen Bundesländern so. Die Öffentlichkeit und der veranstaltete Widerstand der Beschäftigten in Niedersachsen haben einiges dazu beigetragen, dass die Privatisierungswelle im Bereich der psychiatrischen Versorgung erstmal beendet war und noch immer ist. Viele Bundesländer haben danach noch ihre eigenen Einrichtungen formell privatisiert. Ein Beispiel dazu ist Hessen. Der Landeswohlfahrtsverband hat durch Umwandlung seine ehemals rein öffentlichen Kliniken in GmbHs überführt. Der Träger ist jetzt die Vitos Holding. Dieses Konstrukt läuft allerdings meines Wissens sehr gut.

Die Frage, ob PEPP einen weiteren Privatisierungsschub auslöst, kann – glaube ich – zurzeit noch nicht abschließend beantwortet werden. Wenn PEPP die gleichen Auswirkungen haben sollte wie die DRG in der Somatik, ist dies allerdings zu befürchten. Der ökonomische Druck, der dort ausgelöst wurde, war meines Erachtens ein gewichtiger Grund für die Privatisierungswelle in der Somatik. Ob so ein massiver Druck auch durch die PEPPs entsteht, bleibt abzuwarten. Zurzeit sieht es nicht so aus. Aber auch hier hat ein massiver Widerstand (der Fach-Verbände und auch von ver.di) gegen diese Finanzierungsform dazu geführt, dass der Gesetzgeber immer wieder Veränderungen vorgenommen hat, zuletzt durch das PsychVVG, das eine der ersten politischen Regelungen seit Jahren ist, die nicht noch mehr in Richtung Markt und Preise geht, sondern hin zu einer (begrenzten) Deckung der tatsächlichen Kosten, allerdings natürlich mit einigen Fallstricken...

Jens Spahn will in Zukunft in den somatischen Häusern die Ausgaben der Krankenhäuser für Pflege aus den DRG rausnehmen und dort eine Art Selbstkostendeckung einführen. Wir sehen das als eine Kehrtwende in der Krankenhauspolitik an, die freilich auch einige Gegentendenzen hat. Gibt es auch Bewegung in der Psychiatrie?

KS: Der §17d KHG (hier ist die Vergütung der Psychiatrie geregelt) ist nicht betroffen. Ob und wie weit Personalkosten zu refinanzieren sind, geht aus dem PsychVVG hervor. Die Einrichtungen müssen ihre Personalkosten gegenüber den Krankenkassen nachweisen (Nachweispflicht). Nicht verwendete Mittel aus dem Personalkostenbudget müssen zurückgezahlt werden. Inwieweit die Tarifsteigerungen (wie in der Somatik) zu refinanzieren sind, ist noch nicht abschließend geklärt. Auch ob und in welcher Höhe die Veränderungsrate noch in die Berechnung einfließt. Für beides gibt es unterschiedliche Interpretationen.

Für die Psychiatrie liegt derzeit der Fokus auf der Psychiatrie-Personalverordnung und die vom Gesetzgeber in Auftrag gegebene Nachfolgeregelung. Diese soll zum 1. Januar 2020 die alte PsychPV ablösen. Wir müssen jetzt alles daran setzen, die neue Regelung bedarfsgerecht auszustatten. Wenn dann noch eine transparente, also auch für Interessensvertretungen nachvollziehbare Nachweispflicht durch die AG ausgeführt wird, sind wir auch mit Blick auf eine gute Patientenversorgung auf einem guten Weg.

Wir danken Dir für das Gespräch.





Privilegierung von Privatversicherten

Ein Text zur Diskussion – von der Regionalgruppe des vdä Hamburg

■ Die Privilegien und die Forderungen

Wir halten es für einen Anachronismus, dass privat Versicherte in der ambulanten Versorgung bevorzugt werden. Diese Bevorzugung ist am deutlichsten im Zugang zum Gesundheitswesen. Der Zugang wird maßgeblich von ärztlicher Seite gestaltet. In Wohngebieten mit einem hohen Anteil an Privatversicherten gibt es mehr Arztpraxen.

Die ambulante Medizin folgt dem Geld und ist dort am stärksten vertreten, wo sie am wenigsten gebraucht wird (inverse care law). Das ist ein weltweit zu beobachtendes Phänomen. Überall dort, wo keine Regulation stattfindet, ist dieses in einer ausgeprägten Form zu beobachten. In Deutschland sind Privatpraxen und deren Verteilung ein Ausdruck dieser Tendenz.

Privatversicherte haben erheblich kürzere Wartezeiten, wie sie auch schneller Termine bekommen. So ist es häufig Normalität, dass bei einer Terminanfrage zunächst nach dem Versicherungsstatus gefragt wird und danach findet erst die Terminvergabe

statt. Es gibt Arztpraxen, in denen getrennte Wartebereiche bestehen und es gibt Sprechzeiten, die ausschließlich für Privatversicherte eingerichtet sind. Viele gesetzlich Versicherte empfinden das als demütigend und auch privat Versicherte finden es beschämend.

»Armut und soziale Isolation können durch hausärztliche Tätigkeit nicht behoben werden. Hausärztinnen und Hausärzte sind als die ihren Patienten am nächsten Agierenden verpflichtet, sich gegen die soziale Spaltung in der Gesellschaft einzusetzen. Die Hausarztpraxis kann daher ein Ort sein, wo Respekt in der Zuwendung und Chancengleichheit leitend sind.« (Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin – DEGAM 2012)

Was die DEGAM für die hausärztliche Medizin entwickelt hat, ist auf die gesamte ambulante medizinische Versorgung übertragbar. Die Privilegien privat Versicherter widersprechen unserer moralischen Grundhaltung als Mediziner*innen, dass alle Menschen die gleichen Rechte haben. »Alle Menschen

sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.« (UN Menschenrechtscharta) »Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals als bloßes Mittel brauchst.« (Immanuel Kant, Kategorischer Imperativ, in: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten)

Die Abschaffung der neben der gesetzlichen Krankenversicherung parallel existierenden Privatversicherung und die Einführung einer solidarischen Bürger*innenversicherung für alle würde die Bevorzugung aber auch die Über- und Fehlversorgung von privat Versicherten verhindern. Es ist möglich, ohne Abstriche an der Qualität der Versorgung für alle Patient*innen die Bevorzugung zu beenden. Wir fordern daher alle Kolleg*innen auf, das zu beenden und dieses gegenüber den Patient*innen deutlich zu machen und dafür zu werben.

