

DOSSIER

Nr. 10, Juli 2021

EIN DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSSYSTEM FÜR ALLE

Investorinnen und Investoren diktieren zusehends, wie das Gesundheitssystem funktionieren soll. Sie nutzen jede Lücke unzureichender Gesetze, um ihre Macht auszubauen. In der Corona-Krise wurden die Ressourcen knapp. Das System ist ausgeblutet, die Beschäftigten sind zusehends entsetzt.

Hilmar Höhn

VOM UMGANG MIT EINEM GRUNDRECHT

„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes war 1949 keineswegs als „Grundrecht auf Gesundheit“ verfasst worden. Im Gegenteil: Er diente der Abwehr von Ein- und Angriffen auf Leib und Leben, wie im Nationalsozialismus geschehen. In sieben Jahrzehnten seit seinem Beschluss hat das Grundgesetz manche Änderung erfahren. Einiges wurde gestrichen, anderes hinzugefügt und einige Passagen wurden neu interpretiert. 1981 „distanzierte sich das Bundesverfassungsgericht von einem zu engen Verständnis“ des Artikels 2 und schloss, so der Staatsrechtler Christian Pestalozza, „psychische, seelische Unversehrtheit und das ‚soziale Wohlbefinden‘ ein“. 1999 ging das Gericht einen Schritt weiter, so der Rechtswissenschaftler. Und zwar indem sie einem Kläger den Zugang zu einer Therapie ermöglichten, wenn mit ihrer Hilfe das Leben verlängert, „mindestens aber nicht unwesentliche Minderung des Leidens verbunden ist“. In einer nächsten Entscheidung von 2005 habe sich das Gericht noch weiter vorgewagt und Totkranken den Zugang zu „von ihm selbst gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethoden“ gewährt (Pestalozza, 2007).

Zwischen den Jahren 1999 und 2005, in denen der Inhalt von Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz von einem reinen Abwehrrecht gegen Eingriffe des Staates zu einem Grundrecht auf Gesundheit entwickelt wurde, machte sich die Politik in Deutschland daran, aus dem Gesundheitswesen einen Markt zu machen. Krankenhäuser gingen an Investoren und Investorinnen. Sie nutzten diese unter anderem als Vehikel, um Arztpraxen und Versorgungszentren zu kaufen. Über Standorte von Augenkliniken entscheidet in der Konsequenz nicht mehr die Kassenärztliche Vereinigung, sondern die Stiftung der in die Schweiz ausgewanderten Kaffeeröster-Familie Jacobs.

Dass die Verhältnisse sich so entwickelt haben, auch dass ein Drittel der Männer aus armen Verhältnissen vor Erreichen ihres 65. Geburtstages versterben, im Mittel keine 57 gesunden Jahre vor sich haben, während ihre vermögenden Altersgenossen Jahrzehnte länger ihr Leben (gesund) genießen können, ist in der Öffentlichkeit nicht präsent.

Mit den Zahlen und Fakten zu diesen beiden Themen und den Fragen, wie ins Lot gebracht werden kann, was dem Markt überlassen wurde und wie mehr gesundheitliche Gleichheit möglich ist, beschäftigt sich dieses Dossier. Und es geht der Frage nach, was aus der Corona-Krise für die Zukunft eines demokratischen Gesundheitswesens zu lernen ist.

INHALT

Vom Umgang mit einem Grundrecht	1	Kapitel 2	44
		Armut macht krank – Krankheit macht Armut	44
Kapitel 1	3	Einkommen entscheidet über	
Das kranke System der Gesundheit	3	Lebenserwartung	44
Warteschleifen bis zur Operation	3	Gespaltene Städte	46
Treibt die Alterung der Gesellschaft den Preis für Gesundheit?	5	Neun Gründe für ein zu kurzes Leben	48
Das Gesundheitssystem: 370 Milliarden Kosten oder 678 Milliarden Umsatz? – Zwei Sichtweisen	7	„Gesundheitliche Ungleichheit“ wird gemacht	50
→ Finanzierungsströme im Gesundheitswesen	8	Vorzeitige Sterblichkeit ist erblich	51
Investorinnen und Investoren steckten zuerst im Osten der Republik ihre Claims ab	10	🔪 Bernhard Winter, VdÄÄ: „Frohlockt haben wir damals nicht“	52
🔪 Knut Lambertin, AOK: „Es ist alles noch viel verzwickter“	12	Kapitel 3	58
Eine gescheiterte Finanzpolitik öffnet Investorinnen und Investoren den Markt in den Westen der Republik	17	Fazit – Die Lehre aus der Corona-Pandemie oder Pflaster reichen nicht mehr	58
Auf dem Weg in eine inhumane Medizin	18	Bibliographie	64
→ Renditenjäger im Krankenhaus	25	Autor	68
Warum Kliniken bei Zahnarzt-Investorinnen und -Investoren so beliebt sind	26		
→ Von Dänemark lernen?	30		
Auswege aus der Misere	32		
🔪 Sylvia Bühler, ver.di: „Immer mehr erkennen, dass sie mit noch so großem persönlichem Einsatz die Fehler im System nicht ausgleichen können“	37		



Kapitel 1

DAS KRANKE SYSTEM DER GESUNDHEIT

Geht es um Gesundheit, geht es um Millionen Schicksale. Und um Milliarden Euro. Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen Beiträge an Krankenversicherungen, Patientinnen und Patienten bezahlen einzelne medizinische Leistungen selbst, zahlen in der Apotheke zu. Auch ein Teil der Steuereinnahmen landet als Zuschüsse im Gesundheitssystem. 2019 kursierten 372 Milliarden Euro im System. 7,5 Millionen Menschen verdienen sich mit ihrer Arbeit an der Gesundheit ihr Leben. Jeder sechste Arbeitsplatz hängt in Deutschland mittlerweile an unserer Gesundheit, hier wird jeder achte Euro des Bruttoinlandsprodukts verdient (BMWi, 2020).

Akteure schier ohne Zahl sind an dem System beteiligt, die sich engagieren, wenn die Seele einen Knacks hat, die Menschheit der Schnupfen plagt, die Herzen von Millionen nicht mehr so wollen, wie sie sollen oder nach dem Ski-Urlaub das Bein gebrochen ist. Von der Bekämpfung der Corona-Pandemie ganz zu schweigen.

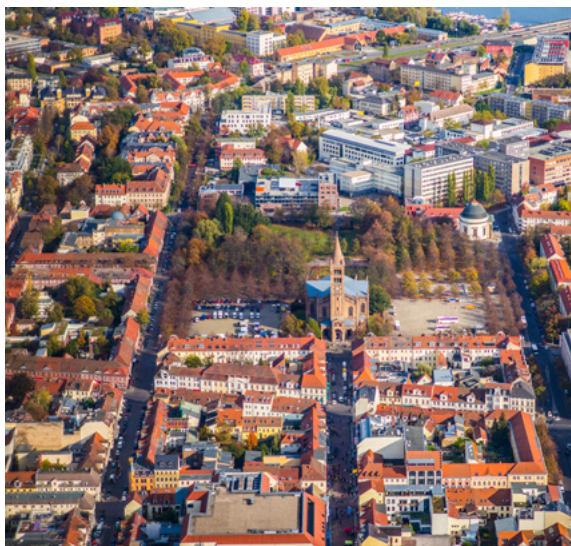
Warteschleifen bis zur Operation

Das Gesundheitswesen, dem die Deutschen ihr Leben anvertrauen, ist jedoch selbst krank. Auch ohne den Corona-Stresstest 2020/21 war es schon malad. Fast jedes zweite Krankenhaus erwirtschaftet Verluste (Bundesrechnungshof, 2020), in einer ökonomisierten Welt fast ein Todesurteil. Und niemand weiß wirklich um den Nutzen von Zahnspangen (ContactComittee, 2019), Ärztinnen und Ärzte arbeiten aneinander vorbei. Und ganz nebenbei verdienen Konzerne zweistellige Umsatzrenditen. Wie so vieles andere auch steht das Gesundheitssystem an einem Kipppunkt: Gewinnt in den kommenden Jahren der Markt und damit das Geschäft mit der Krankheit? Und so kann es einem ergehen,

der in die Mühlen eines schlecht organisierten Systems gerät:

Der Patient hatte alles richtig gemacht, er war wegen Unterleibsschmerzen zunächst beim Hausarzt vorstellig geworden. Der schickte ihn zum Facharzt und dieser drückte ihm eine Überweisung für das Klinikum in die Hand. Diagnose: akute Blinddarmentzündung. Muss dringend operiert werden.

In der Notaufnahme angekommen geriet der Mann trotz akuter Schmerzen in eine bizarre Warteschleife: Ein Arzt in der Ambulanz untersuchte ihn erneut, so ein Facharzt könne ja viel aufschreiben, ließ der Weißkittel seinen Kranken wissen. Er betastete ihn, verabreichte ihm ein Klistier, schließlich hätte es ja sein können, dass der Patient ledig-



DAS KLINIKUM ERNST VON BERGMANN, GESCHICHTE EINES SKANDALS

Das Klinikum Ernst von Bergmann ist eng gefasst ein Klinikum mit 1.100 Betten, das in 29 Kliniken und Fachbereichen „ein umfassendes medizinische Leistungsspektrum“ anbietet. Eigentlich handelt es sich beim „EvB“ genannten Klinikum jedoch um eine ganze Firmengruppe. Dazu gehören kleine Kliniken in der brandenburgischen Provinz, Medizinische Versorgungszentren, Polikliniken und Ambulatorien sowie medizinische Betreuung für Obdachlose und Jugendhilfe, kurzum, es handelt es um einen kleinen medizinischen Mischkonzern.

Der für seine Arbeit mehrfach ausgezeichnet ist. Etwa von der Zeitschrift Focus als „Top nationales Krankenhaus 2021“, von der Wirtschaftswoche als „wertvoller Arbeitgeber für das Gemeinwohl“ oder als eine von Deutschlands besten Kliniken, wie das Handelsblatt 2019 urteilte.

Doch als das Corona-Virus sich auch in dem nach dem Chirurgen Ernst von Bergmann (1836 - 1907) ausbreitete, kam heraus, dass der Glanz der Auszeichnungen und des großen Namensgebers dem Stresstest nicht standhielt. Der Ausbruch geriet schnell außer Kontrolle. Die Stadt Potsdam setzte daraufhin eine Expertenkommission ein. Ihr Auftrag: Herauszufinden, warum es diesen Ausbruch geben konnte und welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen seien.

Das Fazit der Kommission in einem Satz: **„Eine langfristige strategische Zielplanung ist nicht erkennbar. In der Konzernstrategie ist eine sichere Patientenversorgung als Leitmotiv nicht verankert.“**

Das Gutachten der Expertenkommission wird in diesem Dossier in Kästen auszugsweise abgebildet.

lich unter Verstopfung leide. Fehlanzeige, es war wirklich der Blinddarm.

Dann verschwand der Arzt. Der Patient blieb allein mit seinen Schmerzen in der Ambulanz zurück. Bis der nächste Heilkünstler erschien. „Ich wurde wieder untersucht, man erklärte mir, es habe leider keine Übergabe gegeben.“ Wieder musste Verstopfung ausgeschlossen werden. Wieder blieb er allein zurück. Wartezeit mit entzündetem Blinddarm: „Insgesamt viereinhalb Stunden“. Dann habe er einen zufällig vorbeikommenden Arzt angesprochen. „Der stellte sich dann als Oberarzt heraus. Er meinte, alles täte ihm schrecklich leid, er habe aber von seinen beiden Kollegen keine Unterlagen bekommen.“ Es folgte die dritte Untersuchung im Krankenhaus. „Dann hieß es: Das ist ja akut, eine halbe später war der OP-Termin.“

Der Mann, der hier in ein System organisierter Verantwortungslosigkeit geraten war, heißt Knut Lambertin. Der Vorgang liegt lange zurück. Inzwischen ist Lambertin alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrates des Bundesverbandes der Allgemeinen Ortskrankenkassen. Zwar treibt ihn nach wie vor die Frage um, wer solche auch heute gar nicht so seltenen Fälle wie den seinen bezahlt und ob es gerecht zugeht im Gesundheitswesen. Aber im Grundsatz ist er von „unserem Gesundheitssystem“ überzeugt. „Man kann ohne Portemonnaie zum Arzt gehen.“ Die Fehler seien nicht struktureller Art, hätten schon gar nichts mit dem solidarischen Prinzip der Sozialversicherungen zu tun. An den engagierten Beschäftigten jedenfalls liege es nicht. „Es sind Folgen einer falschen Politik.“

Von der Politik im Gesundheitswesen und ihren Folgen wird in diesem Kapitel die Rede sein. Im Fokus: die Krankenhäuser in Deutschland. Laut Statistischem Bundesamt gab es 2020 noch fast 2.000 Kliniken, in denen 19,4 Millionen Menschen behandelt wurden. Fast 110 Milliarden Euro setzen die Kliniken um. Das ist fast ein Drittel der Ausgaben im Gesundheitssystem.

Knapp 38 Prozent derjenigen, die als Patientinnen und Patienten ein Krankenhaus von innen zu sehen bekommen, werden dort operiert. Geschnipelt wird vor allem am Darm. Es folgen Eingriffe an den Gallengängen und das Einsetzen von Hüftprothesen (Statistisches Bundesamt, 2020 (1)). An erster Stelle in der Behandlungsliste stehen Krankheiten des Kreislaufsystems gefolgt von der Heilung von Verletzungen, Vergiftungen und „Folgen äußerer Ursachen“ wie Knochenbrüchen, so die Sachverständigen zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in ihrem 2018 veröffentlichten Gutachten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Wer als Notfall in eine Klinik eingeliefert wird, hat allen Anlass zur Besorgnis. Die Herausgeber des Qualitätsmonitors 2020 für das Gesundheitswesen bilanzieren nach Vorlage ihres Berichtes:



„Die Notfallversorgung ist in Deutschland stark durch eine sektorale Trennung gekennzeichnet, an der insbesondere ambulant tätige Ärzte, der Rettungsdienst und die Krankenhäuser teilnehmen.“ Gemeint ist, dass die verschiedenen Ebenen nicht so zusammenarbeiten, wie sie sollten. Es herrsche Mangel, so die Herausgeber in ihrem Vorwort, „an der zeitgemäßen Nutzung digitaler Technologien zur Prozessverbesserung“. Es gebe kaum Transparenz über die Prozesse, Patientinnen und Patienten würden „suboptimal“ durchs System gesteuert, Notfälle würden teilweise „in Kliniken mit inadäquaten Behandlungsstrukturen versorgt werden“ (Dormann et al., 2020).

Wer nicht als Notfall, sondern geplant und mit Überweisung in stationäre Behandlung gerät, hat ebenfalls Grund zur Sorge. Der Bundesrechnungshof kommt 2020 in einem Bericht an den Haushaltsausschuss des Bundestages zu dem Ergebnis: „Die Folge ist eine Krankenhausstruktur, die nicht nur chronisch unterfinanziert, sondern seit Jahren in weiten Teilen ineffizient ist: Es bestehen Doppelstrukturen und es gibt zu wenig Spezialisierung. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung nehmen komplexe Eingriffe vor, die spezialisierten Kliniken vorbehalten sein sollten. Das Potenzial für ambulante Behandlungen wird nicht ausgeschöpft. Zudem bleiben offene Stellen für ärztliches und pflegerisches Personal häufig unbesetzt“ (Bundesrechnungshof, 2020).

Und die Gesundheitssachverständigen urteilten in ihrem Bericht von 2018: „Die deutsche Krankenhauslandschaft ist durch eine überproportional hohe Anzahl von kleinen und mittleren Krankenhäusern gekennzeichnet“. Das führe dazu, dass viele Kliniken „hochkomplexe Leistungen erbringen, ohne über die für eine angemessene Qualität

notwendige Ausstattung und Expertise zu verfügen“. Leistungen würden möglicherweise „unterhalb einer empirisch ableitbaren kritischen Menge erbracht“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Kurzum: Wer Pech hat und mit seinen Beschwerden im falschen Krankenhaus landet, bekommt nicht die Behandlung, die sie oder er eigentlich braucht.

Wie sieht die Zukunft des heute mit vielen seiner Aufgaben überforderte, zugleich in Teilen unterfinanzierte Gesundheitssystems aus? Eine der Kernfragen lautet: Treibt die Alterung der Gesellschaft den Preis für Gesundheit?

1.2 Treibt die Alterung der Gesellschaft den Preis für Gesundheit?

Einen Hinweis auf die Zukunft von Kliniken im Besonderen und das Gesundheitssystem im Allgemeinen gibt die fortschreitende Alterung der Gesellschaft und deren Folgen für das Gesundheitswesen.

Es erscheint einleuchtend: Je mehr ältere Menschen in einem Land leben, um so höher werden auch die Ausgaben für Gesundheit steigen – schließlich werden alte Frauen und Männer häufiger und schwerer krank als ihre Zeitgenossinnen und Zeitgenossen im Kindheits- oder Erwerbsalter.

In ihrem Gutachten von 2018 haben die Sachverständigen im Gesundheitswesen durchbuchstabiert, wie Alterung und Gesundheitsausgaben miteinander verbunden sind. Im Jahr 2016 hätten die gesetzlichen Kassen für eine 25 Jahre junge Frau 4,29 Euro täglich zu kalkulieren gehabt, für Männer gleichen Alters waren es sogar nur 2,61

Euro. Im Alter von 60 kalkulierten die Sozialen Gesundheitsversicherungen mit einem Tagessatz von 8,39 Euro je Frau und 9,53 Euro je Mann. Der Peak der Ausgaben ist bei den 85-Jährigen mit fast 19 Euro für Frauen und mehr als 21 Euro für ihre männlichen Altersgenossen erreicht.

Eine alternde Gesellschaft hat theoretisch viele Möglichkeiten, mit dieser Entwicklung umzugehen. Die erste Variante scheidet im demokratischen und sozialen Rechtsstaat aus: Sie senkt die Standards im Gesundheitswesen vorrangig für ältere Menschen. Vorschläge etwa zur Rationierung von „Hüftgelenken für 85-Jährige auf Kosten der Solidargemeinschaft“ belebten auch in Deutschland vor mehr als zwei Jahrzehnten die politische Debatte. Doch aus ihnen folgte – zum Glück – nichts.

Die zweite Variante besteht darin, die Effizienz und Qualität im Gesundheitssystem zu erhöhen. Und drittens können die Beiträge angehoben werden.

Die Sachverständigen haben nun ihrer Kalkulation verschiedene Szenarien aus der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zu Grunde gelegt. Ergebnis: „Im Jahr 2035 werden im Vergleich zum Jahr 2015 fast doppelt so viele Hochbetagte den Personen im Erwerbsalter gegenüberstehen“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Nach dieser Rechnung lag das Verhältnis von Hochbetagten zu Erwerbstätigen zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichtes bei 4,5 Prozent, bis 2035 werde es auf acht Prozent oder sogar mehr gestiegen sein.

Einzelne Bundesländer wie Schleswig-Holstein oder Sachsen-Anhalt, aus denen derzeit die Jugend auf der Suche nach besseren beruflichen Perspektiven fortzieht, werden von der Entwicklung besonders betroffen sein.

Im hohen Norden könnte das Verhältnis zwischen Hochbetagten und Erwerbstätigen in 15 Jahren bei 9,4, in Sachsen-Anhalt bei fast 11 Prozent angekommen sein.