Wir fordern die Landesparlamente und den Bundestag auf, die Gleichbe-

handlung gesetzlich festzuschreiben. Um keine Nachteile für privat Versicherte zu erzeugen, muss eine Regelung gefunden werden, diese in die Terminservicestellen aufzunehmen. Wir fordern sowohl die Kassenärztliche Vereinigung als auch die Ärztekammern auf, das Gebot der Gleichbehandlung in die Berufsordnung aufzunehmen und sich inhaltlich hinter diese Forderungen zu stellen.

■ Zu den Hintergründen

Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere oder ohne ausreichende Versicherung ist ein ungelöstes Problem. Hier muss die Arbeit von zahlreichen Menschen herausgestellt werden, die sich in Initiativen zusammengeschlossen haben, um eine medizinische Versorgung dieser Personengruppe zu gewährleisten. In Hamburg z.B. das medibüro, das Arztmobil oder die Praxis ohne Grenzen. Auch die konkrete Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen ist hier zu nennen. Es handelt sich um eine beispielhafte Aufzählung, die keineswegs vollständig ist, denn das würde den Rahmen sprengen. Dieses Engagement war und ist weiterhin notwendig, da die Politik ihrer Verantwortung nicht gerecht wird, die medizinische Versorgung bedarfsgerecht zu organisieren. Der anonyme Krankenschein wäre eine Maßnahme, um die Situation zu verbessern. Medizinische Versorgung ist ein Menschenrecht und darf nicht in das Ehrenamt ausgelagert werden.

Die Verengung des Problems der Versorgungsungleichheit auf die Versicherungsform läuft Gefahr, die (wachsenden) sozialen Ungleichheiten nicht zu benennen, sondern zu verschleiern. Die Auswirkung des sogenannten sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, beruflicher Status u.a.) auf das Leben, ist eindeutig belegt. So betrug die Differenz an Lebensjahren zwischen Menschen, die zur niedrigsten und zur höchsten von fünf Einkommensgruppen gehören, laut einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts von 2015 in Deutschland bei Frauen 8,4 Lebensjahre und bei Männern 10,8 Jahre. Deutlicher wird der Unterschied, wenn nur die Lebensjahre betrachtet werden, die in sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden. Dann beträgt der Unterschied zwischen Menschen aus diesen bei-

den Gruppen bei Frauen 13,3 und bei Männern 14,3 Jahre. Die Egalisierung dieser Ungleichheit ist eine soziale und politische Aufgabe und wird nicht erreicht durch eine gerechtere medizinische Versorgung.

Dennoch verfolgt die Kritik an der Bevorteilung Privatversicherter sehr wohl in der Tendenz eine Abschwächung der Ungleichheit. Auch durch eine gleiche Behandlung wird Gesundheit gefördert, denn Ungleichheit wirkt nicht nur über die absoluten Einkommensunterschiede, sondern auch durch die damit verbundenen Macht-, Partizipations- und Autonomieungleichheiten. Ungleichheit selber in seiner bewertenden Eigenart führt zu gesundheitlichen Unterschieden bzw. zu Krankheit.

Neben den Einkommensunterschieden ist die relative Einkommensposition und der Grad der gesellschaftlichen Ungleichverteilung zentral. Wird die Bevölkerung in Zehntel nach Einkommensgruppen aufgeteilt, so steigt die Lebenserwartung nicht nur im Vergleich vom untersten zum obersten, sondern in jedem Zehntel. Es geraten bei der Frage nach den Ursachen für diese Ungleichheit bei bereits graduellen Einkommensunterschieden andere Indikatoren als die individuelle Ressource in den Blick: die gesellschaftlichen Beziehungen insbesondere in Hinblick auf Macht und Autonomie. Der sozioökonomische Status, von dem in der Soziologie gesprochen wird, wenn gesellschaftliche Unterschiede benannt werden, ist keine rein ökonomische Differenz, vielmehr eine soziale Ungleichheit, die unter »die Haut« geht.

»Unter die Haut« im Sinne eines Umschlags psychosozialer Umstände in Determinanten des leiblichen Wohlergehens und der Gesundheit. Aus den individuellen Arbeits- und Lebensbedingungen resultieren Machtbeziehungen, in denen restriktive Handlungsbedingungen, Zeitdruck, Stress, Angst, Demütigung graduell zunehmen, je niedriger der sozioökonomische Status ist. (Vgl. Hagen Kühn: »Überlegungen zu einer Politischen Ökonomie der Gesundheitspolitik«, 2018). Am stärksten betroffen sind die ärmsten und sozial deklasierten und diskriminierten Menschen wie Wohnungslose, Migrant*innen ohne Status, Süchtige, Hartz IV-Empfangende, Aufstocker*innen, die also von ihrer Arbeit nicht leben können, Alleinerziehende, chronisch Kranke, Menschen mit Handicaps usw.

■ Privatversicherte haben in der medizinischen Versorgung auch Nachteile

Es wird hier keineswegs gegen privat Versicherte argumentiert. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren sich an wissenschaftlicher erwiesener Zweckmäßigkeit (Evidenz based Medicine EbM). Der Leistungskatalog wird geprüft und erweitert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dem Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzt*innen vertreten sind. Patient*innen sind dort beobachtend tätig. Dem G-BA ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zugeordnet.

In der PKV werden medizinisch wirkungslose und potentiell schädliche Leistungen nicht ausgegrenzt. Die PKV trägt auch fragwürdige Leistungen, wirkungslose Medikamente und Me-too-Medikamente. Die PKV finanziert sich mittels Kapitalanlagen. Sie partizipiert an den bestehenden internationalen

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaee.de



ungerechten Einkommens- und Vermögensverteilungen. Bei diesem Finanzierungsmodell ist es prinzipiell wichtig, dass die Finanzwirtschaft Profite abwirft und dass es mehr Einzahler*innen gibt als Bedürftige (mehr Geber als Nehmer). Das scheint aktuell ins Wanken geraten zu sein. So stiegen die PKV-Beiträge 2017 durchschnittlich um 17%! Die PKV hat keine Instrumente, die Ausgaben zu beeinflussen. Zudem hat sie erheblich höheren Verwaltungs- und Vertriebskosten. Die Privaten benötigen etwa 60.000 Beschäftigte um ca. 9 Mio. Versicherte zu versorgen, während beispielsweise die TK für 9,5 Mio. Versicherte und einem größeren Aufgabenspektrum nur 15.000 Beschäftigter bedarf (Vgl. Hartmut Reiners 2017, S. 58). Die Overheadkosten (Verwaltung, Werbung usw.) betragen 2012 in der PKV 20,6% und in der GKV einschließlich der Pflegeversicherung 5,4% (Vgl. Knieps / Reiners 2015)

Viele Privat Versicherte verlieren die durch das Finanzmodell notwendigen Altersrückstellungen, wenn sie die Versicherung wechseln. Nur die ab 2007 Versicherten können einen Teil der Altersrückstellungen mitnehmen. So sind die Versicherten dauerhaft an eine PKV gebunden oder müssen mit erheblich höheren Beiträgen nach einem Wechsel rechnen. Das führt z.B. dazu, dass Beamte, die in Hamburg auch in eine gesetzliche Versicherung wechseln können, dieses häufig nicht tun. Die PKV honoriert generell alle Einzelleistungen ohne Mengenbegrenzung. So werden privat Versicherte häufig überbehandelt – zu häufig mit teuren und nicht ausreichend etablierten Medikamenten.

Die GKV hat dagegen ein differenziertes Honorierungsmodell von Leistungskomplexen und Einzelleistungen, budgetierte und außerbudgetäre Leistungen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Institute der Krankenkassen begleiten wissenschaftlich die Versorgung und erstellen beispielsweise fundierte Informationen über die unnützen und teils schädlichen IGeLeistungen.

■ Was bedeutet das für die Praxen

Der durchschnittliche Anteil am Umsatz durch GKV in den Praxen liegt bei 69%, die Hausärzte haben den höchsten Anteil von 79,3%, und die Hautärzte den geringsten mit 51,1% (der Reinertrag ist bei den Hausärzten am niedrigsten und bei den Radiologen am höchsten (vgl. Reiners 2017, S. 95). Der durchschnittliche Rest von 31% nicht durch die GKV finanziertem Umsatz wird nicht alleine durch die PKV gedeckt. Hier kommen noch Selbstzahlungen bzw. Eigenbeteiligung hinzu und auch andere Kostenträger haben einen gewissen Anteil an der Umsatzdifferenz. Eine Ärzt*in erhält für vergleichbare Behandlungsleistungen von der PKV durchschnittlich das 2,28 fache von dem, was die GKV zahlt (Studie Duisburg Essen 2008). Dieses mehr an Geld fließt als Einnahmen in die Praxisumsätze. Es kommt nicht der Versorgung im Allgemeinen zu Gute. Damit werden finanzielle Anreize gesetzt, sich dort niederzulassen, wo viele privat Versicherte leben. Neben anderen Faktoren, wie der geringeren Arbeitsbelastungen durch die geringere Morbidität, ein

Hauptgrund für die regionale Unter- bzw. Überversorgung. (Die Medizin folgt dem Geld s.u.).

■ Zur Möglichkeit einer Bürger*innenversicherung

Eine Bürger*innenversicherung wäre eine Möglichkeit, die Ungleichbehandlung tiefgründig zu verringern. Zur Zeit sind fast 90% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Die GKV wird im Wesentlichen finanziert durch Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen. Die besser Verdienenden können sich privat krankenversichern und tun dies oft auch. Diese sind daher mit 90% der Bevölkerung nicht solidarische gegen Krankheit versichert und gehören gleichzeitig zu den gesünderen 10%. Eine Bürger*innenversicherung hätte auch positive Auswirkungen auf die Versorgung privat Versicherter. Darüber hinaus gäbe es erheblich weniger Verwaltungskosten sowohl auf ärztlicher Seite für das Abrechnungswesen, für die Versicherten, weil sie durch das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen befreit wären davon, Rechnungen einzureichen und zu begleichen, und in der Verwaltung der Krankenversicherung könnte erheblich eingespart werden. Eine Bürger*innenversicherung wäre auch mit dem Grundgesetz vereinbar. Sie sollte sich am Modell der GKV orientieren.

■ Unterschiede von PKV und GKV

Der Zugang wird über die Regulierung und Gestaltung des Versorgungssystems bzw. der Anbieterseite maßgeblich gestaltet. Indikatoren für den Zugang sind Wartezeiten, Zuzahlungen, Erreichbarkeit und unterschiedliche Angebote je nach Versicherung. Es ist eindeutig mehrfach und wiederholt belegt, dass gesetzlich Versicherte erheblich längere Wartezeiten für einen Termin in Kauf nehmen müssen. Auch in der ärztlichen Praxis ist die Wartezeit signifikant erhöht.

Besonders Spezialist*innen praktizieren in Regionen, in denen der Anteil privat Versicherter erhöht ist. »Zugleich aber besteht auch bei uns faktisch ein >inverse care law< – wie es international bezeichnet wird: Die meisten Ärz-

t*innen sind in den Regionen (insbesondere wohlhabenden Stadtteilen in Ballungsräumen) tätig, in denen der geringste Bedarf besteht. Je ärmer und damit gefährdeter gegenüber vorzeitiger Erkrankung und Sterblichkeit eine Bevölkerung ist (vor allem in »ärmeren« Wohnquartieren und auf dem Land), umso schlechter sind häufig die medizinischen Versorgungsstrukturen.« (Die DEGAM-Zukunftspositionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis, 2012)

Die Medizin folgt dem Geld. In wohlhabenderen Stadtteilen verdienen tendenziell die niedergelassenen Ärzt*innen mehr u.a. durch einen höheren Anteil an Privatpatient*innen, aber vielleicht auch dadurch, dass die Versorgung pro Patient*in nicht so zeitintensiv ist und so insgesamt mehr Menschen behandelt werden können. Zudem ist die Arbeit in wohlhabenden Stadtteilen weniger belastend, denn es herrscht dort weniger Elend und Armut. Armut beeinflusst Krankheit immens und verringert auch den möglichen ärztlichen Einfluss auf das Krankheitsbild und -geschehen, was sich wiederum auch auf die (berufliche) Zufriedenheit der Ärzt*innen auswirkt. Gesetzlich Versicherte nehmen tendenziell eher Hausärzt*innen und Notaufnahmen, privat Versicherte eher spezialisierte medizinische und unwissenschaftliche Therapieangebote in Anspruch. Aussagen über die Unterschiede in der Qualität der Versorgung lassen sich schwerer treffen. Es ist ein bekanntes Problem, dass sich medizinische Qualität nicht mit Kriterien aus der Ökonomie beschreiben lässt. Qualität wird häufig als Mindeststandard gebraucht, um im Konkurrenzkampf in einem marktwirtschaftlichen Wettbewerb um die niedrigsten Kosten, die medizinische Versorgung nicht zu gefährden. Dennoch lassen sich einige gesicherte Aussagen im Vergleich von gesetzlicher und privater Versicherung in diesem Bereich treffen.

So wird die Arzt-Patient-Beziehung von PKV-Patient*innen signifikant als besser erlebt. Erhebungen, die z.B. die Häufigkeit der Arzt-Patient Kontakte quantitativ gemessen haben, unterstreichen das. Die wahrgenommene Qualität und Zufriedenheit war unter gesetzlich Versicherten signifikant schlechter. Privat Versicherte bekommen häufiger innovative und teurere Therapien. Vor dem Hintergrund, dass teure und innovative Therapien in der Regel höhere Risiken für bisher

unbekannte teils gefährliche Nebenwirkungen besitzen, wird hier deutlich, dass privat Versicherte auch Nachteile haben.

Die Bedeutung von längeren Wartezeiten und Wegstrecken ist nicht wissenschaftlich untersucht, aber es ist zu vermuten, dass diese eher zu einem Verzicht führen und so relevant sind. Bei der Ungleichheit in der Inanspruchnahme ist der sozioökonomische Status scheinbar bedeutender als die Art der Versicherung. Jedoch spielen hier auch Zuzahlungen, Erreichbarkeit und Verfügbarkeit eine differenzierende Rolle zwischen gesetzlich und privat Versicherten. (Vgl. Jens Klein 2018 HÄB 9/18)

Festzuhalten ist, dass Versorgungsungleichheiten zwischen privat und gesetzlich Versicherten existieren. Die Ursachen sind auch in den unterschiedlich sozioökonomischen Status begründet aber nicht ausschließlich dem zuzuschreiben. Eine Beseitigung des dualen Systems von privater und gesetzlicher Krankenversicherung, also eine solidarische Bürger*innenversicherung, könnte die Ungerechtigkeiten reduzieren. Die (wachsenden) sozialen Ungleichheiten auf das Problem der ungerechten Allokation der medizinischen Versorgung zu verengen, wäre jedoch falsch.

Regionalgruppe des vää Hamburg November 2018

Quellen:

DEGAM: »Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis«, 20. September 2012

Jens Klein: »Medizinische Versorgung – gleiche Behandlung für alle?«, Hamburger Ärzteblatt 9/2018

Franz Knieps, Hartmut Reiners: »Gesundheitsreformen in Deutschland«, 2015

Hagen Kühn: »Überlegungen zu einer Politischen Ökonomie der Gesundheitspolitik«, 2018

Hartmut Reiners: »Privat oder Kasse. Politische Ökonomie des Gesundheitswesens«, 2017

Anke Walendzik, Stefan Greß, Maral Manouguian, Jürgen Wasem: »Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung«, Universität Duisburg-Essen, Februar 2008

<https://www.menschenrechtserklaerung.de/die-allgemeine-erklarung-der-menschenrechte-3157/>

Wachsende Gewinne beim Rhön-Klinikum Konzern

Das DÄB vom 9. November 2018 berichtete, dass sich der Krankenhausbetreiber Rhön-Klinikum und das Land Hessen nach langem Hin und Her auf eine Vereinbarung zur Forschungsfinanzierung geeinigt haben, dass das Land künftig mehr Geld für Forschung und Lehre an die zum Konzern gehörenden Universitätskliniken Gießen und Marburg zahle. Laut Mitteilung des Konzerns verhilft diese sogenannte Trennungvereinbarung ihm in diesem Jahr zu zusätzlichen Einnahmen in Höhe von 20 Millionen Euro. Doch auch ohne diesen Einmaleffekt steht unter

dem Strich ein dickes Plus. Bis Oktober verbucht der Konzern einen Gewinn von 47,6 Millionen; 2017 waren es bis dahin 27,0 Millionen Euro, der Umsatz stieg um 2,9 Prozent auf 928,5 Millionen Euro. Für das Geschäftsjahr 2018 erwartet der Rhön Konzern höhere Erlöse als 2017, wo er 1,21 Milliarden Euro umgesetzt hat.

Im Dezember will Rhön-Klinikum seinen neuen Campus in Bad Neustadt eröffnen, in das Gebäude, die Infrastruktur und die Modernisierung hat der Konzern 250 Millionen Euro investiert. Dort sollen Patienten künftig oh-

ne lange Wege ambulant und stationär von verschiedenen Fachärzten behandelt werden können.

Rhön-Klinikum hat bis Ende September in elf Kliniken an den Standorten in Bad Neustadt, Frankfurt/Oder, in Marburg und Gießen sowie in Bad Berka in Thüringen mit 16.800 Beschäftigten ca. 644.000 Patienten versorgt, etwa 12.500 mehr als im Vorjahreszeitraum.

(Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99025/Rhoen-Klinikum-mit-starkem-Gewinnzuwachs>)

Der Markt wird es nicht richten

Nadja Rakowitz über die Jahreshauptversammlung des vdäa in Köln

Die diesjährige Jahreshauptversammlung fand in Köln statt; Thema war: »Der Markt wird es nicht richten! Planen und Zusammenarbeiten im ambulanten Gesundheitssektor.«

Nicht gerade ein sexy Thema – könnte man meinen. Und dennoch haben 114 Menschen teilgenommen – und wie in den letzten Jahren schon mehr als die Hälfte junge Mediziner*innen und Studierende. Der Tagungsort, die Alte Feuerwache in Köln, passte gut zu uns und unsere aktiven Kölner Mitglieder hatten alles toll vorbereitet und organisiert.

Am Freitagabend diskutierten wir in einer öffentlichen Veranstaltung über die Versorgung marginalisierter Gruppen. Gerhard Trabert aus Mainz war angefragt worden zum Thema: »Menschrechtskonforme Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen« und Heidrun Nitschke aus Köln: »Gesundheitsversorgung für alle: philanthropische Tafel oder Menschenrecht?« Für eine kontroverse Diskussionsmöglichkeit war also gesorgt, alleine die Diskussion wollte nicht in Gang kommen – nicht zwischen den Referent*innen noch mit dem Publikum. Die Diskussion verlor sich ein wenig auf Nebengleisen.

■ Gesundheitspolitisches Forum

Wie schon in den letzten Jahren gab es eine Mischung aus Inputs von eingeladenen Expert*innen mit anschließender Diskussion, ein gesundheitspolitisches Update und am Nachmittag parallele Workshops zur Vertiefung verschiedener Aspekte. Ursula Helms, Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss, sprach über »Kriterien sinnvoller Bedarfsplanung« und Prof. Dr. Kerstin Hämel, Gesundheitswissenschaftlerin an der Universität Bielefeld, über das Thema: »Welche (neuen) Versorgungsformen braucht es für die Ver-

sorgung im ländlichen Raum?« Ein Hauptanliegen der Patientenvertretung ist eine patient*innenorientierte Planung der ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit (drohender) Behinderung oder psychischer Erkrankung. Dringend erforderlich sei die Weiterentwicklung der Planungskriterien und die Erweiterung um soziale Determinanten.

Kerstin Hämel zeigte uns an verschiedenen internationalen Beispielen wie Brasilien, Slowenien, Spanien und Finnland, wie Gesundheitszentren mit einer kooperativen Arbeitsweise zwischen den verschiedenen Professionen und ohne lästige, fachfremde Sektorengrenzen eine bedarfsgerechtere Versorgung leisten können. An diesen Beispielen könnte man in Deutschland viel lernen für eine bessere Versorgungsstruktur vor allem in ländlichen Gebieten. Es wurde dabei aber auch deutlich, wie grundsätzlich die Veränderungen in Deutschland dann sein müssten.

Nachmittags begannen wir mit einer kurzen Slot zu aktuellen Entwicklungen, den die Gynäkologin Eva Waldschütz mit einem Bericht über die Auseinandersetzung um §219a begann. Danach begann die inzwischen schon traditionelle Workshopphase. Aus dem Workshop »Berufseinstieg und politisch aktiv sein – was können wir im vdäa anbieten?« heraus wurde ein Arbeitskreis-Weiterbildung gegründet. Er soll zum einen eine Plattform bieten für den Austausch persönlicher Erfahrungen zwischen Ärzt*innen am Beginn der Berufszeit und zum anderen soll auch der politische Kontext der Weiterbildung in einem kapitalistischen System diskutiert werden. Wer mitmachen möchte, ist herzlich eingeladen und möge sich bei der Geschäftsstelle melden.

Aus der Diskussion am Sonntagvormittag »Erstarkende rechte Bewegungen und Rassismus in der Gesellschaft (und auch im Gesundheitswesen): Was

kann der vdäa tun?« sind folgende Überlegungen entstanden: Zum einen sollte der Kampf gegen die Rechte und Anti-Rassismus ein Querschnittsthema sein und bei Vorstandssitzungen wie Pressemeldungen mehr Berücksichtigung finden. Weiterhin wurde vorgeschlagen, dass es im nächsten Jahr eine Veranstaltung (oder mehrere dezentrale) zum Thema geben soll und dass ein Anti-Rassismus-Workshop organisiert werden soll, der sich an die so genannte Stammtischkämpfer*innen Ausbildung von ver.di (ein Workshop in für antirassistische Argumentations- und Verhaltensübungen) anlehnt (und evtl. auch mit ver.di oder anderen Organisationen zusammen gemacht werden könnte?) Ebenfalls überlegt wurde, ob wir eine vdäa-Broschüre erstellen können mit aufklärenden und aufklärerischen Argumenten. Im Nachgang zu der Diskussion am Freitagabend ist die Idee entstanden, einen Arbeitskreis Öffentlicher Gesundheitsdienst zu gründen. Wenn Ihr Interesse habt, meldet Euch bitte bei der Geschäftsstelle.

Alle diejenigen, die nicht bei der diesjährigen JHV anwesend sein konnten, werden bei dieser Erzählung hoffentlich merken, wie viel Energie hier drin steckt. Die JHV ist ein Treffpunkt, um sich zu informieren, kritisch zu diskutieren, Gleichgesinnte zu treffen, Pläne zu schmieden und Netzwerke auszubauen. All die verschiedenen Vorhaben können freilich nicht vom vdäa-Vorstand und der Geschäftsstelle alleine bewältigt werden, sondern brauchen nun die aktive und kontinuierliche Beteiligung von den Mitgliedern. So macht es Mut und Spaß, so kann es weitergehen!

Der Rechenschaftsbericht des Vorstands, die Bilanzen und das Protokoll der Mitgliederversammlung liegen der Zeitschrift als Broschüre bei (nur bei den vdäa-Mitgliedern).

Ärztliche Weiterbildung in Polen

Wie es nach dem Hungerstreik letztes Jahr weiter ging – von der Berliner Ortsgruppe des vdä

Im Herbst 2017 befanden sich Ärzt*innen in mehreren polnischen Städten in einem symbolischen Hungerstreik. Der größte Protest fand in einem Krankenhaus in Warschau statt. Wir haben mit zwei Ärzten der jungen Ärzteorganisation Porozumienie Rezydentów gesprochen, um herauszufinden, wie sie sich organisiert haben, ob sie mit dem Hungerstreik Veränderungen bewirken konnten, und was nach dem Hungerstreik folgte.

■ Das polnische Gesundheitssystem

Das polnische Gesundheitssystem ist schon seit langer Zeit marode. Einer unserer Gesprächspartner beschreibt es als ein »pathologisches System«, in dem »Patient*innen sterben«. So flossen 2016 nur 4,4% des BIP an staatlichen Ausgaben ins Gesundheitswesen (OECD Durchschnitt 6,5%) (1). Es gebe einen großen Personalmangel, Angestellte im Gesundheitssystem würden nicht ausreichend bezahlt und die ärztliche Ausbildung brauche eine grundlegende Reform, so die polnischen Ärzte. Das System führe dazu, dass Patient*innen teilweise jahrelang auf wichtige Untersuchungen oder OPs warten müssen. Wer es sich leisten könne, zahle privat oder fahre ins Ausland, um sich dort behandeln zu lassen. Auch viele Mediziner*innen würden nach dem Studium das Land verlassen; nach Schätzungen der polnischen Ärztekammern haben seit dem EU-Beitritt ca. 12.500 Ärzt*innen (und 17.000 Pfleger*innen) das Land verlassen. (2)

In Polen folgt auf ein sechsjähriges Medizinstudium das Praktische Jahr, in dem die Ärzt*innen in Vollzeit arbeiten und auch Dienste machen müssen, wofür sie umgerechnet etwa 300 Euro monatlich verdienen. Nach diesem Jahr können sie sich auf eine staatlich finanzierte Stelle zur Weiterbildung bewerben. Wer keinen der begehrten staatlich vergebenen Plätze ergattern kann, muss ein halbes Jahr warten, um sich erneut zu bewerben, oder seine Weiterbildung unentgeltlich absolvieren. Da das Gehalt während der Weiterbildung nicht ausreicht, müssen viele Ärzt*innen einen zweiten oder dritten Job annehmen, um ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. Bei

mehreren Anstellungen in unterschiedlichen Krankenhäusern resultieren daraus Arbeitszeiten mit bis zu 100 Wochenarbeitsstunden.

■ Proteste 2017

Anfang letzten Jahres regten sich erste Proteste ärztlicherseits gegen die aktuellen Zustände im Gesundheitssystem. Junge Ärzt*innen organisierten sich zunächst durch den Start einer Facebook-Kampagne und dann als Untergruppe der polnischen Ärzt*innen-Gewerkschaft OZZL. Die Gruppe organisierte große Demonstrationen, an denen zum Teil 20.000 Menschen teilnahmen. Im Herbst 2017 beschlossen die Ärzt*innen in einen symbolischen Hungerstreik zu treten. Für sie sei das die letzte Option vor dem Niederlegen der Arbeit gewesen, berichtet uns ein Arzt der jungen Ärzteorganisation Porozumienie Rezydentów. Über 28 Tage nahmen ungefähr 200 Menschen an dem Hungerstreik teil. Immer, wenn eine Person nicht mehr konnte, wechselte eine neue Person an deren Stelle. In Warschau fand der Protest im Foyer einer Kinderklinik statt. Mit dem Hungerstreik erreichten die jungen Ärzt*innen eine große mediale Aufmerksamkeit und wurden ins Gesundheitsministerium eingeladen. Sie forderten eine Steigerung der Gesundheitsausgaben auf 6,8% des BIP in den nächsten drei Jahren, weniger Bürokratie, verkürzte Wartezeiten für die Patient*innen und die Einstellung von mehr medizinischem Personal. Zwar haben sie unter den Abgeordneten viel Zuspruch für ihre Forderungen erhalten, geändert hat sich nach dem Hungerstreik aber erstmal nichts.

Um den Druck auf die Regierung zu erhöhen, beschlossen die jungen Ärzt*innen zu einer kollektiven Kündigung des Opt-out (freiwillige Vereinbarung zur Steigerung der Arbeitszeit über das gesetzliche Höchstmaß hinaus, Anm. der Red.) aufzurufen. Dem folgten 5.000 von etwa 130.000 polnischen Ärzt*innen, was teilweise zur Schließung von Stationen führte und einige Kliniken lahmlegte. Ein Arzt, mit dem wir sprachen, sagte uns, die Einstellung der Mediziner*innen habe sich gewandelt. Sie seien nicht mehr länger bereit, die Fehler des Systems auszubügeln und den größten Teil ihres Lebens schlecht bezahlt in einer Klinik zu verbringen.

Die Kündigungen des Opt-out seien ein Erfolg gewesen.



Am 08.02.18 kam es zu einem Abkommen mit der Regierung darüber, dass bis 2024 die Ausgaben für das Gesundheitswesen auf 6% des BIP steigen sollen. Außerdem wurde gesetzlich geregelt, dass die Löhne für Ärzt*innen in Weiterbildung steigen sollen und für Ärzt*innen, die sich verpflichten, nach der Fachärzt*innenausbildung in Polen zu bleiben, soll es finanzielle Zuschüsse geben. Dieses neue Gesetz habe seit Inkrafttreten jedoch noch nicht viel verändert. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem seien zwar gestiegen, aber durch die gleichzeitig steigenden Kosten, seien sie reell noch nicht bei den Patient*innen angekommen. Auch von der Lohnerhöhung haben die Ärzt*innen noch nichts gesehen, da das Ministerium die Zahlungen immer wieder verschiebe.

■ Aktueller Stand

Momentan brauchen die Organisator*innen der jungen Ärzt*innen eine Pause. Die Bewegung hat zwar 30.000 Unterstützer*innen, aber die Vorarbeit von Protestaktionen und der Austausch mit der Regierung werden von wenigen Menschen getragen. Die im nächsten Jahr anstehenden Parlamentswahlen seien aber ein großer Ansporn um weitere Veränderungen zu fordern.

■ Politische Arbeit oder soziales Engagement?

Ein spannendes Thema im Austausch mit den beiden polnischen Ärzten war die Frage, ob die Protestaktionen politisch motiviert waren. Mehrfach erwähnten sie, dass ihre Aktionen in der polnischen Presse – die durch die Regierung stark kontrolliert werde – häufig so dargestellt würden, als seien sie von der Opposition oder der EU gesteuert und damit ein direkter Angriff auf die polnische Regierung. Davon jedoch wollen sie sich distanzieren, sie wollen eine Bewegung *für* eine bessere Gesundheitsversorgung und nicht per se gegen die Regierung sein. Auf die Frage, ob ihre Kernforderungen nicht letztlich linkspolitisch seien und deswegen auch als solche deklariert werden sollten, um sich von der Gefahr rechter Auslegungen abzugrenzen, erhielten wir Zurückhaltung und ausweichende



Antworten. Wie dringend notwendig es ist, die Forderungen nach besserer Gesundheitsversorgung tatsächlich für alle Menschen aufrecht zu erhalten – unabhängig von Herkunft, Klasse und sozialer Herkunft, Geschlecht, Religion oder der Summe der eingezahlten Versicherungsbeiträge – und sich jeglicher Diskriminierung auch in Situationen von Ressourcenknappheit aktiv zu *wehren*, *blieb etwas kontrovers*.

■ Was können wir von den polnischen Ärzt*innen lernen?

Am Ende des Gespräches wurden wir gefragt, warum wir das eigentlich alles wissen wollten, denn das deutsche Gesundheitssystem sei ja »der Himmel auf Erden«, wie sie von einer nach Deutschland ausgewanderten Kollegin hörten. Dass wir als Ärzt*innen in Weiterbildung keine finanziellen Sorgen haben müssen, da stimmten wir zu. Wir arbeiten dafür aber in einem Gesundheitswesen, das mehr und mehr privatisiert wird und in dem viele von uns den eigentlichen Anreiz ihrer ärztlichen Tätigkeit aus dem Blickfeld verlieren und stattdessen für den Profit eines großen Unternehmens arbeiten. Ähnlich wie in Polen spüren wir auch in Deutschland ein Umdenken der jüngeren Generation dahingehend, dass wir nicht (mehr) bereit sind, unser Leben komplett der Arbeit im Krankenhaus zu widmen. Wir wünschen uns geregelte

Arbeitszeiten und ausreichend Freizeit für andere Tätigkeiten. Aber könnten wir das auch hier mit einem Aufruf zur Kündigung des Opt-out erreichen? Unsere beiden Gesprächspartner sind sich einig, dass es zuerst die große mediale Aufmerksamkeit durch die Demonstrationen und den Hungerstreik in Polen brauchte, dass die Verweigerung von Überstunden einen Effekt haben konnte und von so vielen Ärzt*innen unterstützt wurde. Wäre das auch hier möglich, in einem System, in dem Ärzt*innen nicht nach der Arbeit im Krankenhaus direkt weiter zum nächsten Job eilen müssen, damit sie ihre Miete bezahlen können? Mit der Kündigung des Opt-out geht häufig die Angst einher, dafür im Kollegium sozial »geächtet« zu werden oder die Weiterbildung nicht entsprechend fortsetzen zu können, wenn dadurch z.B. die Zeiten im OP gestrichen werden. Es braucht eine breitere Aufmerksamkeit für das Thema, damit wir gemeinsam erreichen können, dass wir gut ausgebildet werden und patient*innenorientiert arbeiten können, in einem System, in dem auch für Ärzt*innen das Arbeitszeitgesetz gilt.

- 1 https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-as-a-share-of-gdp-2016-or-nearest-year_health_glance-2017-graph112-en#page1
- 2 <https://www.tagesschau.de/ausland/hungerstreik-aerzte-polen-101.html>

Gesundheitswesen mit ungewisser Zukunft

Didier Ménard über die aktuellen Probleme des Gesundheitswesens in Frankreich

Der Protest gegen neoliberale Austeritätspolitik schlägt in Frankreich gerade so hohe Wellen, dass Präsident Macron reagieren musste und bei einigen Kritikpunkten einzulenken versuchte. Ob die Protestierenden sich damit zufrieden geben, war bei Redaktionsschluss noch unklar. Didier Ménard schildert die Auswirkungen dieser Politik auf das Gesundheitswesen und wie diese in Konflikt gerät mit guten, den Vorstellungen des vdaa ganz ähnlichen Reformansätzen, die eine Jahrzehnte alte Geschichte haben.

Das öffentliche Gesundheitswesen in Frankreich durchlebt derzeit eine Transition von einem rein kurativ orientierten Krankenversorgungssystem zu einem tatsächlichen Gesundheitssystem. Zentraler Aspekt dieses Übergangs ist die Einführung von Angeboten der Prävention, der Gesundheitspädagogik und Patient*innenedukation, der Kampf gegen umweltbedingte Erkrankungen und die Strukturierung und Koordinierung der Behandlungspfade etc. Der Ausgang dieses Transformationsprozesses ist ungewiss.

Unter dem Einfluss der Revolten vom Mai 1968 und der Schriften von Cooper, Ilitch und Foucault gründete eine Gruppe von Allgemeinärzt*innen 1973 den SMG («Syndicat de la Médecine Générale» = Gewerkschaft der Allgemeinmedizin) mit dem Ziel, ein neues System der ambulanten Primärversorgung mit folgenden Eckpfeilern aufzubauen:

- eine Abkehr von der Einzelfallabrechnung als Hindernis auf dem Weg zu einer ganzheitlichen Medizin,
- die Einrichtung multiprofessioneller Berufsausübungsgemeinschaften mit dem Ziel einer bio-psycho-sozialen Versorgung,
- der Kampf gegen die Kommerzialisierung medizinischer Versorgung und die Einflussnahme der Pharmaindustrie,
- die Verteidigung der 1945 vom Conseil national de la Résistance (Nationaler Widerstandsrat) eingeführten solidarischen Krankenversicherung »Sécurité Sociale«

Seit 1973 bewegt sich der SMG mit diesen sozialen und emanzipatorischen Forderungen in ungünstigen Kräfteverhältnissen, die durch wirtschaftsliberale und rechte Interessenverbände dominiert werden. Als linke Gewerkschaft wurde dem SMG die Anerkennung als repräsentative Ärzt*innengewerkschaft verweigert, wodurch er von der Aushandlung der Kollektivverträge zwischen Vertragsärzt*innen und Krankenkassen ausgeschlossen ist.¹ Dennoch sind seine Ideen zu Kernelementen der aktuell stattfindenden Transformation geworden. Dies ist weniger das Ergebnis eines ideologischen Bewusstseinswandels, als vielmehr die Folge gesellschaftlicher Entwicklungen, gegenüber denen das bestehende Gesundheitssystem versagt. Hierzu zählt die Zunahme chronischer und umweltbedingter Erkrankungen, die geographisch ungleiche Verteilung der Leistungserbringer*innen mit einer massiven Unterversorgung bestimmter Regionen, die Zunahme des relativen Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP und nicht zuletzt der Wunsch der jungen Generation, mit der antiquierten Struktur des ambulanten Versorgungssystems zu brechen.²

Die aktuelle Phase der Transformation zeichnet sich durch folgende Aspekte aus:

- der Wunsch der Allgemeinärzt*innen und der nicht-ärztlichen Beschäftigten in der Primärversorgung, sich zusammenzuschließen und eine patient*innenzentrierte Gesund-



heitsversorgung in einem interdisziplinären Rahmen aufzubauen, beispielsweise in Gesundheitszentren mit angestellten Beschäftigten, deren Versorgungsangebot sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert;

- eine neue Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen mit dem zunehmenden Delegieren ärztlicher Tätigkeiten, beispielsweise an klinisch-therapeutisch tätige Pflegekräfte;
- der Übergang von der Einzelfallrechnung zu einer gesundheitsstatus- und erkrankungsabhängigen Finanzierung;
- eine bislang inexistente öffentliche Planung und Strukturierung der regionalen Versorgungsstrukturen;
- eine Verbesserung des Versorgungszugangs für alle, insbesondere durch spezielle Angebote für Angehörige besonders prekärer und vulnerabler Gruppen wie beispielsweise Migrant*innen;
- das Aufgreifen der durch Gesundheitsfachkräfte in Berufsausübungsgemeinschaften/kollektiven Gesundheitszentren³ angestoßenen Transformationsprozesse mit der staatlichen Gesundheitspolitik im Rahmen des Projekts »Ma Santé 2022« (Meine Gesundheit 2022).

■ Was es zu verhindern und zu bekämpfen gilt

Diese Konvergenz von staatlicher Gesundheitspolitik und durch die Gesundheitsarbeiter*innen getragenen Veränderungen eröffnet zwei mögliche Perspektiven: Entweder die Entwicklung wird staatlich diktiert und den Fachkräften entzogen, sodass diese zu reinen Dienstleister*innen staatlicher Politik werden. Oder die öffentlichen Institutionen begleiten den von den Beschäftigten angestoßenen Prozess. Es steht zu befürchten, dass die Verhandlungen zwischen (mehrheitlich konservativen) Ärzt*innengewerkschaften und der Krankenkasse außerhalb des demokratischen Diskurses stattfinden und so mangels einer langfristigen Vision im institutionellen Rahmen versanden werden.⁴

Die Austeritätspolitik der letzten Jahre beeinflusst die aktuellen politi-



schen Entscheidungen. Die Kürzungen der Budgets der öffentlichen Krankenhäuser, deren Konkurrenz mit den lukrativen privaten Krankenhäusern, der erzwungene Zusammenschluss von Krankenhäusern, um Bettenzahlen zu reduzieren und somit Personalkosten zu reduzieren, sowie das profitorientierte stationäre Abrechnungssystem »T2A« (tarification à l'activité, ähnlich dem deutschen Fallpauschalensystem) führen zu einem Notstand in den öffentlichen Krankenhäusern. Da die Regierung beschlossen hat, die Sparpolitik im Bereich der Krankenhäuser fortzuführen, stehen hier politische Auseinandersetzungen bevor.

Die Wirtschaftsliberalen versuchen ununterbrochen, die solidarischen Elemente des Sozialstaats marktförmig umzustrukturieren. So ist die Versuchung für die aktuelle Regierung groß, die Gesundheitsausgaben in den privatwirtschaftlichen Sektor auszulagern. Dies wird beispielsweise am zunehmenden Stellenwert privater Zusatzversicherungen erkennbar.

Unter diesen Bedingungen geraten sinnvolle Elemente der laufenden Reformen – wie die Versuche, wahrhaftig gegen umweltbedingte Erkrankungen zu kämpfen, Behandlungspfade sinnvoll zu koordinieren und die Stadtteilgesundheit fördert (Patient*innenedukation, Prävention, Bürger*innenbeteiligung) – in Konflikt mit den Austeritätsplänen und der neoliberalen Ideologie der Regierung. Es geht in den geschilderten Auseinandersetzungen um nicht weniger als die Wahl zwischen einer wirtschaftsliberalen Gesellschaftsform, die immer weitere Ungleichheiten

produziert, und einer Gesellschaft, die auf einer solidarischen, ökologischen und humanistischen Wirtschaftsform beruht.

Didier Ménard, 68, ist Allgemeinarzt, Mitglied im französischen Syndicat de la Médecine Générale (SMG) und Vorsitzender des Stadtteilgesundheitszentrums Association Communautaire Santé Bien-Être (<http://acsbe.asso.fr/>) in Saint Denis (93).

*Übersetzung aus dem Französischen:
Paul Brettel*

- 1 Da es in Frankreich keine Kassenärztlichen Vereinigungen wie in Deutschland gibt, handeln Gewerkschaften die Kollektivverträge aus. Die Anerkennung als Vertragspartner wurde dem SMG 1984 – unter Druck durch die rechtskonservative Ärzt*innengewerkschaft CSMF – von der damaligen »sozialistischen« Regierung verweigert.
- 2 Ähnlich wie in Deutschland ist die ambulante Versorgung in Frankreich durch das Konzept des vermeintlich »freien« Arztberufs geprägt. Insbesondere zählt hierzu die Niederlassungsfreiheit, die regelhafte Berufsausübung als Selbständige*r in Privatpraxen, die Einzelfallvergütung. Dieser Lebensentwurf wird von vielen jungen Ärzt*innen, insbesondere die Mehrheit der Ärztinnen, zugunsten der Tätigkeit als Angestellte*r abgelehnt.
- 3 Aktuell arbeiten ca. 20% der Gesundheitsfachkräfte in kollektiven Versorgungsstrukturen.
- 4 Insbesondere da Teile der Reform im Widerspruch zur neoliberalen Wirtschaftspolitik der Regierung stehen, als auch weil die Umsetzung der Transformation in die Hände derjenigen konservativen Ärzt*innengewerkschaften gegeben wird, die die geplanten Veränderungen ablehnen.

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärzt*innen im vdää

Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige/r« Ärzt*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patient*innenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen Ständesvertreter*innen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!

Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee