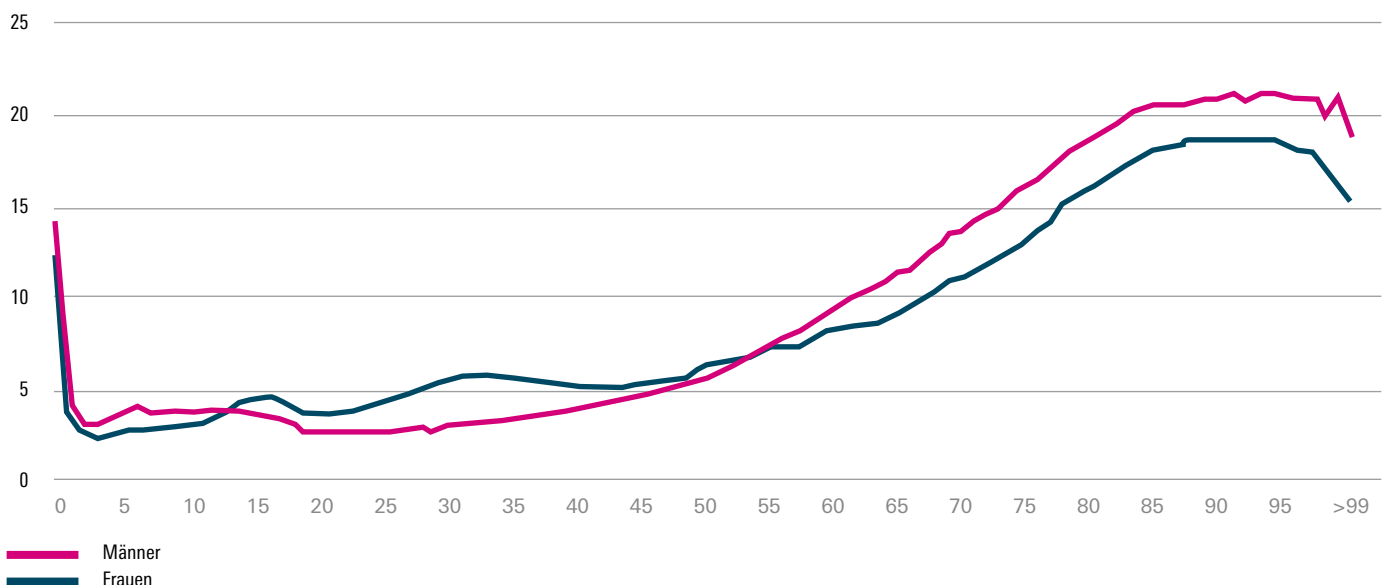
Freilich altert eine neue Generation der Alten heraus, die sich zu einem großen Teil bewusster ernähren, die mehr Sport machen und sich dabei von allerlei Gesundheits-Apps noch in den Wellness-Urlaub verfolgen lassen. Mit allerlei Pflückerchen und Tinkturen behandeln sie zwar nicht die unweigerlichen Gebrechen des Alters, beruhigen aber die besorgte Psyche älter werdender.

Jenseits der 370 Milliarden Euro, die als Beiträge und Steuergelder für Gesundheit ausgegeben werden, gibt es noch einen höchst dynamischen grauen Markt gegen Gebrechen. Mit einer jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate von 6,8 Prozent zwischen 2000 und 2019 sei dies geradezu ein „Wachstumstreiber“ der Gesundheitswirtschaft gewesen, schreiben die Sachverständigen.

Freilich werden mehr Alte mehr krank sein und damit werden steigende Kosten einhergehen. Ob es jedoch legitim ist, einfach die wachsende Zahl alter Menschen mit den heute geltenden Altersfaktoren zu multiplizieren, darüber streiten die Expertinnen und Experten.

Abb. 1 Altersausgabeprofile der Leistungsausgaben ohne Krankengeld pro Versichertentag der GKV für das Jahr 2018

Angaben in Euro je Versicherungstag



Quelle: svr-Gesundheit, Gutachten 2018

Hans Böckler
Stiftung

Beschäftigt haben sich mit dieser Frage die Gesundheitsökonom David Bowles und Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld. In einem 2012 veröffentlichten Aufsatz skizzieren sie zwei sich widersprechende Thesen. Die Hypothese von der Kompression der Morbidität besagt, dass „die kommenden Generationen an älteren Menschen im Durchschnitt gesünder sind als die vorangegangenen“. Das würde bedeuten, dass die Alten von morgen das Gesundheitssystem weniger und kürzer beanspruchen.

Demgegenüber stehe die Hypothese von der Expansion der Morbidität. Sie geht davon aus, dass die „Menschen mehr Lebenszeit im Zustand gesundheitlicher Beeinträchtigung verbringen“, da Krankheiten zeitlich unverändert auftreten, im Alter oft nicht mehr richtig kuriert, sondern chronisch würden.

Der Versuch, die eine oder andere Hypothese zu verifizieren, führte, so die beiden Autoren, zu nichts. Für beide Annahmen gibt es Erkenntnisse aus der Forschung, die sie stützen bzw. widersprechen (Bowles/Greiner, 2012).

Auch spätere Studien ergaben kein eindeutiges Bild. Die Wissenschaftlerinnen Janina Frank und Birgit Babitsch werteten eine bundesweit repräsentative Stichprobe aus Versicherten im Rentenalter der Jahre 2007 sowie 2014 aus, um im Vergleich der beiden Jahre Klarheit in das strittige Thema zu bringen. Doch auch sie kamen nach Auswertung von mehr als 1,7 Millionen (2007) bzw. 3,2 Millionen (2014) Patientendaten zu keinem eindeutigen Ergebnis: Zum einen sei der Anteil der Menschen mit mehreren Erkrankungen gegenüber chronisch Kranken und anderen Versicherten gestiegen. Eine Analyse nach Untergruppen habe aber zugleich gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken rückläufig sei. „Anhand der vorliegenden Ergebnisse kann die Frage nach dem Zutreffen der Morbiditätsexpansion bzw. -kompression in der ambulanten Versorgung nicht eindeutig festgestellt werden“ (Frank/Babitsch, 2018).

So gerne Politik, Gesundheitskassen und die am Gesundheitssystem beteiligte Zivilgesellschaft in die kommenden Jahrzehnte planen würde, die Auskunft aus der Wissenschaft ist: Es geht nicht. Man muss sich für ein Modell entscheiden, dem jedoch eine Alternative gegenübersteht.

Das ist anders als bei der Rentenversicherung, bei der die Parameter recht klar auf dem Tisch liegen (abgesehen von der Entwicklung von Produktivität und Einkommen als Einnahmebasis). Ausgerechnet im Milliardenmarkt Gesundheitswesen gelingt bestenfalls ein Fahren auf Sicht.

Die Forscher Bowles und Greiner warnen generell vor einer Verengung der Debatte über Gesundheitsausgaben auf die Alterung und die damit verbundenen Effekte: Sie sei nur „einer von vielen Faktoren“. Die Entwicklung von Bildung, Einkommen, Innovationen im Bereich von Behandlung,



GESCHICHTE EINES SKANDALS (1)

Der Auftrag an die Geschäftsführung ist durch wirtschaftliche Interessen dominiert.

Im Beschluss der SVV werden konkrete Umsatzrenditen gefordert (8%). Einsparungen im Personal- und Sachkostenbereich in Millionen-schritten sollen bei gleichzeitiger Leistungserweiterung erreicht werden.

Zudem fordert die Stadt Gewinnabführungen für soziale und gesundheitliche Aufgaben der Stadt. Der Gesellschafter erwartet von der Geschäftsführung, Umsätze zu generieren, Gewinne zu erzielen und diese wenn möglich an den Gesellschafter abzuführen.

Die Geschäftsführung wird also vorrangig an der wirtschaftlichen Performance gemessen. Ein Blick auf die Unterlagen und die Auswertung der Gespräche zeigen, dass die Qualität einer sicheren Patientenversorgung zunehmend aus dem Blick geraten ist (vgl. dazu auch 3.1.2 bis 3.1.7).

Eine langfristige strategische Zielplanung ist nicht erkennbar. In der Konzernstrategie ist eine sichere Patientenversorgung als Leitmotiv nicht verankert.

Der Konzernausbau erfolgte, soweit erkennbar, ohne vorherigen Businessplan oder einer langfristigen Ziel- und Strategieplanung. Offenbar wurde der Expansionskurs als einzig mögliche Option zur Rentabilitätssteigerung gesehen.

Auffällig ist, dass mit der Wachstumsstrategie verbundene Risiken für die Versorgungsqualität in der Auseinandersetzung kaum eine Rolle spielen (z. B. die Risiken von Informationsverlusten durch neu geschaffene Schnittstellen zu der ausgegliederten Servicegesellschaft).

Die Qualität der Kernprozesse für die Patientenversorgung liegt eher im blinden Fleck. Ein diesbezügliches Zielbild für den Daseinszweck des kommunalen Hauses und damit verbundene Werte werden vom Gesellschafter weder vorgegeben noch gemeinschaftlich mit der Geschäftsführung entwickelt.

Pflege und Gesundheitstechnik und ihre Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung seien gleichfalls zu berücksichtigen – und nicht wirklich kalkulierbar.

1.3 Das Gesundheitssystem: 370 Milliarden Kosten oder 678 Milliarden Umsatz? – Zwei Sichtweisen

An Prognosen im politischen Raum hat es dennoch keinen Mangel. Unter anderem fordert die Europäi-



FINANZIERUNGSSTRÖME IM GESUNDHEITSWESEN

Das Robert Koch Institut ist in der Corona-Krise zu einiger Berühmtheit erlangt. Die wenigsten Bundesbürgerinnen und Bundesbürger wussten vor Ausbruch der Pandemie um die Existenz dieses Instituts im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums. Zu seinen „Kernaufgaben“ gehören „die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten“ (RKI, 2021).

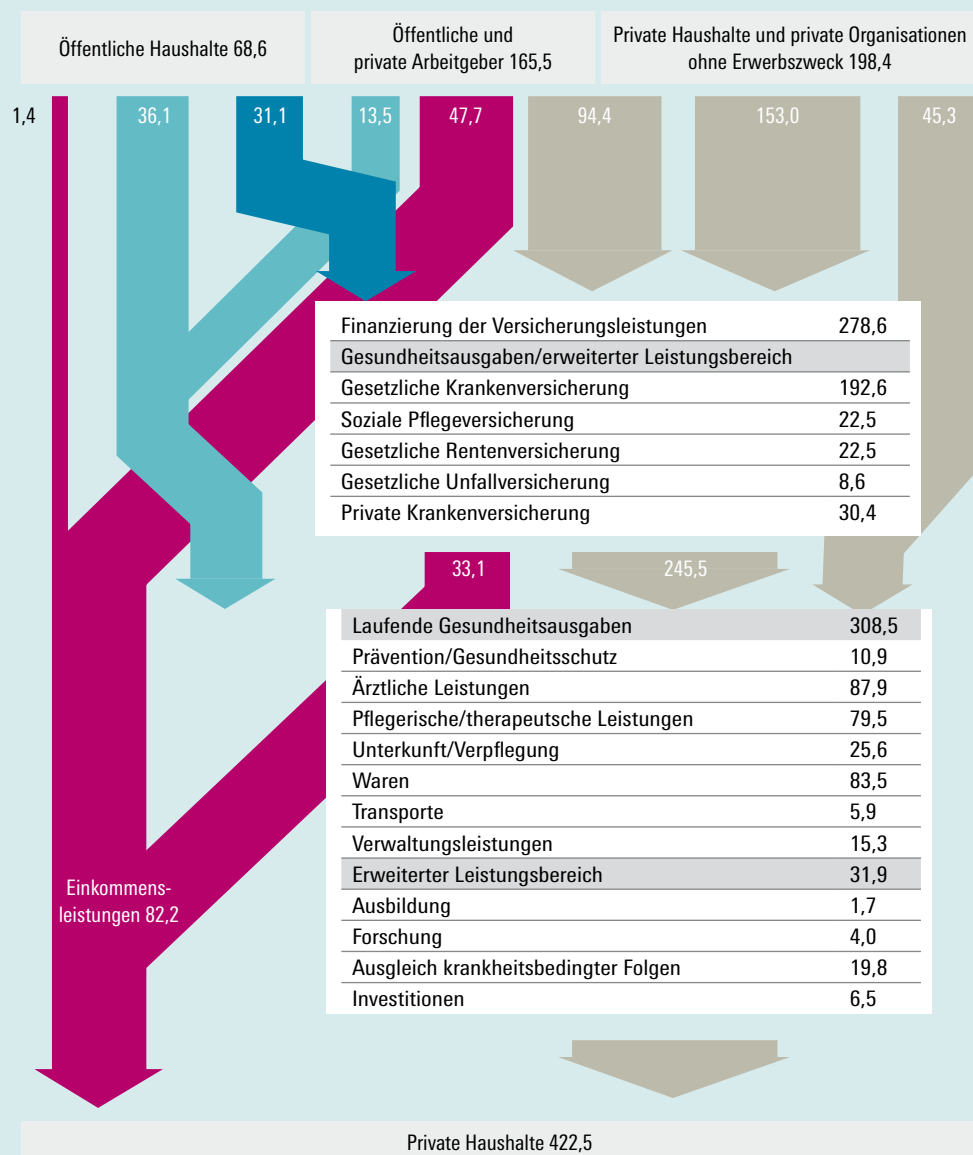
Das – wenn man so will – Gesundheitsamt des Bundes ist neben seinem operativen Teil auch für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zuständig. In seinem Report über „Gesundheit in Deutschland 2015“ erstellte das Institut unter an-

derem eine Übersicht über die Finanzierungsströme im Gesundheitswesen auf Basis der Zahlen von 2013.

Die Abbildung 2 zeigt, dass die Haushalte noch nur mit ihren Beiträgen in die verschiedenen Sozialversicherungen das finanzielle Rückgrat des Gesundheitswesens sind. In vielen Fällen müssen sie bei Behandlungen und Rezepten zuzahlen. Oder sie investieren freiwillig in ihre Gesundheit.

Über die öffentlichen Haushalte, die mit Zuschüssen etwa für versicherungsfremde Leistungen an der Finanzierung der Sozialversicherungen beteiligt sind, übernehmen die privaten Haushalte als Steuerzahlerinnen und Steuerzahler zusätzlich

Abbildung 2 Finanzierungsströme im Gesundheitswesen in MRD. Euro



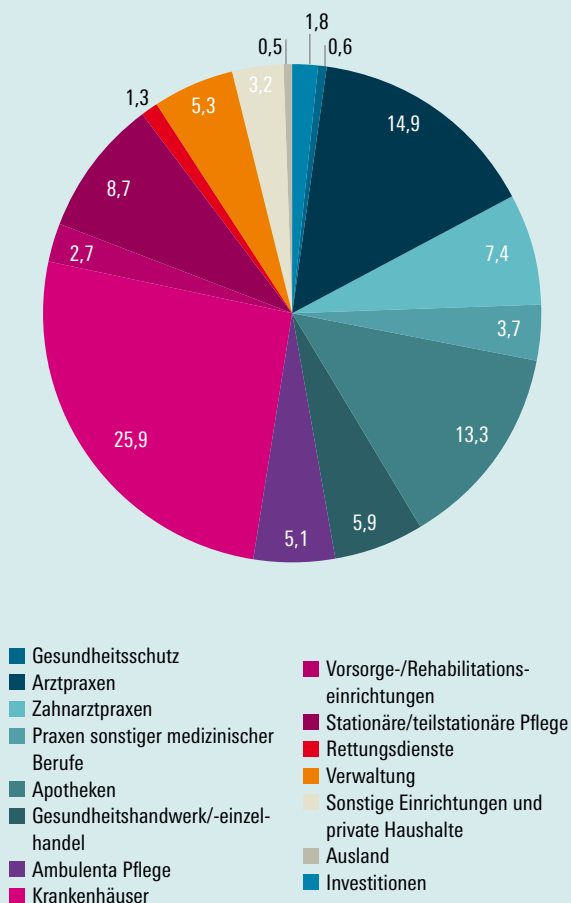
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen

Hans Böckler
Stiftung

die Verantwortung dafür, dass Krankenhäuser betrieben werden können, Ärztinnen und Ärzte eine wirtschaftliche Existenzgrundlage haben oder geheilten Schwerkranken mit Hilfe von Förderprogrammen ein Weg zurück in die Arbeitswelt geebnet wird. 2013 flossen mehr als 82 Milliarden Euro in Einkommen, die in der Branche verdient wurden, 245 Milliarden Euro deckten laufende Gesundheitsausgaben wie die Aufwände für Behandlungen, Pflege oder Investitionen der Branche (RKI, 2015).

Abbildung 3 gibt Auskunft über die Krankenhäuser als der mit Abstand teuerste Bereich im Gesundheitswesen. Ein Viertel aller Ausgaben fließt den Kliniken zu. Arztpraxen und Apotheken rangieren fast gleichauf mit etwa einem Sechstel am Umsatz auf Platz zwei. Pflege und Zahnärzte teilen sich mit ungefähr acht Prozent ein immer noch beachtliches Stück am milliardenschweren Kuchen.

Abb. 3 Gesundheitsausgaben als Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit: Einrichtungen



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018

Hans Böckler
Stiftung

sche Union solche Voraussagen ein. Dabei erfüllt sie ihre „Wächterrolle“ aus der Zeit, in der ihr marktradikales Grundgerüst geschmiedet wurde. So misst die Europäische Union, wie „großzügig“ etwa öffentliche Haushalte und Kassen, kurzum alle Daseinsvorsorgen, seien. Eines dieses aus der Vergangenheit des Marktradikalismus überlebten Reliktes, sind Stabilitätsprogramme. Regierungen müssen „nach Brüssel“ berichten, wie sich Ausgaben und Einnahmen aus Steuern, Beiträgen, Gebühren und Krediten Jahr um Jahr entwickelt haben.

Es sind die Finanzministerien der Mitgliedsstaaten, die für diese Berichterstattung zuständig sind. In Deutschland ist es das Bundesfinanzministerium.

Und das beauftragte 2016 ausgerechnet das marktradikale Kieler Institut für Weltwirtschaft (IfW) mit der Zuarbeit für den noch aktuellen „Tragfähigkeitsbericht“ über das Gesundheitswesen gegenüber der EU.

Bis 2060, so die 2016 angestellte Modellrechnung, erwarte man ein Anstieg der Ausgaben um 0,3 bis 0,8 Prozentpunkte des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Schon jetzt, so der Befund, sei das System unterfinanziert und durch „Fehl-, Unter- und Überversorgung“ der Versicherten geprägt. Dagegen helfe nur „verstärkter Wettbewerb“, so die Kieler. „Um Effizienz- und Effektivitätsgewinne bei hoher Qualität der medizinischen Versorgung zu realisieren wird u. a. empfohlen, den Wettbewerb zwischen den Akteuren im Gesundheitssektor durch mehr Vertragsfreiheit zu intensivieren“ (Bundesfinanzministerium, 2017).

Schon der Begriff der „Tragfähigkeit“ signalisiert den ideologischen Hintergrund der Methode: Wolfgang Schäuble, unter dessen Regie das Gutachten zum Bericht in Auftrag gegeben wurde, ist schon seit Jahrzehnten davon überzeugt, dass der Sozialstaat ausufernd sei und eine umfassende soziale Sicherung schlecht für Bürgerinnen und Bürger sei.

In seinem, Mitte der 1990er Jahre erschienen Buch „Und der Zukunft zugewandt“, schrieb er, er sei fest davon überzeugt, „dass eine Vielzahl unserer Sozialleistungen auch eine demotivierende und damit zukunftsfeindliche Wirkung habe“ (Schäuble, 1994). Demotivierend, weil Bezieher von Sozialleistungen sich als Kostgänger des Staates bequem einrichten könnten. Und zukunftsfeindlich, weil die Sozialausgaben Gesellschaft, Sozialversicherungen und Staat wirtschaftlich überforderten.

Die These, der Sozialstaat sei eine zu große Last für die Wirtschaft und produziere Abhängigkeit, statt Menschen zur Arbeit zu zwingen, gehört zum festen Kanon der von Marktradikalen und Konservativen vorgetragenen Kritik.

Dies sei allerdings ganz falsch, wie das an sich dem Markt zugewandte Bundeswirtschaftsministerium in seiner Berichterstattung über die



GESCHICHTE EINES SKANDALS (2)

Systematische Ausgrenzung von Widerspruch und wichtiger Fachexpertise

Die beschriebene strategische Ausrichtung und die formellen Organisations- und Managementstrukturen prägen auch die informellen Verhaltensmuster, also die Unternehmenskultur. Die Machtkonzentration an der Spitze, die Abhängigkeit von informellen Entscheidungswegen und die schwache Mitbestimmung entmutigt eine Kultur der informierten Entscheidung (ein „Speaking up“) und begünstigt einseitige Entscheidungen.

In den Gesprächen mit Mitarbeitenden wir die Geschäftsführung einerseits als visionär, zukunftsgerichtet und mitreißend beschrieben, aber auch als arrogant, dominant, keinen echten Widerstand erlaubend und zum Micromanagement neigend. Die medizinischen Leitungsfunktionen werden als schwach erlegt, wenn es um hausweite Fragen geht. Formell wird dies gefördert durch personelle Engpässe und der Besetzung von Stellen mit Persönlichkeiten, von denen wenig Opposition zu erwarten ist. Führungskräfte mit einer anderen, starken Meinung verlassen nach und nach das Haus und so kommt es langfristig zu einem Abfluss notwendiger Fachexpertise. Dieses generelle Muster zeigt sich in den im Nachgang beschriebenen geringen Stellenwert der Hygiene, des klinischen Risikomanagements, des Arbeitsschutzes und auch des Umgangs mit der Pflege.

Branche der „Gesundheitswirtschaft“ notiert hat. In dem Bericht für das Jahr 2019 wird nicht nur darauf verwiesen, dass mittlerweile „jeder 8. Euro Bruttowertschöpfung“ in derselben generiert wird, außerdem entstehen „mit jedem produzierten Euro in der Gesundheitswirtschaft 0,82 Euro zusätzliche Wertschöpfung. So hinterlassen 372 Milliarden Euro, die ins Gesundheitssystem fließen, „einen ökonomischen Fußabdruck von 678 Milliarden Euro“. Das ist mehr als ein Sechstel des Bruttoinlandsprodukts.

Seit 2010 stieg der Umsatz in der Kernbranche um knapp 114 auf 372 Milliarden Euro – ein Plus von mehr als vier Prozent per anno. Damit lag die Dynamik der Gesundheitsbranche über der Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts. Zwölf Prozent betrug der Anteil an der Wertschöpfung 2019. Am Beginn des Jahrzehnts waren es nur 11,2 Prozent gewesen.

Ausgaben im Gesundheitswesen zahlen eben auch direkt in die Volkswirtschaft wieder ein. Ob als Fallpauschale für eine Behandlung im Krankenhaus, eine Orthese aus dem Sanitätshaus oder die

Abrechnung einer Physiotherapeutin oder eines Physiotherapeuten. Die mehr als sieben Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen zahlen ihrerseits direkte und indirekte Steuern und Sozialabgaben, erwerben langlebige Wirtschaftsgüter und konsumieren. Es winken hoch attraktive Geschäfte. Kein Wunder, dass die ab den 1980er Jahren auftretenden aggressiven Investorinnen und Investoren Wege fanden, sich einen immer größeren Teil vom Kuchen zu sichern.

1.4 Investorinnen und Investoren steckten zuerst im Osten der Republik ihre Claims ab

Die dreistelligen Milliardenbeträge, die durch das Gesundheitssystem geschleust werden, haben schon früh private Financiers auf den Plan gerufen. Wobei ein Teil des Gesundheitswesens traditionell privatwirtschaftlich organisiert war. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte gehörten in Westdeutschland seit 1949 dem Kreis der Freiberuflerinnen und Freiberufler an, die ihren Arbeitsmarkt zusätzlich zu den hohen fachlichen Anforderungen an die Berufsausübung durch Kammern, Verbände und andere Zusammenschlüsse stramm organisierten haben. Weil der Zugang beschränkt ist und Niederlassungssitze an den Ort der Berufsausübung gebunden sind, ließ sich rechtfertigen, dass sich jener Teil des öffentlichen Gesundheitsauftrages auch privatwirtschaftlich organisieren ließ. Wenn in Hannover kein Sitz frei war oder wurde, mussten Ärztinnen und Ärzte auch das flache Land bedienen – wollten sie selbstständig sein.

Ganz anders war die ärztliche Versorgung in der Deutschen Demokratischen Republik aufgebaut. Der Auftrag der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung war weitgehend öffentlicher Dienst. Ärztinnen und Ärzte waren mit weiteren Mitgliedern von Heilberufen und einer Apotheke in Polikliniken angestellt. Die waren Anlaufstelle für Kranke in Städten und organisierten über kleinere Ambulatorien die Gesundheitsversorgung des ländlichen Raumes. Den Polikliniken waren alle anderen fachmedizinischen Einrichtungen der Region unterstellt. „Den Polikliniken war also ein fester Bereich zugeteilt, den sie betreuen sollten“, resümierte 2009 die Ärztezeitung die „Prinzipien, Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens“. Dabei ging es nicht nur um die Koordination in der Fläche. Die Ärztinnen und Ärzte der Polikliniken sollten ihre Patientinnen und Patienten auch während der Krankenhausaufenthalte betreuen. Ein interessanter Gedanke. Doch der Aufwand war zu groß, das System war unterfinanziert und litt unter Personalmangel – viele Ärztinnen und Ärzte nutzten jede Möglichkeit zur Flucht nach Westdeutschland. Die Kommunikation zwischen Poliklinik und Krankenhaus sei „auf lange Sicht organisatorisch nicht möglich gewesen“ (Ärztezeitung, 2009).

Tabelle 1: Klinikketten Umsatz/Rendite

Klinikbetreiber	Umsatz/EBIT (Mio. €)				
	2015	2016	2017	2018	2019
Helios	5.578/640	5.843/682	8.668/1.052	8.993 /1.052	9.234/1.015
Rhön	1.108/93	1.176/97	1.211/39	1.233/65	1.304/57
Asklepios	3.082/249	3.211/264	3.262/257	3.408/244	3.537/241
Sana	2.323	2.404/136	2.573/140	2.703/147	2.841/105

Quelle: Geschäftsberichte der aufgeführten Unternehmen.

Hans Böckler
Stiftung 

Dem Gesundheitssystem DDR kommt für die weitere Entwicklung der gesamtdeutschen Ordnung und die medizinische Versorgung nach 1990 eine besondere Bedeutung zu, wie überhaupt im Zuge der eiligen Vereinigung der beiden deutschen Staaten sich für Investorinnen und Investoren allerlei Okkasione darboten, wie etwa der Ausverkauf kommunaler Wohnungen.

Der Mediziner Rainer Erices und die Medizinerin Antje Gumz erinnerten in einem Beitrag zum 25. Jahrestag der Vereinigung an die Lage des DDR-Gesundheitssystems in seiner Endphase. Unter Berufung auf Lageberichte des Ministeriums für Staatssicherheit schreiben die beiden, die „materiell-technische wie personelle Versorgung sei als unzureichend wahrgenommen worden, die Pharmaindustrie galt bis in Staatskreise als veraltet“, Produkte Made in GDR galten als „kaum einsetzbar“, „wir sind teilweise völlig abhängig vom NSW (Nicht sozialistisches Wirtschaftsgebiet.“ Ärztinnen und Ärzte stellten zu Hunderten Ausreisearträge, allein im Bezirk Erfurt habe es 315 „Übersiedlungersuchende in den Einrichtungen des Gesundheitswesens“ gegeben. Es herrschte nicht nur Ärztemangel, auch Pflegekräfte wurden rar, die Rede vom Pflegenotstand habe die Runde gemacht (Erices/Gumz, 2014). Die Ressourcen waren so knapp, dass im Gesundheitssystem der DDR 1989 300 Millionen Mark hätten eingespart werden müssen. Wenn da die DDR nicht ohnehin in die Knie gegangen wäre.

Als die beiden deutschen Staaten im Herbst 1990 vereinigt wurden, war das Gesundheitssystem des Ostens pleite, personell ausgeblutet und wissenschaftlich nicht auf dem Stand der Zeit ausgebildet. Die 626 Polikliniken, 1.020 Ambulatorien und 1635 staatliche Arztpraxen hatten in der Welt der D-Mark keine Zukunft.

Polikliniken und Ambulatorien erhielten jedoch eine fünfjährige Bestandsgarantie, schreibt Philipp Manow-Borgwardt in einer Rückschau auf die Vereinigung der Gesundheitssysteme (Manow-Borgwardt, 1993).

Bernhard Winter ist einer der fünf Vorsitzenden des Verbandes demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ), und seit mehr als vier Jahrzehnten im

Dienst der Gesundheit. „Als die DDR vom Westen übernommen wurde, wurden dort viele Kliniken zu Sanierungsfällen, die Kommunen hatten nicht die Kraft, sie zu erhalten“, erinnert er sich in einem Gespräch für dieses Dossier.

Ein Blick in Untersuchungen über die Kliniken in der Wendezeit zeigt: Viele Kommunen wollten einfach keine Kliniken mehr betreiben.

Die 36 Kommunen, die „insgesamt 59 ambulante Einrichtungen weiterführen wollen, konzentrieren sich vor allem auf die Länder Brandenburg und Sachsen“, so der Sozialwissenschaftler Klaus Hofemann. In Thüringen und Sachsen-Anhalt wollte nur eine kleine Minderheit am System der Ambulatorien festhalten. Den meisten Kommunen konnte es mit der Schließung nicht schnell genug gehen, die fünfjährige Bestandsgarantie erwies sich als trügerisch. Fast 70 Prozent der Kommunen gaben an, „ihre Einrichtungen noch im Jahr 1991 zu schließen“, so Hofemann in einer Auswertung einer Befragung. „In ca. 20 Prozent der Fälle werden die Ambulatorien bzw. Polikliniken zu privaten Ärztehäusern umfunktioniert.“ In den verbliebenen Einrichtungen blieben oft nur die älteren Kolleginnen und Kollegen zurück, für die die Niederlassung als Selbstständige nicht mehr lohnte. Es waren, so Hofemann, vom Gesundheitssystem nach Monaten „nur Fragmente übriggeblieben“. Am 1. April 1992 waren 89 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in den fünf noch neuen Bundesländern „in eigener Praxis niedergelassen“ (Hofemann, 1993).

VdÄÄ-Vorsitzender Winter: „Dann wurden die Schleusen geöffnet und private Investoren wurden eingeladen, das große Geschäft zu machen.“

Den Krankenhäusern ging es kaum besser. In einem 2009 erschienen Beitrag blickte der damalige Bereichsleiter Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft, Niko Stumpfegger auf die Zeit der Vereinigung zurück: „Vor dem Hintergrund der Staatswirtschaft in der DDR waren Kommunalpolitikerinnen und -politiker in Ostdeutschland ihren Kommunalunternehmen oft weniger verbunden als im Westen.“ In den 1990er-Jahren wurde in den ostdeutschen Bundesländern privatisiert, was das Zeug hielt. Private Investoren griffen gie-



„ES IST ALLES NOCH VIEL VERZWICKTER“

Die Leiden des Gesundheitssystems sind Jahre, oft Jahrzehnte alt. In der Sprache der Medizin könnte man sagen, sie sind chronisch. Und sie sind politisch gemacht. Es fehlt allerdings der Mut, offen einzugestehen, was falsch läuft, weil eine echte Reformen Milliarden kosten würde. Beispiel: Investitionen in Kliniken. Eigentlich sind dafür die Bundesländer zuständig. „Jede und jeder, der mit dem deutschen Krankenhauswesen vertraut ist, weiß, dass die Länder ihrer Verpflichtung, die Investitionskosten der Krankenhäuser auskömmlich zu finanzieren, nicht nachkommen“, sagt Knut Lambertin, alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes und Experte für Gesundheitspolitik beim DGB-Bundesvorstand. Seine Bilanz über ein nach seinen Worten großartiges System: „Da bleibt dir nur Sarkasmus.“

Hilmar Höhn: Wenn man die Stellungnahmen einiger Verbände und Kammern liest, beginnt das Übel im Gesundheitswesen vor 20 Jahren. Du überblickst das Themenfeld Gesundheit nun schon viele Jahre. Würdest Du sagen, dass damals die Welt noch in Ordnung war?

Knut Lambertin: Nein, das war sie natürlich nicht. Die Mängel im System sind eigentlich viel älter. Um ein Beispiel zu nennen: Der Sachverständigenrat Gesundheitswesen schreibt in jedem seiner großen Gutachten sehr detailliert auf, dass die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht funktionieren, dass folglich die Grenzen zwischen den beiden Welten aufgehoben werden müssten. Obwohl also alle, die sich ernsthaft mit den notwendigen Reformen rund um Ärzte, Pflege, Kliniken und Reha beschäftigen, wissen, was schief läuft, ändert sich dort nichts Wesentliches.

Eine der Ursachen: Wir wissen relativ viel über die

Qualität in der stationären Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten. Über die Qualität der Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wissen wir fast gar nichts. Es gibt zwar auch über deren Arbeit Studien. Aber aus Fachmagazinen wissen wir, dass die Leitlinien angemessener Versorgung im Bereich der niedergelassenen Ärzte oft keine Anwendung finden.

Dossier: Wie kann das sein?

Lambertin: Dafür gibt es mannigfaltige Gründe. Ein Beispiel: Wenn man pro Quartal und Patient bezahlt wird, ist es für den Arzt als Unternehmer ungünstig, wenn er zu viel Zeit pro Patient einsetzt. Das schmälert seinen Gewinn. Aufbessern kann sie oder er das Einkommen, in dem Leistungen verschrieben werden, welche die Kassen nicht bezahlen. Viele Ärztinnen und Ärzte lügen ihre Patienten an und reden ihnen ein, dass die Kassen bestimmte

„NACH DER SARS-COV-1-PANDEMIE LAGEN DIE NOTFALLPLÄNE AUF DEM TISCH.“



notwendige Leistungen nicht mehr bezahlen. Daher müsse diese oder jene Behandlung privat getragen werden. Wie soll der Patient und medizinische Laie da widersprechen? Viele Leute fallen darauf herein. Woher sollen sie auch wissen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss definiert, dass medizinisch notwendige Leistungen auch von den solidarischen Krankenkassen bezahlt werden.

Dossier: Sind Ärzte, die sich Zeit nehmen für ihre Patientinnen und Patienten, die Ausnahme?

Lambertin: Kann ich nicht sagen. Ich kann es konkret für das Centrum für Gesundheit der AOK Nordost sagen. Das ist ein Medizinisches Versorgungszentrum mit angestellten Ärzten. Die drehen die Ärzte den Leuten keine IGeL-Leistungen an. Punkt. Die verkaufen ihre Leute nicht für dumm. Die zweite Lüge, die sicher die meisten Patientinnen und Patienten schon zu hören bekommen haben, ist die vom erschöpften Budget am Ende des Quartals. Dann kriegt man einfach keinen Termin mehr.

Dossier: Es gibt diese Budgets doch seit Jahren nicht mehr ...

Lambertin: Genau. Das heißt, der Arzt, der dich abwimmelt, bekommt nicht kein Geld für eine Behandlung, sondern weniger. Aber er wird bezahlt. Und sie haben alle ein gutes Auskommen. Nur wenn sie clever rechnen, dann wissen sie, wann sie den Break-Even-Point je Quartal erreicht haben – und danach werden die Menschen gerne so abgespeist.

Dossier: Wenn ich mir einen Fernseher kaufe und der stellt sich ein Vierteljahr später als Schrott heraus, kann ich ihn zurückbringen. Außerdem könnte ich mich vor dem Kauf bei der Stiftung Warentest über Fernseher informieren. So können Verbraucher, ohne Experten zu sein, am Markt selbstbewusst auftreten. Eine ärztliche Leistung kann ich nicht zurückgeben, die bekannten Ärztevergleichsportale haben mit sorgfältigen Studien nichts gemein. Kann man Gesundheit als Gut überhaupt dem Markt überlassen?

Lambertin: Niemand will behaupten, dass in einer Situation von Angebot und Nachfrage ethisches Handeln nicht möglich wäre. Aber die Verführung

scheint schon groß, die Ungleichheit über das Wissen von der Gesundheit zu nutzen, um mehr Geld zu machen. Patientinnen und Patienten müssen einfach ihrem Arzt vertrauen. Aber es gibt ja Bewertungsportale im Internet über die Arbeit von Ärztinnen und Ärzte. Da kann sich jeder und jede informieren.

Dossier: Lass uns über Krankenhäuser und Klinikkonzerne, über Private Equity Fonds und Medizinische Versorgungszentren sprechen. Gegen diesen Milliardenmarkt sind die niedergelassenen Ärzte doch kleine Fische. Das Gesundheitssystem hat mit der Corona-Pandemie einen Stresstest erlebt. Welche Konsequenzen sind mitten in der zweiten Welle klar erkennbar?

Lambertin: Ich fange mal da an, wo keiner daran denkt. Wir haben alle die Bilder von Intensivstationen vor Augen, wo Menschen liegen und beatmet werden. Ich setze beim öffentlichen Gesundheitsdienst an, der über die Jahre kaputtgespart wurde. Die Gesundheitsämter waren ja in der Krise überhaupt nur handlungsfähig, weil in der Spitze bis zu 800 Beschäftigte aus den medizinischen Diensten der Krankenkassen dorthin entsandt worden sind. Wie kann das eigentlich sein, dass im 21. Jahrhundert die Haushalte von Bund und Ländern im Plus waren und die Gesundheitsämter Schwindsucht hatten?

Dossier: Dann kommt die Krise und der Schrecken ist groß.

Lambertin: Und dann muss auch noch die Bundeswehr helfen. Es sind ja nicht nur die Gesundheitsämter. Es sind die Schulen, die Straßen, die Polizei, der Katastrophenschutz. Alle öffentlichen Bereiche sind total unterfinanziert. Die Belastungsgrenze der Beschäftigten im öffentlichen Dienst ist längst überschritten und die all der Menschen, die von der Arbeit dieser Dienste abhängig sind, im Grunde auch.

Dabei lagen nach der Sars-Cov1- und der Vogelgrippe-Pandemie, die 2003 glimpflich verlief, die Notfallpläne auf dem Tisch. Aus denen ging hervor, wie wichtig ein funktionierender Gesundheitsdienst ist. Aber die schwarze Null war wichtiger. Das ist aus meiner Sicht einfach nur unverantwortlich. Selbst als 2020 klar wurde, wie gefährlich Covid-19 für den Menschen ist, wurden die Pläne nicht aus der Schublade geholt.

Dossier: Und was könnte man darin lesen?

Lambertin: Dass ein Katastrophenfall nicht vorhersehbar ist, aber eingeplant werden muss. Dass bestimmte Aufgaben durch Bund, Länder und Kommunen erfüllt werden müssen. Dass die dafür notwendigen Infrastrukturen zur Verfügung stehen und Maßnahmen eingeleitet werden müssen. Die Erkenntnis ist nicht neu. Aber die Schlussfolgerungen passen weder ins Bild von ausgeglichenen Staatshaushalten noch von einem auf ökonomische Effizienz getrimmten Gesundheitssystem. Es müssen nämlich Kapazitäten vorgehalten werden, auch wenn sie nicht genutzt werden. Eigentlich müsste das eine verbreitete Einsicht sein. Schließlich halten Krankenhäuser OP-Säle bereit, auch wenn die nicht dauernd „in Betrieb“ sind.

Dossier: Und nun waren die nicht in ausreichender Zahl vorhanden.

Lambertin: Es ist alles noch etwas verwickelter, es wurden dann ja Kapazitäten geschaffen, Kliniken bekamen Prämien dafür, dass sie Betten bereithielten. Manche Kliniken waren überbelegt, rasselten ins Minus. Andere standen leer und machten dank der Prämien Gewinn. Augenscheinlich waren wir nicht gut vorbereitet.

Dossier: Was steht denn eigentlich nun in den Krankenhausplanungen drin, welche die Länder machen müssen?

Lambertin: Ja, die gibt es. Doch viele wurden seit Jahrzehnten nicht mehr verändert. In manchen Länderministerien ist dafür noch eine Stelle in Teilzeit zuständig – und das in Bundesländern mit mehreren hundert Krankenhäusern. In vielen Ländern gibt es da facto keine aktualisierte Krankenhausplanung mehr. Weggespart. Ausgespart. Das ist verantwortungslos.

Dossier: Die Krankenhauspläne sind aber doch auch die Grundlage für die Investitionen, mit denen die Länder die Krankenhäuser auf dem neuesten Stand halten sollen.

Lambertin: Hilmar, da bleibt dir nur Sarkasmus. Jede und jeder, der mit dem deutschen Krankenhauswesen vertraut ist, weiß, dass die Länder ihrer Verpflichtung, die Investitionskosten der Krankenhäuser auskömmlich zu finanzieren, nicht nachkommen. In Wahrheit werden die Investitionen teilweise aus den Pauschalen abgezweigt, die Krankenhäuser von den Krankenkassen für die Behandlung ihrer Mitglieder und Familienversicherten erhalten. Es werden Beiträge der Versicherten-gemeinschaft systematisch zweckentfremdet. Dies ist dann auch eine Erklärung, warum die Arbeit in den Kliniken immer weiter verdichtet wird. Wenn

das Geld für Großgeräte, Um- und Anbauten ausgegeben wird, ist es nicht für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte da.

Das Dumme ist: Diejenigen, die es wissen, wie zum Beispiel ich, können nicht vor Gericht klagen. Diejenigen, die klagen könnten, trauen sich nicht. Tatsächlich geht der Investitionsstau in die zig Milliarden – und jedes Jahr kommen etwa drei Milliarden hinzu!

Dossier: Also führt die Verzweigung des Gesundheitswesens zu einem Markt in Verbindung mit dem Wahn der „schwarzen Null“ unter dem Strich dazu, dass Kranke nicht die Behandlung bekommen, für die sie ihre Beiträge bezahlen. Sie bezahlen den Konzernen Gewinne, sie bezahlen Steuern für Investitionen in Krankenhäuser, doch die Länder sparen sich die Investitionen. Und dann merken Patientinnen und Patienten auf der Station, dass die Pflegekräfte arbeiten bis zum Umfallen.

Lambertin: Und dann wird auch noch behauptet, die Kranken seien Kunden. Mit Kunden macht man Geschäfte. Aus meiner Sicht aber sind in einer Sozialversicherung Versicherte keine Kunden, sondern Mitglieder einer Solidargemeinschaft. Als solche haben sie etwas Besseres verdient, als die Behandlung, die sie derzeit vielfach bekommen.

Dossier: Die Zeitschrift STERN hat nun schon zum zweiten Mal den Dauer-Skandal in den Kliniken zum Thema gemacht. Wer den Verlag des STERN kennt, weiß: Wenn die ein Thema in kurzer Zeit zum zweiten Mal spielen, muss es beim ersten Mal richtig gut gelaufen sein. Der Aufruf der Ärzte enthält den Vorwurf der „Enthumanisierung der Medizin“. Starker Tobak. Wie kann die Re-Humanisierung der Medizin gelingen?

Lambertin: Mit kleinen Pflastern kann man keine klaffenden Wunden versorgen. Ich bin davon überzeugt, dass das Gesundheitswesen kein Ort ist, an dem Investoren gefragt sind. Es braucht eine neue Gemeinwohlorientierung und der Non-Profit-Gedanke muss die Leitlinie für eine Reform auf der Höhe des 21. Jahrhunderts sein.

Dossier: Wenn du da eine Umfrage auf der Straße machst, wirst du sehr viel Zustimmung erfahren. Aber wie soll das praktisch gelingen?

Lambertin: Man muss die Eigentumsfrage im Gesundheitswesen wie bei vielen anderen Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge auch neu stellen. War es gut, großen und kleinen Investoren Teile davon zu überlassen? Nein. Wenn ich nach Dänemark schaue, braucht es auch keine privaten Investoren, um medizinische Dienstleistungen auf höchstem Niveau zu erbringen.

Dossier: Und wenn sich nun eine Stadt entschieden hat, das Krankenhaus von einem Konzern betreiben zu lassen ...

Lambertin: ... dann wird man Hilfestellung geben müssen, um es dort wieder herauszulösen. Zumindest muss man ihnen Hilfestellung leisten, die Krankenhäuser überhaupt steuern zu können. Das ist vielerorts nicht der Fall. Gemeinderäte sind Direktoren der Kliniken in vielen Fällen ausgeliefert. Wieder so eine gefährliche Informations- und Machtasymmetrie.

Dossier: Ich muss an das Ernst-von-Bergmann-Klinikum in Potsdam denken. Vielfach ausgezeichnet, guter Ruf, als gGmbH in städtischer Trägerschaft. Und dann kommt die Corona-Pandemie und mit einem Mal wird offensichtlich, dass in der Klinik Misswirtschaft herrschte und der Aufsichtsrat nichts davon mitbekommen hatte.

der Lebenserwartung, der Versorgung mit medizinischen Angeboten. Es ist doch so: Ein Arzt lässt sich in Berlin eher im Grunewald nieder als in Neukölln oder Moabit, im Elbe-Elster-Kreis im Süden Brandenburgs sucht man Ärzte mit der Lupe, in Berlin-Wilmersdorf hängt vor jedem fünften Hauseingang ein Praxisschild. Brauche ich einen Termin beim Hautarzt, brauche ich entweder viel Zeit, eine Privatversicherung oder ein gut gefülltes Bankkonto.

Lambertin: Ein Anfang wäre damit getan, wenn man das, was geschieht, transparent machen würde. Aber ich sage dir etwas: Von Seiten von Bund und Ländern, die letzten Endes in der Verantwortung stehen, gibt es kein großes Interesse, denn aus einem seriösen Lagebild würde ja Handlungsdruck entstehen.

Ich nehme wahr, dass Gesundheitspolitik immer weniger als Gerechtigkeitsfrage diskutiert wird und wenn, dann ist die Diskussion in Branchendiensten und Fachmedien entglitten.

„VON SEITEN VON BUND UND LÄNDERN, DIE LETZTEN ENDES IN DER VERANTWORTUNG STEHEN, GIBT ES KEIN GROSSES INTERESSE, DENN AUS EINEM SERIÖSEN LAGEBILD WÜRD JA HANDLUNGSDRUCK ENTSTEHEN.“



Lambertin: Ein sehr typisches, bezeichnendes Beispiel.

Dossier: Ja, aber das heißt ja gerade doch, dass die Frage guter oder schlechter Behandlung nicht entlang der Eigentümerstruktur entschieden werden kann.

Lambertin: Das habe ich auch gar nicht gesagt. Es geht doch letzten Endes darum, ob es eine demokratische Steuerungsmöglichkeit gibt, die beispielsweise dazu führt, dass Krankenhäuser Menschen nach Möglichkeit gesund machen und deswegen keine Gewinne erwirtschaften sollen, weil das ja den Patientinnen und Patienten vorenthalte Behandlung oder Pflege ist. Wenn das Gemeinwohl die Leitlinie ist, geht es um Daseinsvorsorge für alle. Alles andere ist Wirtschaftsförderungspolitik. Und da gehört das Gesundheitswesen einfach nicht hin.

Dossier: Knut, lass uns über die Verteilungsfrage im Gesundheitsbereich sprechen. Wir haben zwischen Stadt und Land, zwischen armen und reichen Stadtvierteln zum Teil erhebliche Unterschiede hinsichtlich der gesunden Lebensjahre,

Mit betriebswirtschaftlicher Logik im Markt des Gesundheitswesens ist es ein bisschen wie im Patient-Arzt-Verhältnis: Es zählt nicht das Interesse der Vielen, sondern wer sich am stärksten durchsetzen kann. Und das sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. An die traut sich keiner ran. Berlin gibt ein gutes Beispiel für diese Fehlentwicklung: Früher wurde die Frage, wo eine Ärztin, ein Arzt sich niederlassen darf, kleinräumig entschieden: auf Bezirksebene. Und die waren viel kleiner als heute.

Nun gibt es eine Gesamt-Berliner-Ärzteplanung. Das Ergebnis kann man sich denken: Die Ärzte gehen aus den armen Quartieren in jene Viertel, in denen viele Gutverdiener und Reiche zu Hause sind.

Wenn es aber keinen Arzt in der Nähe gibt, dann verschleppen die Menschen ihre akuten Leiden, diese werden chronisch und die Folgen sind für ihr Leben verheerend. Und für unsere Solidarkassen teuer.

Dossier: Aber noch einmal: Wie soll es besser werden? Der Staat wird die alltäglichen Versorgungsprobleme neben den Krankenhäusern nicht auch noch geregelt bekommen.

Knut Lambertin: Ich sehe hier die Krankenkassen in der Verantwortung, dass ihre Mitglieder und Angehörigen ordentlich versorgt werden. Man sollte in diesem Bereich allerdings mehr Non-Profit-Aktivitäten fördern. Etwa wie das Medizinische Versorgungszentrum der AOK in Berlin. Es gibt auch genossenschaftliche Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten, die nicht nach dem Break-Even-Point in ihrer privaten Kalkulation suchen, sondern nach den Ursachen und der Behandlung von Krankheiten der Menschen, die ihnen ihr Leben anvertrauen. Mit moralischen Appellen allein wird es nicht getan sein. Aber der Markt braucht wie überall ein gemeinwirtschaftliches, ein demokratisches Gegengewicht, sonst gilt nicht das Recht auf Gesundheit, sondern es entwickelt sich das Recht des stärkeren Marktteilnehmers.

Dossier: 2021 werden in sechs Bundesländern Landtage und der Bundestag neugewählt. Eine gute Gelegenheit eigentlich, Gesundheit zum

Thema zu machen, zumal das System gerade durch die Pandemie einen Stresstest durchläuft und Millionen aufmerksam beobachten, was in den Kliniken geschieht, was in den Testlaboren passiert und warum das mit dem Impfen so schleppend anlief.

Lambertin: Ich sehe keine breite Diskussion über die Gesundheitspolitik von Bundesländern und Kommunen in den Parteien. Auch auf Bundesebene nicht. Ich muss dich enttäuschen.

Dossier: Das heißt, die Interessen der Krankenversicherten stehen nicht zur Wahl?

Lambertin: Schon, aber die Fachleute im Gesundheitssystem legen keinen besonderen Wert darauf, verstanden zu werden, und die Medien berichten unzureichend. Deshalb können die Vielen ihre gesundheitspolitischen Interessen durch Wahlen wohl auch 2021 nicht durchsetzen.



„DER MARKT BRAUCHT WIE ÜBERALL EIN GEMEINWIRTSCHAFTLICHES, EIN DEMOKRATISCHES GEGENGEWICHT, SONST GILT NICHT DAS RECHT AUF GESUNDHEIT, SONDERN ES ENTWICKELT SICH DAS RECHT DES STÄRKEREN MARKTTEILNEHMERS.“

rig zu. Stumpfögger: „Drei der vier großen deutschen Krankenhauskonzerne sind zunächst im Osten groß geworden“ (Stumpfögger, 2009). Die Ironie an der Geschichte: Die Ambulatorien und Polikliniken gibt es wieder – in ganz Deutschland. Sie heißen nun nur anders: (Zahn-)Medizinische Versorgungszentren.

1.5 Eine gescheiterte Finanzpolitik öffnet Investorinnen und Investoren den Markt in den Westen der Republik

Als dann der Versuch, Konzerne mit Steuergeschenken zu bedenken und zugleich die öffentlichen Haushalte mit dem Rotstift zu regieren in einer beispiellosen Verschuldung von Bund, Ländern und Kommunen mündete, war der Boden für den Ausverkauf von Krankenhäusern bereitet. Universitätskliniken wurden von den Ländern ebenso feil geboten wie zahllose städtische Betriebe. Und die Investorinnen und Investoren griffen zu. Sie waren ja gerade von der Regierung eingeladen worden, sich aus der angeblich verkrusteten Deutschland AG die schönsten Stücke zu sichern. Klamme Kommunen boten nur zu gerne ihre oft defizitären Kliniken zum Verkauf an. Man war lästige Verlustbringer los und konnte auch noch einen Vermögensertrag verbuchen. Das passte in die Zeit.

Bernhard Winter, der mit dem 800 Mitglieder kleinen VdÄÄ energisch und effizient für ein demokratisches Gesundheitswesen kämpft, zieht eine bittere Bilanz: „In dieser politisch geschaffenen Situation wurden Klinikgruppen wie Rhön, Asklepios oder Sana groß.“

Die Dynamik des Ausverkaufs nach der Vereinigung machte eine Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung aus dem Jahre 2009 deutlich. 1991 waren noch 46 Prozent der Kliniken in öffentlicher Hand, 2007 war ihr Anteil auf 32,4 Prozent zusammengeschrumpft. Auch die sogenannten freigemeinnützigen Einrichtungen, häufig von kirchlichen Trägern betriebenen Häuser, büßten etwas von ihrem Anteil ein. Von 1991 auf 2007 ging ihr Anteil unter den Kliniken von 39,1 auf 37,9 Prozent zurück. Die gewinnorientiert arbeitenden Konzerne hingegen betrieben 2007 fast 30 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland. 1991 waren es erst 14,8 Prozent (Schulten/Böhlke, 2009).

2018 waren die privaten Betreiber die stärksten Player mit einem Marktanteil von 38 Prozent, die „Freigemeinnützigen“ sind noch mit 33 Prozent der Kliniken stark, die öffentlichen Kliniken haben inzwischen noch einen Anteil von knapp 29 Prozent, so das Statistische Bundesamt (Statistisches Bundesamt, 2020 (2)).

Wie kann es sein, dass die einen Krankenhäuser mit Gewinn betrieben werden, während andere Kliniken Verluste erwirtschaften? Die Frage ist be-

rechtigt, die Preise für Behandlungen werden ja nicht auf dem freien Markt berechnet. Vielmehr basiert die wirtschaftliche Existenz der Hospitäler auf sogenannten Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; kurz DRGs). Sie werden für jede stationäre Behandlung bezahlt – ganz gleich, was das Krankenhaus dafür leistet. Wirtschaften die Kliniken so unterschiedlich?

Um der Antwort näher zu kommen, ist ein tieferer Blick in die endlosen Zahlenreihen des Statistischen Bundesamtes unvermeidlich. Es gab 2018 zwar nur noch 552 öffentlich betriebene Kliniken, fast 200 weniger als jene in privater Hand. Doch sie unterhielten fast 240.000 Betten. Verglichen mit 164.000 Betten der 650 „Freigemeinnützigen“ und 95.204 Betten der Privaten ist das viel. Die öffentlichen Kliniken betreiben und unterhalten 14.000 Intensivbetten – mehr als die beiden anderen Krankenhausträger zusammen. Der Nutzungsgrad der Betten in öffentlichen Einrichtungen ist mit 78,5 Prozent am höchsten, die Patientinnen und Patienten sind kürzer in den öffentlichen Hospitälern als in den privaten.

Umgerechnet auf das Klinikpersonal wird manches deutlicher. In den öffentlichen Kliniken arbeiteten 2018 etwas mehr als eine halbe Million Frauen und Männer. In den privaten gerade einmal 140.000. Stellt man allein eine Relation zwischen Personal und Betten her, zeigt sich, dass in den öffentlichen Kliniken etwa mehr als zwei Beschäftigte pro Bett Dienst taten. In den privaten Hospitälern ist der Schlüssel bei 1,5.

Um die 9,4 Millionen Patientinnen und Patienten in vollstationärer Behandlung zu versorgen, haben die öffentlichen Krankenhäuser fast 90.000 Ärztinnen und Ärzte an Bord, die privaten Krankenhäuser versorgen 3,4 Millionen Menschen mit 26.000





Beschäftigten. Das entspricht einem rechnerischen Verhältnis von 100 Patientinnen und Patienten je Ärztin oder Arzt zu 130 (Statistisches Bundesamt, 2020 (2)).

Das sind freilich sehr grobe Daten, die strukturelle Unterschiede nicht berücksichtigen. Aber ein Trend wird deutlich: Private Krankenhäuser stecken offensichtlich weniger Ressourcen in die Behandlung der Menschen, die sich in ihre Obhut begeben.

Das sei gar nicht schlimm, reklamiert der Vorstandsvorsitzende des schon in den 1970er Jahren ausgerechnet von den großen privaten Krankenversicherern gegründeten Sana-Konzerns. Thomas Lemke ist kein Mediziner. Er hat Betriebswirtschaft studiert und sich zum Steuerberater und Wirtschaftsprüfer weitergebildet. Ein Mann der Zahlen. 2006 wechselte er in den Vorstand der Krankenhausgesellschaft, 2017 wurde er dessen Vorsitzender. Auf der Internetseite des von ihm geführten Unternehmens steht zum Thema Privatisierung: „Nichts sei schlechter in Sana-Kliniken, nur weil diese privat geführt sind. „Allerdings haben wir den Vorteil, dass wir sehr viele Krankenhäuser betreiben, deshalb auf einen riesigen Erfahrungsschatz zurückgreifen können und außerdem die notwendige Infrastruktur aufgebaut haben, um dort, wo sich in einem riesigen Betrieb wie dem Krankenhaus Kosten einsparen lassen, auch entsprechend tätig werden zu können“ (sana.de, 2021).

Und der Vorsitzende des Medizinkonzerns Fresenius, Stephan Sturm, zu dessen Reich mit Helios auch einer der ganz Großen im Geschäft mit den Kranken gehört, erklärt das ökonomische Prinzip im Krankenhausgeschäft so: „Wir setzen das Geld nur effizienter ein und generieren so Überschüsse“ (Sturm, 2020).

Die Renditen, die mit Krankenhäusern zu verdienen sind, sind aber mit den Erwartungen internationaler Investorinnen und Investoren an DAX-Konzerne nicht zu vergleichen. Tabelle 1 zeigt, dass Investitionen in Krankenhäuser hochprofitabel sind:

Die Zahlen zeigen, dass das Verhältnis von Umsatz zu Ertrag vor Zinsen und Steuern etwa bei der Helios-Gruppe 2019 bei fast elf Prozent liegt, bei Asklepios gingen immerhin sieben Prozent des Umsatzes an die Gesellschafter und die Sana-Gruppe verdiente nach fetteren vergangenen Jahren 2019 nur vier Prozent gemessen am Umsatz.

Damit setzen die privaten Klinikbetreiber Maßstäbe auch für kommunale oder gemeinnützig betriebene Krankenhäuser. Man kann auch sagen: Sie setzen sie unter Druck. Die freigemeinnützigen Kliniken, betrieben etwa durch Bruderschaften oder Träger wie die Caritas, dürfen zwar keinen Gewinn erwirtschaften – aber sie sollen auch keine Verluste einfahren.

Kommunen gründen zum Zwecke des Betriebs ihrer Kliniken selbst Kapitalgesellschaften mit dem Ziel, ebenfalls Dividenden zu kassieren. In einer Organisationsuntersuchung über das Potsdamer Klinikum Ernst-von-Bergmann, die in Auszügen in diesem Dossier dokumentiert ist, heißt es: „Der Auftrag an die Geschäftsführung ist durch wirtschaftliche Interessen dominiert“. Im Beschluss der Stadtverordnetenversammlung (SVV) werden konkrete Umsatzrenditen gefordert (8 Prozent). „Einsparungen im Personal- und Sachkostenbereich in Millionenschritten sollen bei gleichzeitiger Leistungserweiterung erreicht werden“. Zudem, so der Bericht weiter, fordere die Stadt „Gewinnabführungen für soziale und gesundheitliche Aufgaben“. Bittere Bilanz der nach einem außer Kontrolle geratenen Ausbruch des Corona-Virus: „Eine langfristige strategische Zielplanung ist nicht erkennbar. In der Konzernstrategie ist eine sichere Patientenversorgung als Leitmotiv nicht verankert.“

Passen Gewinnstreben und Dienst an Menschen nicht zusammen?

VdÄ-Vorsitzender Winter meint nein. „Krankenhäuser vom Profit getrieben, spezialisieren sich auf Leistungen, an denen sie viel verdienen können. Und versuchen solche zu vermeiden, wo das weniger gelingt. Wenn man ein Krankenhaus betreiben muss, das alle Leistungen anbieten muss, ist das wirtschaftlich eben nur schwer möglich. Dann fährt man das Personal herunter, steigt aus dem Tarifvertrag aus, zerteilt die Belegschaften eines Krankenhauses in mehrere GmbHs oder verschiebt Pflegekräfte in Zeitarbeitsfirmen.“ So, meint Winter, verhindere man solidarisches Handeln. „Und ermöglicht Gewinne.“

1.6 Auf dem Weg in eine inhumane Medizin

Wie der Gewerkschafter Stumpfögger meldeten sich vor zehn Jahren auch die Berufsverbände der Ärztinnen und Ärzte warnend zu Wort und bestätigten die Beobachtungen Winters. In einem Aufsatz

für das Deutsche Ärzteblatt schrieb Lothar Obst, wohlgerichtet der kaufmännische Direktor des Krankenhauses Reinbek St.-Adolf-Stift: Angesichts der um sich greifenden Privatisierung von Kliniken müssten die Grenzen dieser Privatisierung aufgezeigt werden: „Diese liegen dort, wo das Sozialstaatsprinzip inhaltlich so weit ausgehöhlt wird, dass es zur bloßen Floskel verkommt.“ Den Punkt sah Lothar Obst gekommen, dessen Beitrag nach der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg durch das Rhön-Klinikum erschien. Erster Akt der Profitmaximierung an der Lahn: 500 der 7.500 Beschäftigten wurden entlassen. (Deutsches Ärzteblatt, 2009)

Zehn Jahre später beschrieb die Bundesärztekammer den Zustand an den deutschen Kliniken so: „Der Personalmangel hat sich verschärft, Zeitressourcen für den direkten Patientenkontakt und die Arbeitszufriedenheit unter allen Berufsgruppen haben abgenommen. Die Einflussnahme der Klinikgeschäftsführungen auf die ärztliche Tätigkeit und Entscheidungshoheit hat sich erhöht. Gleichzeitig führt der systembedingte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser untereinander zu einer permanenten ökonomischen Wachstumsstrategie bei gleichzeitigem Kostensenkungswettbewerb zu Lasten der Patienten und Beschäftigten“ (Bundesärztekammer, 2019).

Die Positionsbestimmung der Kammer, die ein Jahrzehnt zuvor noch per Vorstandsbeschluss dazu geraten hatte, mit der Zeit zu gehen und Privatisierungen aufgeschlossen zu gestalten (Bundesärztekammer, 2007), sollte Druck aus dem System nehmen.

Ein System, das durch eine höchst verzweigte Finanzierungspraxis der Kliniken genährt wird. Diese erhalten grob gesagt Geld aus zwei Quellen. Zum einen von den Krankenkassen pro Behandlung die schon erwähnte Fallpauschale. Für Investitionen in Bauten und Anlagen sollen „dem Grundgedanken der Daseinsvorsorge“ entsprechend die Länder aufkommen, erinnern die Sachverständigen für die Begutachtung des Gesundheitswesens in ihrem Gutachten 2018.

Genau das tun die Landesregierungen nicht. Zumindest nicht zureichend.

Der alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der AOK im Bund, Knut Lambertin sagt im Gespräch für dieses Dossier, bei dieser Praxis „bleibe nur Sarkasmus“. Jede und jeder, die oder der mit dem deutschen Krankenhauswesen vertraut ist, wisse, „dass die Länder ihrer Verpflichtung, die Investitionen der Krankenhäuser auskömmlich zu finanzieren, nicht nachkommen“. Das Dumme sei: Der Rechtsanspruch auf Finanzierung der Investitionen sei kein Rechtsanspruch und damit nicht einklagbar. Denn ein Richterspruch, der die Länder verpflichten würde, wäre ein Eingriff in das Haushaltsrecht der Landesparlamente. Lambertin: „Tatsächlich geht der Investitionsstau in die zig Milliarden



GESCHICHTE EINES SKANDALS (3)

Die Anzahl der Ärzt*innen in führenden Positionen ist hoch. Die Organisation der Zentren und Fachabteilungen schafft attraktive Führungspositionen und fördert damit die angestrebte, wirtschaftlich motivierte Leistungsausweitung.

Ein Blick auf den Personalschlüssel zeigt eine hohe Anzahl von Führungskräften im ärztlichen Bereich. Diese führen verschiedenste Bezeichnungen. Neben Chefärzt*innen gibt es Zentrumsleitungen, Department-Leitungen und Geschäftsbereichsleitungen. Die Bezeichnung Chefarzt bzw. Chefarztin findet sich dabei am häufigsten.

Es entsteht der Eindruck, dass die gewählte Strukturierung in Fachzentren um persönliche Interessen von Ärzt*innen gebaut ist. Es entstehen zahlreiche Führungspositionen, die das KEvB für Ärzt*innen zu einem attraktiven Arbeitgeber machen, ganz im Sinne der Wachstumsstrategie.

Neue Wachstungsfelder gelten generell als Garant für Erträge und der „Return-on-Investment“ wird nicht kontrolliert. In diesem Zuge geraten Prozesse der Patientenqualität aus dem Fokus.

Obwohl die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht, werden jedoch nur selten Kosten-Nutzen-Rechnungen vor Aufnahme neuer Geschäftsfelder erstellt, um Entscheidungen für Maßnahmen zu legitimieren. Aber nicht jede hoch vergütete Leistung gilt zwangsläufig als Garant für Zugewinne, wenn die gegebene Infrastruktur und der notwendige Aufwand dafür nicht eingehend geprüft werden.

den – und jedes Jahr kommen etwa drei Milliarden hinzu!“

Die Sachverständigen für das Gesundheitswesen zitieren eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Wirtschaftsinstituts, derzufolge der Investitionsrückstand der deutschen Kliniken bei elf Milliarden Euro liegt, wenn diese die eine bestimmte Benchmark erreichen wollten.

An den Kliniken und ihren Investitionsetats lässt sich gut erkennen, wie die öffentlichen Haushalte saniert werden, in dem eine verdeckte Verschuldung in der öffentlichen Infrastruktur aufgebaut wird. Die Grafik 2 zeigt, wie die Länder die Fördermittel für Investitionen in Kliniken und ihre Ausstattung über die Jahrzehnte kräftig abgesenkt haben. (Abbildung 4)

Pro Fall wurden die Investitionen um mehr als 50 Prozent zurückgefahren (Sachverständigenrat, 2018).

Dass die Kliniken weitaus mehr investieren als ihnen die Bundesländer Mittel zur Verfügung stellen, geht voll zu Lasten von Belegschaften sowie Patientinnen und Patienten. Noch einmal der AOK-Verwaltungsrat Knut Lambertin: „In Wahrheit werden die Investitionen teilweise aus den Pauschalen abgezweigt, die Krankenhäuser von den Krankenkassen für Behandlungen bekommen.“ Es werden also Beiträge in Milliardenhöhe, die für Heilung und Pflege vorgesehen sind, abgezweigt, damit die Ausstattung der Kliniken halbwegs auf dem neueren Stand bleibt.

Für Lambertin wird am laxen Umgang mit den Geldern der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler deutlich, was grundsätzlich schief läuft im Gesundheitswesen. „Und dann wird noch behauptet, die Kranken seien Kunden. Mit Kunden macht man Geschäfte.“ Aus seiner Sicht seien Mitglieder einer Sozialversicherung aber eben keine Kunden, sondern Mitglieder einer Solidargemeinschaft. „Also solche haben sie etwas Besseres verdient, als die Behandlung, die sie derzeit vielfach bekommen.“

Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) hat nachgerechnet: 2015 betrugen die Überweisungen aus den Landeskassen an die Kliniken 2,5 Milliarden Euro. Das Institut schätzt in einem 2017 vorgelegten Projektbericht zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, dass „zum Erhalt der bestehenden Unternehmenssubstanz 5,4 Milliarden Euro“ nötig seien. Das RWI-Projektteam ging davon aus, dass „Krankenhäuser versuchen, die wachsende Förderlücke durch eigenfinanzierte Investitionen zu schließen“. Da dies ih-

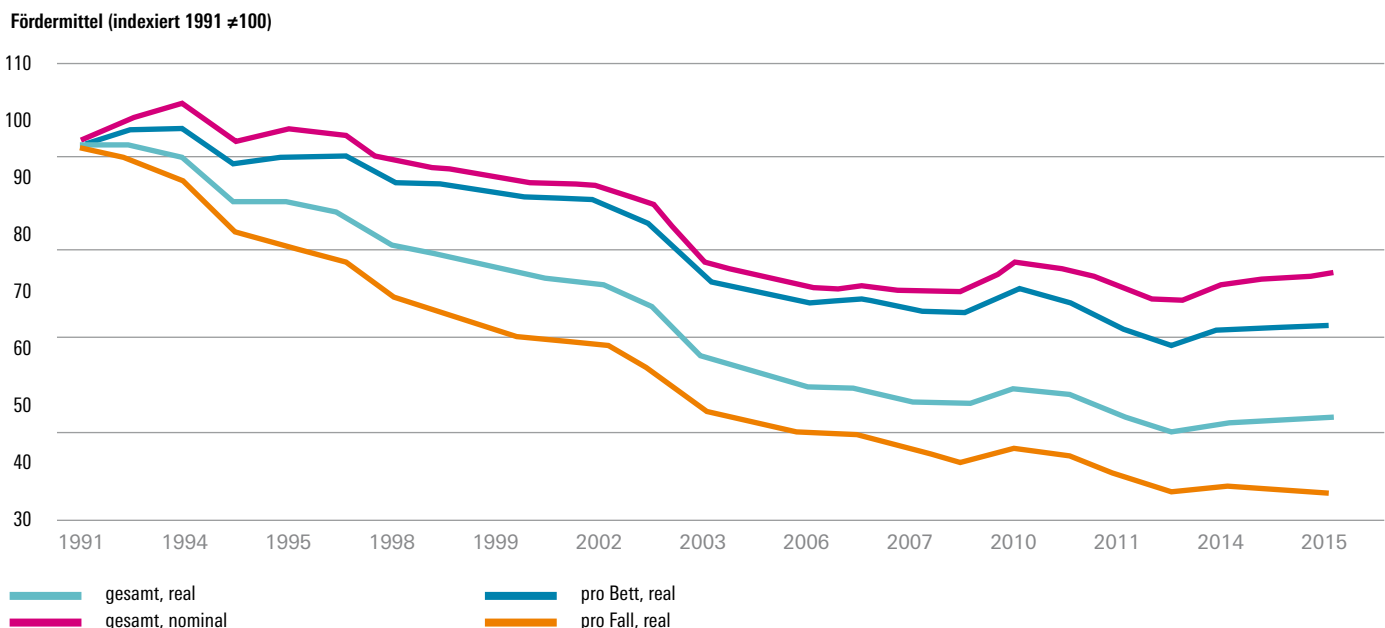
nen jedoch nicht vollständig gelinge, sei „mit einem schleichenden Substanzverzehr zu rechnen“ (RWI, 2017).

Das heißt: Die Länder ziehen sich systematisch aus der Finanzierung der Krankenhäuser zurück. Und deren Verwaltungen nehmen umgekehrt einen Teil der Behandlungspauschalen der sozialen und privaten Krankenversicherer, um den Verfall der Kliniksubstanz wenigstens aufzuhalten.

Das ist Politik zulasten von Patientinnen, Patienten und auch den Beschäftigten der Krankenhäuser. Für ihre Behandlung fehlen die Milliardenbeträge. Am härtesten trifft der Kostendruck die privat geführten Häuser. Denn die zweigen aus den festgesetzten Fallpauschalen auch noch ihre Gewinne in dreistelliger Millionenhöhe ab und sie „finanzieren [...] einen größeren Teil ihrer Investitionen aus Eigenmitteln“ (RWI, 2017).

Mit der Einführung des Wettbewerbsprinzips wurde der Klinikbetrieb dem Markt und seinen Zwängen ausgeliefert. In der Einleitung zu ihrem Buch „20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen“ schreiben dessen Herausgeber, die Gesundheitswissenschaftlerin Alexandra Manzei und der Soziologe Rudi Schmiede gemeinsam mit dem Pflegewissenschaftler Manfred Schnabel: „[...] mittlerweile liegen zahlreiche empirische Studien vor, die gravierende negative Effekte für das Krankheitserleben der Patienten, die Arbeitsorganisation der Pflegenden und Ärzte und nicht zuletzt die wirtschaftliche Effizienz [...] eindrücklich belegen können“. Ihr Hauptkritikpunkt: medizinische und pflegerische Werte, Handlungsmaximen und

Abb. 4 Entwicklung der Fördermittel für Krankenhausinvestitionen



Quelle: svr-Gesundheit, Gutachten 2018

Hans Böckler
Stiftung

Entscheidungskriterien würden zunehmend mit betriebswirtschaftlichen Argumenten überlagert. Dies habe „vielfältige negative Auswirkungen zur Folge, wie bspw. die Ausgrenzung von kostenintensiven Patienten und ihre ‚Verschiebung‘ zu anderen Leistungsanbietern und Kostenträgern“ (Manzei et al., 2014).

Werner Vogd, Professor für Soziologie am Lehrstuhl für Gesundheit der Universität Witten-Herdecke, hat sich mit den Veränderungen auf einer chirurgischen und einer internistischen Abteilung zweier großer städtischer Krankenhäuser beschäftigt. Und zwar vor ihrer Privatisierung 2001-2002 und danach im Jahr 2004.

Kaum war die Klinik in privaten Händen, wurde die Zahl der Ärztinnen und Ärzte auf den beiden Stationen um ein Viertel gekürzt. Technisch dagegen rüsteten die privaten Betreiber auf. Auf die Stationen kamen Computer und Faxgeräte, die es bis dahin noch nicht gegeben hatte. Außerdem fiel in die Zeit die Einführung der Fallpauschalen (DRGs). Sie verbinden eine zu behandelnde Erkrankung mit den dafür notwendigen Ressourcen.

Eingeführt wurden DRGs vor knapp 20 Jahren in Deutschland. In nur drei Jahren änderte sich der Umgang mit Patientinnen und Patienten. Ergebnis der Untersuchungen von Vogd: Aus medizinischer Sicht werden Routinefälle „nur noch oberflächlich untersucht“, in der Versorgung werden „Lücken in Kauf genommen“, die „Oberärzte widmen diesen Routinefällen kaum noch Aufmerksamkeit“.

Der Faktor Zeit werde knapp auf den Stationen: Die Zeit für Gespräche mit Patientinnen und Patienten wird verkürzt, Ärztinnen und Ärzte sprechen weniger miteinander, Übergaben finden schriftlich statt und werden nicht mehr mündlich ergänzt. Patientinnen und Patienten werden schneller aus der Behandlung in die Pflege überwiesen, wo früher aufgrund einer „sozialen Indikation“ ein längerer Aufenthalt auf der Station verordnet wurde, geschehe das nicht mehr. Patientinnen und Patienten werden nun zwischen zwei Operationen nach Hause geschickt, um mit einer neuen Überweisung ihrer Ärztin oder ihres Arztes und Kostenübernahme durch die Krankenkasse wieder zur zweiten Operation zu erscheinen. Auf der Internistischen Station gilt nicht mehr das Erfahrungsprinzip „watch and wait“, weil sich bei vielen Problemen bei sorgfältiger Beobachtung „die Lösung mancher Probleme von selbst zeige“. Mit der Umstellung werden gleich zu Beginn der Behandlung „verschiedene, teils invasive diagnostische Prozeduren angefahren“.

Gesundheitssoziologe Vogd dokumentierte für seine Untersuchung Besprechungen. Nach der Aufnahme eines Patienten hält er folgenden Wortwechsel fest:

„7:55 (Röntgenbesprechungsraum)

Chefarzt: ... fangen wir schon mit dem Dienst an ...

Frau Dr. Greve: ... jetzt Herr Weiss aufgenommen

... Leistenhernie ... jetzt auch mit Schleim und Blut im Stuhl ... Marcumar und Aortenklappenstenose ...

Chefarzt: unter was hast Du ihn jetzt aufgenommen?

Dr. Greve: Leistenhernie ...

Chefarzt: ... da kriegen wir jetzt überhaupt kein Geld für, musst Du Tumorsuche...“

Vogd kommt am Ende seiner Studie zu dem Schluss, dass „nicht weniger Medizin“ betrieben werde, wie manche befürchten. Es werde allerdings „eine andere Medizin“ betrieben (Vogd, 2014).

Die Untersuchungen waren 15 Jahre alt, die Ökonomisierung hat das Krankenhausleben immer tiefgreifender beeinflusst. Suchten, so Vogd, Ärztinnen und Ärzte bei Einführung der DRGs und der Privatisierung noch Freiräume durch kreativen Umgang mit Diagnosen zu schaffen, hat der Wettbewerb in einem eigentlich auf Versorgung angelegten System seine volle Wirkung entfaltet.

Inzwischen hat der Druck in den Kliniken so zugenommen, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger sich öffentlich zu Wort melden. Der „Deutschlandfunk“ veröffentlichte 2019 ein Hörfunkfeature über die Zustände in den Krankenhäusern. Dazu interviewte Autorin Dagmar Röhrlich unter anderem den ehemaligen Chefarzt einer auf Krebserkrankungen spezialisierten Klinik, Wolf-Dieter Ludwig. Ludwig, der sein Medizinstudium 1971 aufgenommen und alle Gesundheitsreformen der vergangenen 40 Jahre mit durchexerziert hat, beschreibt den Zustand der stationären Behandlung mit drastischen Worten: „Es ist passiert im Zeichen der Ökonomisierung, dass man lukrative Indikationen trennt von weniger lukrativen Indikationen, dass man versucht, sozusagen gewisse Indikationen, die hohe Erlöse bringen, bevorzugt zu behandeln und andere Indikationen, die geringe Erlöse bringen, aber wo die Patienten dringend auf Hilfe im Krankenhaus angewiesen sind, möglicherweise an kleinere Krankenhäuser weiterzuschieben, nicht aufzunehmen“ (Deutschlandfunk, 2019).

Im gleichen Jahr machte die Zeitschrift „Stern“ unterstützt vom Verband demokratischer Ärztinnen und Ärzte und anderen Verbänden, mit einem „Rettet die Medizin“ überschriebenen Appell von 2.800 Medizinerinnen und Medizinern auf. Sie riefen ihre Kolleginnen und Kollegen auf, sich nicht länger „bereitwillig ökonomischen und hierarchischen Zwängen“ unterzuordnen, sich nicht länger „erpressen oder korrumpieren“ zu lassen.

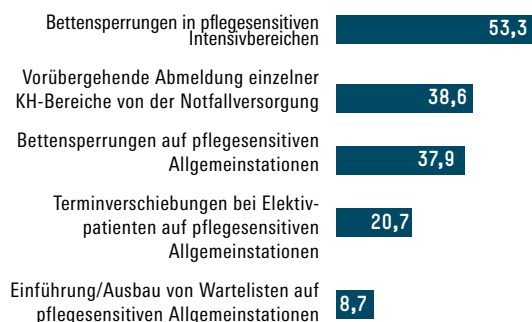
Im Fokus der Kritik: das sogenannte Fallpauschalensystem. Es verführe zum Einsatz teurer Geräte für möglichst kurze Eingriffe, mit „überflüssigem Aktionismus“ und „zum Schaden von Patientinnen und Patienten“ würden Renditen erwirtschaftet.

Die Ökonomisierung der Heilkunst takte das Leben von Ärztinnen und Ärzten auf die Minute durch, vervielfache den Dokumentationsaufwand,

**Abb. 5 Einhaltung der Untergrenzen in jedem Monat 2019
(Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen in %)**



**Änderungen im Belegungsmanagement 2019
(Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen in %)**



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut,
Krankenhausbarometer 2020

Hans Böckler
Stiftung

für den aber ebenso wie für Weiterbildungen keine Zeit bliebe. Der Aufruf endet mit dem drastischen Satz: „Das Diktat der Ökonomie hat zu einer Enthumanisierung der Medizin an unseren Krankenhäusern wesentlich beigetragen“ (Stern, 2019).

Auf der Seite der Pflege sieht es kaum besser aus. Ein Jahr später ist es wieder die Zeitschrift „Stern“, die auf den Missstand aufmerksam macht. In einem Appell von Pflegekräften heißt es: „In den Krankenhäusern müssen Pflegenden immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit durchschleusen. Schuld sind der hohe ökonomische Druck und das Abrechnungssystem nach Fallpauschalen.“ Hetze bedeute Fehler zu machen. Die können fatale Folgen haben, etwa wenn vor lauter Eile das falsche Medikament gegeben wird (Stern, 2021).

Um die schlimmsten Missstände zu verhindern, führte der Gesetzgeber 2019 sogenannte Pflegeuntergrenzen ein, die je nach Abteilung ausfallen. In der Intensivmedizin etwa dürfen in der Tagschicht auf eine Pflegekraft maximal 2,5 Patientinnen und Patienten kommen. In der Herzchirurgie sind es in der gleichen Schicht sieben Patienten pro Pflegenden, und in der Geriatrie sogar bis zu zehn (Bundesministerium für Gesundheit, 2021).

Aus Sicht von ver.di reichen solche Mindestgrenzen bei Weitem nicht aus. Im Interview für dieses Dossier fordert Vorstandsmitglied Sylvia Bühler eine Pflegepersonal-Regelung 2.0. Kliniken sol-

len „konkrete Vorgaben“ gemacht werden, wie einzelne Bereiche gut besetzt werden können. Das Mindeste ist immer zu wenig. Dieser Einsicht schlossen sich der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft an. Allein das Bundesgesundheitsministerium legte sich im Mai 2021 noch quer.

Aber selbst die umstrittenen Untergrenzen werden von vielen Krankenhäusern regelmäßig unterschritten. Das „Krankenhaus Barometer 2020“ des Deutschen Krankenhausinstituts fragte bei den Kliniken nach, ob sie – wie vorgeschrieben – „im Jahr 2019 in jedem Monat die Pflegepersonaluntergrenzen je pflegesensitiven Fachbereich im Monatsdurchschnitt eingehalten haben“. Das Ergebnis kann sich nicht sehen lassen: Jedes fünfte Haus, so das Institut, habe 2019 in mindestens einem Monat die Untergrenzen in mindestens einer Station und Schicht nicht erreicht.

Um umgekehrt die Grenzen einzuhalten, reagierten die Krankenhäuser keineswegs mit mehr Personal. Abbildung 5 zeigt, die Hälfte der Kliniken sperrte in pflegeintensiven Bereichen Betten, in mehr als einem Drittel der Fälle „wurden einzelne Krankenhausbereiche von der Notfallversorgung“ abgemeldet, Operationen verschoben und in acht Prozent der Kliniken Wartelisten auf pflegeintensiven Allgemeinstationen eingeführt und wo schon vorhanden, ausgebaut (Deutsches Krankenhausinstitut, 2020).

Dysfunktionale Fallpauschalen, unterfinanzierte Kliniken, ausgepowerte Pflegerinnen und Pfleger, mangelhafte Organisation, Medizin kaputtgespart – ein System ist krank. Aufrechterhalten wird es, weil Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger Überstunden ohne Ende schieben – bis zur Grenze der Belastbarkeit. Und in der Corona-Pandemie auch darüber hinaus.

Bei der Mitarbeiterbefragung im Rahmen der „Aktion Überstundenberg“ der Gewerkschaft ver.di wurde deutlich, dass die Beschäftigten von 295 befragten Kliniken 35,7 Millionen Überstunden auftürmen mussten, damit das System nicht zusammenbricht (ver.di, 2016).

Das war vor der Corona-Krise. In der zweiten Welle der Pandemie befragte der Bayerische Rundfunk Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden. Das Ergebnis war wenig überraschend. Sie berichteten von hunderten Überstunden, von Doppelschichten und vom Gehen auf dem eigenen Zahnfleisch (ARD, 2020).

Auf Dauer kann das nicht gut gehen. Das ist den politischen Verantwortlichen klar. Die Einführung von Pflegeuntergrenzen war ein erster Schritt. Der zweite war die Herauslösung des Pflegeanteils aus den Fallpauschalen – ein teilweiser Übergang zurück zum Kostendeckungsprinzip, welches vor 20 Jahren als Finanzierungsmodell des Krankenhausystems abgeschafft worden war.

Als die Kliniken ihre Kosten noch voll erstattet bekamen, sei das übrigens auch nicht die „gute, alte Zeit“ gewesen, erinnert sich Bernhard Winter, heute niedergelassener Gastroenterologe in Offenbach an seine Zeit als Klinikarzt. Das war er in den 1980er und 1990er Jahren. „Frohlockt haben wir damals nicht. Das Thema Personalmangel beschäftigte uns damals schon.“ Das sei so seit Mitte der 1960er Jahre so gegangen. Warum? „Das klingt jetzt vielleicht ein bisschen schräg“, sagt Bernhard Winter, „damals begannen die Ordensschwestern auszusterven“. Frauen, die für Gotteslohn Dienst an den Kranken taten.

Kliniken heuerten Personal im Ausland an, aus Vietnam, aus dem ehemaligen Jugoslawien. Und man versuchte es mit Geld verdienen. Winter: „Es begann damit, dass ein Zimmer leergeräumt wurde, weil ein oder zwei Privatpatienten aufgenommen werden sollten.“

Die Krankenhäuser tun sich schwer mit der Umsetzung der Pflegebudgets. Zumal die Umstellung in das Corona-Jahr fiel. Mitte 2020 hatte „fast kein Krankenhaus ein solches Budget abgeschlossen“, für das dritte Quartal erwarteten dies erst sieben Prozent der Häuser, bis Ende 2020 wollte die Hälfte der Kliniken eine solche Vereinbarung abgeschlossen haben.

Zu den akuten Problemen kommt hinzu, dass das deutsche Krankenhaussystem mehr als nur unterfinanziert und ausgepowert ist. Es ist auch dadurch gekennzeichnet, dass es in Deutschland ein markantes Gefälle gibt was den Zugang zu Kliniken und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten betrifft. In ihrem Gutachten von 2014 haben die Gesundheitssachverständigen dieses Thema untersucht.

Das Problem ist schon lange bekannt: Ärztinnen und Ärzte zieht es in die Zentren, egal ob als niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner oder angestellt in Kliniken.

Mehrere Novellen des Vertragsarztrechts ab dem Jahr 2007 sollten die zunehmende Unterversorgung des ländlichen Raumes stoppen. Etwa in dem Ärztinnen und Ärzte zwar Praxen im ländlichen Raum betreiben können sollten, dort aber nicht mehr wohnen müssen. Die Altersgrenze von 68 wurde aufgehoben, auch Krankenhäuser sollten Anlaufstellen für Kranke werden. Der Erfolg blieb aus. „Die bislang getroffenen Maßnahmen waren nicht in der Lage, eine kontinuierliche Verschärfung der vereinzelt sich bereits abzeichnenden und in einigen Regionen drohende Unterversorgung zu verhindern“, so das Gutachten von 2014.

Beispiel Fachärztinnen und Fachärzte. „Der Versorgungsgrad der Kinder- und Jugendpsychiater liegt in sechs KV-Bezirken unter 50 %.“ In Hamburg, Berlin oder Bremen dagegen liegt das Maß bei 250 Prozent.

Im Krankenhausbereich sieht es laut Gutachten von 2014 nicht so dramatisch aus. Es könne „von

einer guten Erreichbarkeit von Krankenhäusern ausgegangen werden“, heißt es in dem Gutachten. Das Problem seien eher Überkapazitäten in einigen Regionen „und nicht drohende Unterversorgung“. Allerdings müsse der ländliche Raum im Blick behalten werden, denn „die aktuell noch ausreichend vorhandenen Kapazitäten“ seien „wirtschaftlich überlebensfähig zu halten“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014).

2020 schrieb der Bundesrechnungshof mit Blick auf die wirtschaftliche Lage der Kliniken in Deutschland: „40 Prozent der Krankenhäuser verzeichnen Verluste, für über ein Zehntel besteht erhöhte Insolvenzgefahr“ (Bundesrechnungshof, 2020).



GESCHICHTE EINES SKANDALS (4)

Die Personalvertretung ist kein starker Partner auf Augenhöhe und kann der Geschäftsführung wenig entgegensetzen.

Die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtbeteiligungen des Betriebsrats werden eingehalten, allerdings hat die Mitbestimmung im Alltag und bei strategischen Entscheidungen wenig Gewicht.

Späte Einbindung des Betriebsrats

Der Betriebsrat ist wenig in die Unternehmensführung eingebunden. Er wird unzureichend informiert, ist wenig an Entscheidungen beteiligt. So ist der Betriebsrat zum Beispiel in Alarmübungen, in die Katastrophenplanerstellung oder auch in den Krisenstab zum Ausbruch nicht eingebunden gewesen. Erst Ende Februar wird der Betriebsrat über COVID-19 und erforderliche Umzüge und Baumaßnahmen informiert. Eine vorherige Beteiligung fand nicht statt, mögliche Hinweise, Kritik und Fragen wurden nicht berücksichtigt. Auch ist z. B. kein systematischer Fort- und Weiterbildungsplan im Klinikum aufgestellt, der mit dem Betriebsrat abgestimmt ist. Weiterbildungen für die Beschäftigten und den Betriebsrat, u. a. zur Arbeitssicherheit oder zur Hygiene, mussten durch den Betriebsrat eingeklagt werden.

Mitarbeitende sehen im Betriebsrat keine wirksame Eskalationsmöglichkeit

Der Betriebsrat wird von den Mitarbeitenden als nicht ernstzunehmende Eskalationsstelle gesehen, da er wenig wirksamen Einfluss im Unternehmen hat. Hinweise von Mitarbeitenden zur Hygiene und mangelnder Reinigung wurden nicht angenommen. Das Betriebsratsgremium wird als elitär und exklusiv wahrgenommen und scheint gut eingeordnet in dem System von „Mitmachen und Resignation“ zu funktionieren.

Tabelle 2: Übernahmen pro Jahr

	Krankenhäuser (ohne (Z)MVZ-Träger)	KH als (Z)MVZ-Träger	Praxen und		Physiothe- rapie	Reha- kliniken	Pflegeheime/ -dienste	Außerklinische Intensivpflege
			MVZ	ZMVZ				
2015	0	2	9	1	0	2	9	3
2016	2	1	18	2	0	4	3	3
2017	5	4	21	13	1	2	25	13
2018	3	6	36	26	2	3	17	17
2019	6	6	43	45	10	2	18	15
2020	3	3	59	60	11	0	28	10

Quelle: Bobsin 2021

Hans Böckler
Stiftung

In seinem jährlich erstellten „Krankenhaus Rating Report“ hat das RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung noch vor Ausbruch der Corona-Pandemie festgestellt, dass die Frage, ob eine Klinik im roten oder grünen Bereich arbeite, stark von ihrer Struktur bestimmt sei. „Große Krankenhäuser haben typischerweise ein besseres Rating als kleine, auch ein hoher Grad an Spezialisierung beeinflusst das Rating positiv.“ Mit Blick auf ihre Wirtschaftszahlen des Jahres 2017 schnitten private besser ab als freigemeinnützige Kliniken, kommunale Häuser hingegen rangierten auf dem letzten Platz.

Besonders Kliniken in westdeutschen Flächenstaaten wie Niedersachsen, Bayern oder Baden-Württemberg arbeiteten überdurchschnittlich oft im Defizit. Der Grund: „hohe Standortdichte, viele kleine Einheiten und eine geringe Spezialisierung“ (RWI, 2019).

Im Report 2020 warnte das Institut vor einer drohenden Verschärfung der Lage. Eine Sonderanalyse zeige, dass 40 Prozent der Landkreise „instabile Krankenhausstrukturen aufweisen“.

Mit anderen Worten: Im Jahr eins der 2020er Jahre ist vollkommen offen, wohin sich das Krankenhaussystem entwickelt. Das RWI spricht von einer „dynamischen Weiterentwicklung“. Gegenwärtig laufe der Trend in Richtung Zentralisierung von Kliniken, kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum werden aufgegeben, die Peripherie werde durch „solide ambulante und teemedizinische Angebote an das Zentrum angedockt“.

Doch wer steigt in ein System ein, dem Expertinnen und Experten zunehmendes Siechtum diagnostizieren? „Spätestens nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 werden die massiven finanziellen Belastungen aus der Covid-19-Pandemie im gesamten Gesundheitswesen zu spüren sein“, sagt RWI-Gesundheitsexperte Boris Augurzyk (RWI, 2020).

Die Frage muss in der Tat dringend beantwortet werden. Denn „dynamische Weiterentwick-

lung“ kann auch so verstanden werden: Weil die politischen Vorgaben fehlen, gesetzliche Regelungen nicht eingehalten oder ignoriert werden, entwickelt sich das deutsche Kliniksystem irgendwie weiter, ohne dass Zukunft dieses Herzsstücks des Gesundheitswesens den Bürgerinnen und Bürgern wirklich zur Wahl gestellt worden wäre.

Unbestimmte Zustände verstehen Investoren als Einladung, zuzugreifen. Seit Beginn des zu Ende gegangenen Jahrzehnts ist eine neue Kategorie an Investoren im deutschen Gesundheitswesen unterwegs.

Es geht nicht mehr um die mit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten groß gewordenen Konzerne wie Sana, Fresenius-Helios, Asklepios oder Rhön-Kliniken. Denen bescheinigte der frühere ver.di-Gesundheitsexperte Niko Stumpfögger 2009 noch: „Die Rhön-Klinikum AG, die Asklepios Kliniken GmbH und die Sana Kliniken AG sind noch in der Hand der Unternehmensgründer. Sie folgen dem Selbstverständnis eines groß gewordenen mittelständischen Unternehmens, dessen Management im Krankenhausgeschäft verwurzelt ist“ (Stumpfögger, 2009).

Tatsächlich gehört die Sana AG noch immer den Privaten Krankenversicherern. Die Asklepios-Gruppe befindet sich in der Hand ihres Gründers Bernard Grosse Broermann, inzwischen hat das Unternehmen sich die Rhön-Kliniken einverleibt, die bis 2020 von ihrem Gründer Eugen Münch geführt wurden. Einzig die Helios-Kliniken, ebenfalls eine Gründung eines findigen Kaufmanns, befinden sich im Anteilsbesitz des Fresenius-Konzerns. Der hat zwar als Anker-Aktionär mit mehr als 30 Prozent Anteilsbesitz die Fresenius SE & Co. KGaA, darüber hinaus aber auch „zwölf institutionelle Investoren, die mit mehr als 1 % an unserem Aktienkapital beteiligt sind“. Insgesamt halten 673 institutionelle Investmentgesellschaften Anteile an dem Unternehmen, wie dieses 2020 mitteilte (Fresenius, 2020).

RENDITENJÄGER IM KRANKENHAUS



Bis vor Kurzem hätten hier noch die vier größten privaten Klinikunternehmen der Republik vorgestellt werden müssen. Nach der De-Facto-Übernahme der Rhön-Kliniken-Gruppe durch die Asklepios-Gruppe sind es nur noch drei.

Beginnen wir mit den Sana-Kliniken: Das Unternehmen ist mit fast 36.000 Beschäftigten ein veritabler Konzern. 54 Krankenhäuser und 27 angeschlossene Medizinische Versorgungszentren betreibt das Unternehmen selbst, für sechs weitere Kliniken ist Sana im Sinne einer Betriebsgesellschaft tätig. In den Hospitälern des Konzerns wurden 2019 2,21 Millionen Patientinnen und Patienten versorgt. Daneben unterhält der Konzern spezialisierte Untergesellschaften, die als zentrale Einkäufer nicht nur die konzerneigenen Häuser, sondern 400 Kliniken versorgen.

Die Sana-Gruppe gehört 25 privaten Krankenversicherungen in Deutschland, die auf diesem Wege auch Beiträge gesetzlich Versicherter in ihren Wirkungskreis abzweigten. Der Umsatz betrug 2019 rund 2,85 Milliarden Euro, das EBITDA (Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen) knapp 240 Millionen, was einer Gewinnmarge von 8,4 Prozent entspricht.

Das Unternehmen wurde als Verein 1972 gegründet – dem Jahr, in dem die deutschen Krankenhäuser mit dem Krankenhausfinanzierungs-Gesetz auf eine sozialstaatliche Grundlage gestellt wurden.

Mit ver.di hat die Sana-Gruppe einen Konzerntarifvertrag abgeschlossen, Sylvia Bühler, Mitglied des ver.di Bundesvorstandes und Bundesfachbereichsleiterin Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirche, ist stellvertretende Aufsichtsratsvorsitzende des Unternehmens. Sana ist die drittgrößte privatwirtschaftlich organisierte Klinikgruppe in Deutschland (Sana, 2020).

1984 taten sich der Wirtschaftsprüfer und Rechtsanwalt Bernard Grosse Broermann und der Chirurg Lutz Mario Helmig zusammen, um eine Klinik-Gruppe zu gründen, der sie den Namen Asklepios verliehen. Helmig hatte als Gründer der Helios-Kliniken bereits Erfahrungen auf dem Feld des privatisierten Klinikbetriebs gesammelt. Bundesweit betrieb 2019 die Asklepios-Gruppe 160 Gesundheitseinrichtungen, darunter Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren und andere Einrichtungen.

In ihren Einrichtungen wurden 2019 knapp 2,5 Millionen Menschen behandelt. Das schafften mehr als 36.000 Beschäftigte. Von dem Umsatz in Höhe von 3,5 Milliarden Euro wurden zum Jahresultimo ein EBITDA von knapp 463 Millionen Euro gebucht – was einem Umsatz/Gewinn-Verhältnis von besser als 13 entspricht (Asklepios, 2020).

In den vergangenen Jahren übernahm die Gruppe immer größere Aktienpakete der Rhön-Kliniken-Gruppe, zu der unter anderem das Universitätsklinikum Gießen-Marburg gehört. Am 8. April dann erfolgte an die verbliebenen Rhön-Aktionäre ein Übernahmeangebot. Die Rhön-Kliniken gehören nun zum Konsolidierungskreis der Asklepios-Gruppe. Die mehr als 17.000 Beschäftigten der inzwischen übernommenen Gesellschaft erzielten 2019 1,3 Milliarden Euro Jahresumsatz, sie behandelten 860.000 Menschen. Der Gewinn (EBITDA), den die Anleger aus dem Betrieb der Klinik zogen, belief sich auf 125 Millionen Euro. Das entspricht einer Gewinnquote von 9,6 Prozent (Rhön-Kliniken, 2020).

Asklepios hat kleinere Auslandsaktivitäten in China, Griechenland und Saudi-Arabien.

Die Helios-Klinik-Gruppe ist nicht mehr eigenständig, sondern Teil des Fresenius-Konzerns. Die Aktivitäten erstrecken sich auf Europa. Für den Konzern erwirtschafteten 2019 110.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Umsatz von 9,2 Milliarden Euro, in dem sie rund 21 Millionen Menschen behandelten.

In Deutschland arbeiten in 89 Helios-Kliniken und 128 Polikliniken 73.000 Beschäftigte. 5,6 Millionen Menschen werden von ihnen behandelt, davon 4,4 Millionen ambulant. Das EBIT (Ergebnis vor Zinsen und Steuern) betrug mehr als eine Milliarde Euro. Die Margen sind zwar rückläufig, liegen jedoch immer noch über zehn Prozent (Fresenius, 2020)



Vor einigen Jahren haben die Heuschrecken der Finanzwelt der Finanzwelt den Markt der Gesundheit für sich entdeckt. Genau genommen handelt es sich um eine recht inhomogene Gruppe aus Hedgefonds, Private-Equity-Unternehmen, Family-Offices oder auch Ablegern von recht konservativen Konzernen, die einen am Markt radikal agierenden Flügel unterhalten oder mit ihm kooperieren.

Der Autor Rainer Bobsin hat sich tief in diese Szene eingearbeitet. Seine Arbeit macht transparent, wie dynamisch es tatsächlich im Geschäft mit Kliniken, Versorgungszentren sowie Reha- und Pflegeeinrichtungen zugeht. Tabelle 2 zeigt: Zwischen 2015 und 2020 stiegen Investoren in 19 Kliniken ein, erwarben 22 Krankenhäuser als Träger von zahnmedizinischen oder medizinischen Versorgungszentren, übernahmen 186 den früheren Polikliniken nachgebildeten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), kauften 13 Reha-Einrichtungen und 100 Pflegeunternehmen (Bobsin, 2021).

Mal wechselten 40 Mediantkliniken den Besitzer, mal 160 Allohheim-Pflegeheime. Besonders attraktiv: Der Kauf von Krankenhäusern. Und zwar keinesfalls mit dem vorrangigen Ziel diese zu betreiben, sondern um die Lizenz zu erwerben und mit der Gründung Medizinischer Versorgungszentren in die lukrative ambulante Versorgung vorzudringen.

1.7 Warum Kliniken bei Zahnarzt-Investorinnen und -Investoren so beliebt sind

Diese Verbindung führte zu Ergebnissen, die im Zuge der Zentralisierung des Klinik-Systems von ihren Architekten gar nicht gewollt waren. Bobsin zu Folge blieben so beispielsweise die Praxisklinik Mümmelmannsberg in Hamburg oder das insolvente St. Franziskus Krankenhaus in Eitorf bestehen.

Letzterer Fall ist ein gutes Beispiel, warum der Kauf eines Krankenhauses so lukrativ ist. Der Investor Auctus kaufte das Franziskus-Krankenhaus, um es zur Trägergesellschaft „für die Praxen der Ende 2016 erworbenen Zahnstation GmbH zu installieren. Diese übernahm in kurzer Zeit fünf neue Praxen oder eröffnete neue Einrichtungen. 2018 war dann das Jahr des Ausverkaufs: Auctus verkaufte eine ältere Beteiligung Dental Partner sowie die Zahnstation mitsamt Trägerklinik an den Investor Nordic Capital (Bobsin, 2019). So sieht also dynamische Veränderung aus, wenn Finanzmogule Besitz von einer Branche ergreifen.

2019 beschäftigte der Griff der Finanzinvestoren nach der Gesundheit auch den Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages. Darin arbeiteten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Dienst des Parlamentes auf, warum der Gesetzgeber in zehn Jahren zwei Mal die unternehmeri-

sche Freiheit beschränken musste: Im rechtsfreien Raum des Gesundheitswesens war es zu massiven Fehlentwicklungen gekommen. Das erste Mal war dies Ende 2011 der Fall. Da grenzte der Bundestag mit Hilfe des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes den Kreis der möglichen Gründer von Medizinischen oder Zahnmedizinischen Versorgungszentren ein. Nur noch Vertragsärztinnen und -ärzte der Kassen, Krankenhäuser und Dialysestationen durften kommerziell in das Geschäft mit der Gesundheit einsteigen.

Reaktion auf das Gesetz: Die Fonds legten sich wie oben beschrieben Kliniken zu. Das Ziel, „Investoren, die allein Kapitalinteressen verfolgen von der Gründung“ solcher MVZ oder ZMVZ „auszuschließen“ wurde nicht erreicht.

2019 steuerte der Bundestag nach und grenzte die Möglichkeit ein, Krankenhäuser zu benutzen, um Zahnmedizinische Versorgungszentren zu gründen (Wissenschaftliche Dienste der Deutschen Bundestages, 2019).

Laut einer Studie im Auftrage des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) aus dem Jahr 2019 kauften sich Investoren in 18 solcher Zahnmedizinischen Kliniken ein.

Als Beispiel führen die Forscher Christoph Scheuplein, Michaela Evans und Sebastian Merkel im Auftrag des IAT die Zahnmedizin-Kette Zahneins auf. 2016 gegründet, beschäftigte die Gruppe 2018 schon 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die starke Expansion begann 2017 mit dem Einstieg des Investors Summit Partners, ein 1984 gegründeter Fonds mit Sitz in Boston (USA), der eigenen Angabe zu Folge 14 Milliarden US-Dollar verwaltet.

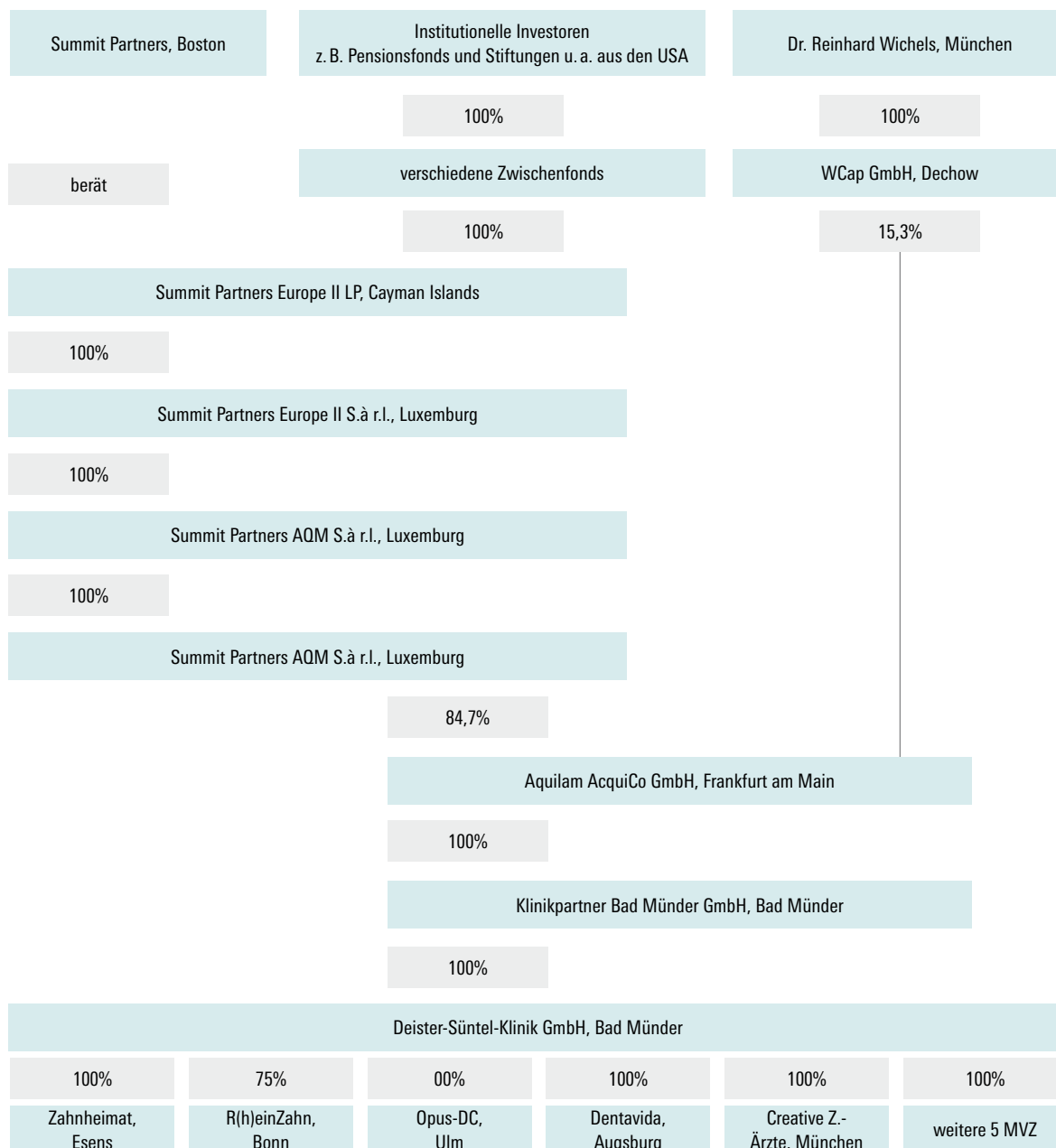
Wie die der IAT-Studie entnommene Abbildung 6 zeigt, floss das Geld in die Zahneins-Gruppe über eine gestaffelte Beteiligungsstruktur beginnend im Steuerparadies Cayman Islands, über Luxemburg-Gesellschaften, eine Beteiligungsgesellschaft in Frankfurt, die bereits an der Deister-Süntel-Klinik in Bad Münden beteiligt war. An diese nun wurde die Zahneins-Gruppe angehängt.

Die Investmentgesellschaften, darunter Pensionsfonds wie jener der Kalifornischen Lehrerinnen und Lehrer (Calpers) oder der öffentlichen Bediensteten aus Texas, haben mit der Versorgung deutscher Patientinnen und Patienten nur so viel zu tun, als dass sie an den Gewinnen interessiert sind, die sich aus Beitragsgeldern erwirtschaften lassen (Scheuplein et al., 2019).

Mit an Bord nahm der Fonds bei seinem Einstieg in den deutschen Markt für Zahngesundheit die Brüder Wichels, der eine Arzt und mit seinem Beratungsunternehmen WMC Healthcare, ein ausgewiesener Sanierungsexperte für Krankenhäuser, der andere lernte sein Handwerk bei der Allianz und bracht es dort nach Stationen in Kanada, der Treasury des Konzerns, bis zum Assistenten des Finanzvorstandes Paul Achleitner.

Die dahinterstehende Strategie „buy and built“

Abb. 6 Eigentumsstruktur der Zahneins-Gruppe



Quelle: IAT, Privat Equity im deutschen Gesundheitssektor

Hans Böckler
Stiftung

generiert den entscheidenden Mehrwert keineswegs durch den Betrieb einer Unternehmung. Gewinn wird bei solchen Geschäften gemacht, in dem viele Unternehmen zu einer Gruppe zusammengeschlossen werden. Sobald Umsatz-, Mengen- und Gewinnziele erreichbar scheinen oder erreicht wurden, wird die Gruppe an die nächsten Gesellschafter weiterverkauft. Die Investoren erhalten dann das von ihnen eingesetzte Geld zurück zuzüglich eines satten Gewinns.

Der Allianz-Mann Daniel Wichels wurde also Geschäftsführer der Zahnarztgruppe, zum Dentisten ist er nicht ausgebildet. Er ist Betriebswirt. Seinen Dokortitel hat er von der European Business

School Oestrich-Winkel verliehen bekommen.

Und so funktioniert das „buy and built“ dann konkret: Am 12.11.2019, drei Jahre nach Gründung der Zahneins GmbH, zeigte die Luxemburg Gesellschaft des Investors beim Bundeskartellamt an, sie wolle die deutsche Tochter mitsamt Klinik im Deister und angehängten Zahnmedizinischen Versorgungszentren an ein Private Equity Unternehmen namens PAI verkaufen (Quintessenz Publishing Deutschland, 2019).

Laut den Handelsregister-Experten von North-Data blieb Betriebswirt Wichels noch immer Geschäftsführer der Zahneins Verwaltungs GmbH. Seine Mission war noch nicht zu Ende.



GESCHICHTE EINES SKANDALS (5)

Rolle und organisationale Einbindung der Pflege (inkl. Servicepersonal)

Die Pflege ist personell unzureichend ausgestattet. Es ist strukturell nicht verbindlich festgelegt, sie in alle wichtigen Entscheidungen auf Augenhöhe einzubeziehen. Es hängt von der persönlichen Einstellung der Ärzt*innen ab, ob die Pflege als gleichberechtigte Partnerin angesehen wird.

Der Pflegebereich ist personell unzureichend ausgestattet

Im Vergleich zur hohen Anzahl von Ärzt*innen (siehe Kapitel 3.1.1) ist der Pflegebereich personell schlechter ausgestattet. Dies führt zu einem Übergewicht und Dominanz der ärztlichen Sicht. Die geringe personelle Ausstattung der Pflege führt auch zu unzulässigen, nahezu fahrlässigen Unterbesetzungen in den Schichten, z. B. Alleinarbeiten in der Nachtschicht.

Unterschiedliche Verfahrensanweisungen erschweren die Arbeit der Pflege. Anerkennung der Pflege ist abhängig von der Einstellung der jeweils verantwortlichen Leitung.

Die Ordnung der Zentren unterwandert die eindeutige Zuordnung der Mitarbeitenden der Pflege zur Pflegedirektion. So sind die Pflegekräfte der ärztlichen Zentrumsleitung und in einigen Fällen mehreren ärztlichen Zentrumsleitungen unterstellt. Das Qualitätsverständnis und die Verfahrensanweisungen der Kliniken sind unterschiedlich; dies führt zu Schnittstellen- und Kommunikationsproblemen. Verwiesen wird an dieser Stelle auch auf die sehr unterschiedliche Zusammensetzung der Zentren durch selbständige medizinische Fachgebiete, Teilgebiete eines medizinischen Fachgebietes und einzelnen Spezialisierungen.

Um sein Geschäftsmodell auch politisch abzusichern, gründete der umtriebige Wichels einen eigenen Branchenverband: den Bundesverband nachhaltiger Zahnheilkunde, kurz BNZK. In einem Interview mit einem Branchendienst erklärt Kaufmann Wichels den Unterschied zum bereits bestehenden Bundesverband Medizinische Versorgungszentren: „Wir führen viele Gespräche mit Zahnärzten aus Z-MVZ, aus denen deutlich wird, dass diese sich als Zahnärzte von der Standesvertretung und einigen Kollegen missverstanden und angegriffen fühlen. Es herrscht dort die Meinung vor, Z-MVZ würden in Großstädten ungebremst aus dem Boden gestampft.“

Nachhaltig nenne sich sein Verband, weil seine Mitglieder „die wohnortnahe Versorgung von Zahnpatienten langfristig und qualitativ hochwertig zu sichern“ (zm-online, 2019).

Daniel Wichels ist inzwischen offenbar dabei, weiterzuziehen. Bei den Beteiligungen der Zahneins GmbH Dentaloft, Dental Specialists, Dentavida, Dr. Jacobs, Dr. Kaiser, Schumacher und Kollegen, Dr. Rosse und Kollegen, H3 MVZ, MVZ Buxtehude Moisburg Rosengarten, MVZ Dental Center Galtelt, MVZ Prof. Dr. Volland und Kollegen, Opus MVZ und Zahnmedizin Sürenheide, ist er im Januar

2021 aus dem Handelsregister ausgetragen worden.

Arbeitslos ist er nicht geworden. Rechtzeitig verlagerte er Ende Oktober 2020 eine von ihm 2016 in Dechow, Mecklenburg-Vorpommern gegründete DCAP GmbH nach Hamburg. Geschäftszweck: Beratung rund um das Kaufen und Verkaufen von Unternehmen (NorthData 2021 (1)).

In viele der von ihm aufgegebenen Geschäftsführungsfunktionen ist eine Dominique Nicole Friederich nachgerückt. Auch sie hat sich für ihre neue Tätigkeit vorbereitet. Am 17. September 2020 gründete sie ein eigenes Beteiligungsunternehmen: DNF Investments UG (NorthData, 2021 (2)).

Friedrich hat sich schon früh mit der Frage beschäftigt, wie die Bereicherung Weniger den Vielen als Gewinn verkauft werden könnte. Beim „Wittenberg-Zentrum für Globale Ethik“ veröffentlichte die damals noch beim Beratungsunternehmen Boston Consulting beschäftigte Frau ein Diskussionspapier mit der Überschrift: „Gesundheitsreform auf dem Prüfstand, Solidarität durch Wettbewerb in der Krankenversicherung“ (Friederich, 2007).

Inzwischen ist sie laut ihres Eintrages im Netzwerk Xing nicht nur Eigentümerin einer kleinen eigenen Beteiligungsfirma. Seit September 2018 ist sie auch noch Chief Operating Officer des auf Zahnmedizin spezialisierten Private Equity Unternehmens Curaeos.

Curaeos ist eine „schnell wachsende Plattform von Zahnkliniken mit Aktivitäten in den Niederlanden, Belgien, Dänemark, Deutschland und Italien“, wie es auf der Homepage des Unternehmens heißt. Ehe sie dort gelandet war, hat sie ihre Brötchen bei dem etwas bekannteren Private Equity Unternehmen Permira verdient, das mit seinem Fondsvermögen wiederum am Zustandekommen der Curaeos beteiligt war.

Es sind keineswegs nur anonyme Investoren in fernen Ländern, die ihr Kapital durch Engagements in der Medizin mehren wollen. Auch wohlhabende Familien wie etwa die Stiftung der Kaffeeröster-Familie Jacobs hat ein Auge auf das Geschäft mit der Zahnheilkunde geworfen. Nachdem die Familie Anteile an dem Leiharbeitsunternehmen Adecco verkleinerte und Kasse machte, beschloss man, nun Weltmarktführer im Zahnarztgeschäft zu werden, zitiert die „Neue Zürcher Zeitung“ (NZZ) Patrick G. De Maeseneire, Geschäftsführer der „in Zürich domestizierten Colosseum Dental Group“ und Konzernchef der Jacobs Holding.

Die Rechnung, die er aufmache, sei ganz einfach, schreibt der Autor der NZZ: Weltweit gehe es um Zahnarzt Dienstleistungen mit einem Umsatzvolumen von 400 Milliarden US-Dollar. Wenn die Jacobs-Familie in den USA und in Europa nur auf einen Marktanteil von drei Prozent käme, ginge es um ein Sechs-Milliarden-Dollar-Geschäft.

Die Branche, beschreibt er präzise, sei kleinteilig organisiert, die älteren Ärztinnen und Ärzte suchten

Nachfolgerinnen und Nachfolger, doch die jungen Dentistinnen und Dentisten gingen lieber in Festanstellung. Am Wochenende und in der Nacht hätten die Praxen geschlossen.

Angefangen hat Jacobs-Mann De Maeseneire 2017 mit dem Kauf einer Klinikgruppe, die in Skandinavien 52 Kliniken betreibe, es folgte der Einstieg bei „Swiss Smile“, die unter dem Zufluss an Geld aus der Schatztruhe der Jacobs-Familie von elf auf 13 Standorte mit 18 Kliniken expandieren konnte. Bei dem Unternehmen wird auch nachts und am Wochenende gearbeitet.

In Großbritannien ging der Einkaufszug des Kaffee-Klans weiter. Zu Colosseum und Swiss Smile kam Southern Dental (80 Kliniken), Odonto Salute (Italien) und die North American Dental Group hinzu. Nun mache das Unternehmen zunächst eine Pause von der Shopping-Tour. Der Colosseum-Gruppe gehören nach Angaben von de Maeseneire 500 Zahnarztpraxen, in denen 2.200 Dentistinnen und Dentisten tätig seien (NZZ, 2019).

Für die Ärztekammer und die Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein war 2018 der Punkt gekommen, an dem sie dem Treiben der Heuschrecken und Familiendynastien nicht länger nur zuschauen wollten. Sie wurden deutlich. Ganz anders als der Kaufmann Daniel Wichels finden sie überhaupt nicht, dass die neue Struktur nachhaltig im Sinne einer allgemeinen medizinischen Versorgung sei. „In den letzten Jahren zeichnet sich zunehmend eine Konzernbildung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ab“. Es drohe „die Bildung von Monopolen, die Einschränkung der Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten und eine zunehmende Abhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung von Konzernen“.

In ihrer Stellungnahme zählen Ärztekammer und KV auf: 35,85 Prozent der Nephrologen (ein Zweig der Inneren Medizin, der sich um Nieren und Blu-

thochdruck kümmert) sei im Kammerbezirk in Versorgungszentren angesiedelt, in der Labormedizin seien es 80 Prozent, ein Unternehmen halte mit zwei Trägergesellschaften fast 14 Prozent der Sitze, ein Drittel der Radiologie-Sitze sei inzwischen in Versorgungszentren zusammen gefasst, bei Strahlentherapeuten sind es zwei von drei Sitzen, die in solchen kommerziellen MVZ aufgegangen sind.

Die Entwicklung wird auch zum Problem für das Verfassungsziel, in Deutschland gleichwertige Lebensverhältnisse zu gewährleisten: „MVZ siedeln sich primär in Großstädten, Ballungsräumen und ländlichen, einkommensstarken Regionen an. Da sich ein Großteil der MVZ in gut bis sehr gut versorgten Planungsbereichen befindet, leisten diese entgegen der gesetzgeberischen Intention keinen Beitrag zur Versorgung strukturschwacher Regionen.“

Ökonomisch sei so eine Entwicklung nur aus Investorensicht. Gemessen an den Vorgaben des Sozialgesetzbuches aber „handelt es sich hingegen um eine unwirtschaftliche Leistungserbringung“. Es müsse dringend etwas unternommen werden. Der Druck werde umso stärker, je höher die Interessenquote der Anleger ist“ (Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2018).

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat eine differenzierte Sicht zum Ausbau von Medizinischen Versorgungszentren entwickelt. In seiner Stellungnahme zum Terminservice- und Versorgungsgesetz spricht sich der DGB dafür aus, mithilfe von MVZ die ärztliche Versorgung in Gegenden zu sorgen, aus denen Ärztinnen und Ärzte sich zurückziehen: dem ländlichen Raum. Nicht Kapitalsammelstellen, auch nicht Ärzte sieht der DGB als Gründerinnen oder Gründer: Er setzt auf den Betrieb solcher Versorgungszentren durch die Krankenkassen.





VON DÄNEMARK LERNEN?

Wenn eine große Institution in Deutschland ein Projekt mit dem Titel „Impulse für Deutschland aus Dänemark (K:IDD)“ fördert, ist Außergewöhnliches im Gange. Nicht dass die Deutschen vom kleinen Dänemark nichts lernen könnten. Aber es geht nicht um Hegge, also gefühliges Miteinander, sondern um Krankenhäuser und die Frage, wie sich ein System etablieren ließe, in dem Patientinnen und Patienten im wahrsten Sinne des Wortes „gut behandelt“ werden und das auch noch ökonomisch effizient arbeitet.

Dänemark sei „zu einem Pilgerort deutscher Krankenhausreformer“ (Schönbach, 2020) geworden. Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Bundesorganisationen von Bundesvereinigungen der Kassenärzte und Kassenzahnärzten, der gesetzlichen Kassen und Krankenhäusern geförderte Projekt „K:IDD“ ist ein Ergebnis dieser Pil-

gerreisen. Es ist der Versuch, etwas Struktur in die Vielzahl von Forschungsreisen in den nördlichen Nachbarstaat und den daraus resultierenden Berichten zu bringen.

Kurz zusammengefasst geht es in Dänemark um den Versuch, aus der Kleinteiligkeit einer Krankenhauslandschaft ähnlich der in Deutschland auszuweisen und durch hochmoderne, zentral gelegene „Superkrankenhäuser“ allen Bürgerinnen und Bürgern Medizin und Behandlung auf Spitzenniveau zu bieten.

Im Grunde ist das also die Szenerie, auf die Deutschland zusteuert. Doch es gibt zwei wesentliche Unterschiede: In Deutschland geschieht dies in einem chaotischen Prozess, in dem vor allem kleine Krankenhäuser vom Netz gehen, weil sie wirtschaftlich ausgeblutet sind. Und: In Dänemark gehören die Kliniken dem Staat. So ist die

Entscheidung zur Zentralisierung das Ergebnis von Wahlen im Königreich.

Bis 2025 soll der Umbau des dänischen Hospitalwesens abgeschlossen sein. Das erste Klinikum nördlich von Aarhus ging Ende 2019 in Betrieb. Man muss sich das Klinikum als eine Art Kleinstadt vorstellen, das Klinikum ist kein kompakter Bau, sondern durchzogen von Straßen, aufgelockert von Plätzen und Grünanlagen.

„Bis 2025 werden weitere 17 Superkrankenhäuser verwirklicht. 42,7 Milliarden Kronen, rund 5,6 Milliarden Euro, investieren der Staat und die fünf Regionen in sechs Neubauten in Aarhus, Aalborg, Gødstrup, Odense, Køge und Hillerød sowie Ausbau und Erneuerung bestehender Hospitäler“, heißt es in einem Bericht eines Fachmediums. Jedes dritte dänische Krankenhaus werde modernisiert. Was umgekehrt bedeutet: Zwei von drei Kliniken haben keine Zukunft mehr – zumindest nicht als eigenständige Krankenhäuser (Medizin und Technik, 2020).

Die neuen Krankenhäuser kommen nicht als Sparvariante daher. „Die neuen Hospitäler setzen auf die wohltuenden Effekte von Licht, Luft und angenehmer Umgebung“, heißt es in einem White Paper der Stiftung „Healthcare Denmark“, einem Promotor des dänischen Weges. Die Patientinnen und Patienten werden in Einzelzimmern untergebracht. Dies diene nicht nur der schnelleren Erholung, Dänemark ist bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 3,8 Tagen pro Klinikaufenthalt schon Spitzenreiter im internationalen Vergleich. Kurze Aufenthalte helfen auch den öffentlichen Kassen (Healthcare Denmark, 2020).

Die Logistik von Laborproben, die Belieferung der Stationen mit Medizin oder die Auslieferung von Wäsche wird genauso an Roboter, ausgestattet mit Künstlicher Intelligenz, übergeben wie der Transport von Menschen auf den Stationen, heißt es in dem Dokument weiter. Die Übermittlung von Patientenakten wird ebenso wie das Qualitätsmanagement oder die Desinfektion von Zimmern und Behandlungsräumen an Elektronengehirne und von ihnen gesteuerte Maschinen übertragen.

Zentralisierung und der Einsatz von Robotik und High-tech sollen Gewinne an Effizienz und Behandlungsqualität bringen, von denen letzten Endes auch die Patienten profitieren sollen. Klingt gut.

Allerdings ist für einige wirtschaftlich erfreuliche Ergebnisse des dänischen Gesundheitssystems nicht allein die Zentralisierung verantwortlich. Es geht auch um ein anderes Verständnis von Krankenhaus. In Dänemark sind die Verweildauern so kurz, weil die Patientinnen und Patienten das Krankenhaus mit nach Hause nehmen. „In der hämatologischen Abteilung des Kopenhagener ‚Rigshospitalet‘ erhalten Patientinnen und Patienten mit Leukämie seit 2015 die intravenöse Chemotherapie im eigenen Zuhause anstelle vom stationären Aufent-

halt“, schreiben die Pflegespezialistin Patricia Ex und der Gesundheitsforscher Volker Eric Amelung in einem Aufsatz. Weil die Telemedizin in Dänemark ein hohes Niveau erreicht hat, wird die Versorgung nicht von der Klinik einem niedergelassenen Arzt übergeholfen. Die Versorgung bleibt Aufgabe der Klinik, auch wenn etwas falsch läuft, bleibt dies zunächst Sache der Klinik (Ex/Amelung, 2019).

In Dänemark ist überdies die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte stärker als in Deutschland, wer zum Facharzt muss, geht in der Regel in die Klinik. „Berechnungen für 2012 zeigen, dass in Dänemark 32 % der ambulanten Leistungsausgaben auf Leistungen im Krankenhaus entfielen, in Deutschland hingegen nur 2,8 %“ (Kretzler et al., 2020).

Ob die Pilgerreisen nach Dänemark lohnen? Der „Deutschlandfunk“ hat sich die „Superkrankenhäuser“ genauer angesehen. Neben dem Lob über High-Tech in der Klinik und Versorgung der Patientinnen und Patienten auf höchstem Niveau macht der Bericht auch auf Probleme aufmerksam: Die Personaldecke vor allem in der Pflege ist dünn, die Baukosten schossen in die Höhe, deswegen wird in der Pflege zusätzlich eingespart. Zeit für Gespräche fehlt den Beschäftigten im technisch hochgezüchteten Krankenhaus. Auch ihre Arbeit ist durchgetaktet. Eine Krankenschwester berichtet: „Ich muss Kompromisse machen bei meiner Arbeit. Man schafft nur noch das Grundlegende. Für Gespräche, etwa um sich Sorgen und Ängste der Patienten anzuhören, habe ich oft keine Zeit. Wenn es hektisch wird, kann das auch dazu führen, dass ich etwas übersehe“ (Deutschlandfunk, 2019).

So richtig kann sich auch die Redaktion der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ nicht für einen klaren Standpunkt entscheiden. Aus den Berichten spricht eine Begeisterung über die Ergebnisse der Zentralisierung dänischer Kliniken. Aber die Zahl der Unterschiede zwischen dem deutschen und dem dänischen System sei erheblich, unterstreicht die Wissenschaftszeitschrift. Angefangen bei der staatlichen Organisation und der damit verbundenen Zugriffsmöglichkeiten für Parlamente und Regierungen, über eine andere Rolle niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bis hin zu einem ganz anderen Umgang der dänischen Kliniken mit Fallpauschalen reicht das Spektrum der Unterschiede.

Und auch dies dürfte einen Unterschied machen: Es ist schwer vorstellbar, dass in Deutschland Roboter Patientinnen und Patienten durch die Gegend fahren. Noch schwerer erscheint die Vorstellung, wenn Deutschland in gleicher Weise wie in Dänemark die Zahl der Kliniken eindampfen würde. Von den gegenwärtig etwa mehr 1900 Kliniken blieben „330 gut ausgestattete Krankenhäuser für die Versorgung“ übrig (Kretzler et al., 2020).

1.8 Auswege aus der Misere

Der Schlachtruf der Marktradikalen „Markt vor Staat“ hat mit der Finanzkrise 2008 weltweit seine Verführungskraft verloren. Weil aber niemand beherzt in die Bresche springt, wirken die Gesetze der entfesselten Märkte nach, die in zunehmend rechts- und regulierungsfreien Räumen der Gesellschaft vordringen konnten. Ob Wohnungswirtschaft, Bildung oder Medizin: Die Grundversorgung des Menschen ist ein attraktives Ziel für Vermögende und ihre Agenturen. Für ein Dach über dem Kopf, für die eigene Bildung und die der Kinder und die Gesundheit, die Altersvorsorge geben die Menschen alles.

Aber nur Klagen über beklagenswerte Zustände reicht nicht für einen Kurswechsel. Und den wollen viele. Die Bertelsmann Stiftung legte 2019 ihre Reformvorstellungen auf den Tisch, der Sachverständigenrat präsentiert in seinen zahlreichen Gutachten immer wieder lange Listen von Reformbedarfen, Die Gewerkschaft ver.di hat als starke Organisation im Kranken- und Pflegebereich Reformvorschläge auf den Tisch gelegt, im Deutschen Gewerkschaftsbund ist eine Beschlussfassung in Vorbereitung.

Auch die Parteien nehmen sich des Themas im Wahlkampf an. Die SPD beispielsweise hat die Gesundheit zu einem ihrer drei zentralen Missionsziele im Wahljahr 2021 erhoben.

Es geht um Alternativen zur schleichenden Privatisierung immer größerer Teile des Gesundheits-

wesens. Und weil in der Reformdebatte das Nachbarland Dänemark und seine große Reform der Krankenhauslandschaft eine tragende Rolle spielt, muss zunächst vom Konzept der „Superkrankenhäuser“ die Rede sein. Denn die sind die Blaupause, die man im Hinterkopf haben muss, wenn über die Zukunft der Krankenhäuser und damit einer der Hauptachsen des Gesundheitswesens gedacht werden.

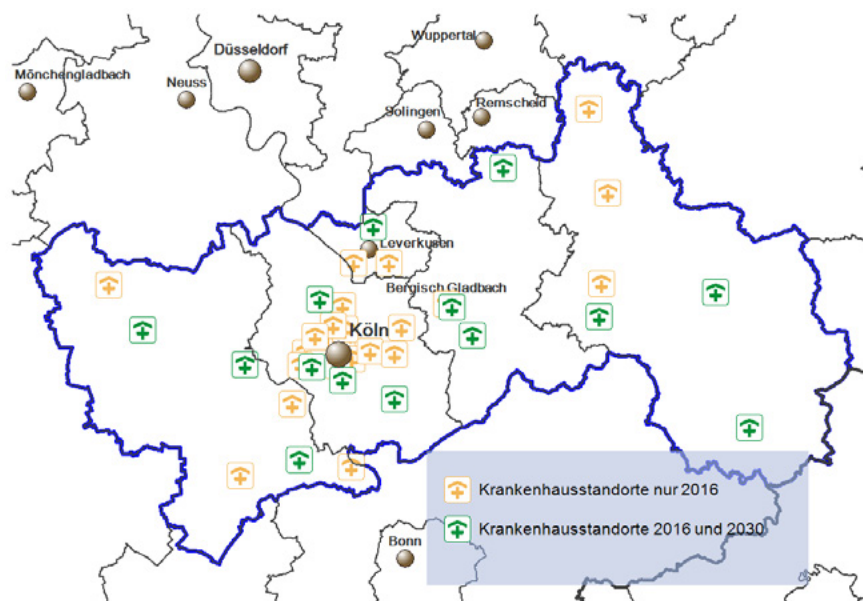
Die Bertelsmann Stiftung hat 2019 eine Simulation einer „Zukunftsfähigen Krankenhausversorgung“ am Beispiel der „Versorgungsregion 5“ vorgelegt, welche die Städte Köln und Leverkusen sowie drei Landkreise mit rund 2,2 Millionen Menschen einschließt.

Von der Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner entspricht dies einem Drittel der Bevölkerung Dänemarks. Allerdings nicht von der Fläche. Dem dänischen Weg von Kliniken mit „Supra-Maximalversorgung“ sind die Autoren der Studie nicht gefolgt, aber: Für kleine Kliniken, die womöglich sogar nur eingeschränkte Grundversorgung bieten, wäre im Bertelsmann-Modell kein Platz mehr. Auch Fach- oder Spezialkliniken sind im Reformkonzept aus Gütersloh nicht vorgesehen.

Größere Krankenhäuser, so die Logik, bedeuten höhere Fallzahlen, aus diesen folge höheres Fachwissen von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden. Routinen seien bekannt, Überraschungen selten.

Abbildung 7 zeigt, welche (nicht psychiatrischen) Kliniken nach dem Bertelsmann-Konzept übrigblei-

Abb. 7 Nicht-psychiatrische Krankenhäuser 2016 und regionale Verteilung der erforderlichen Krankenhausstandorte in der Versorgungsregion 5 gemäß Zielmodell bei Erfüllung des Erreichbarkeitskriteriums (100 %) im Jahr 2030



ben würden, wenn die Kliniken (unter bestimmten Annahmen) in 30 Minuten erreichbar sein müssten.

Wenn die Erreichbarkeit nicht zu 100 Prozent, aber zu 95 Prozent innerhalb von 30 Minuten gewährleistet würde, könnten die Standorte sogar noch drastischer reduziert werden, wie Abbildung 8 zeigt:

Am Ende empfehlen die Autoren, von gegenwärtig 45 Klinikstandorten mit durchschnittlich 285 Betten bis 2030 nur zwölf bis 14 Krankenhäuser in der Größe zwischen 740 bzw. 866 Betten bestehen zu lassen – auch weil sich betriebswirtschaftlich ein Krankenhaus erst von einer bestimmten Größe an rechne.

Anders formuliert läuft der Vorschlag darauf hinaus, drei von vier Kliniken zu schließen, um einen rentierlichen, medizinisch hochwertigen Krankenhausbetrieb zu ermöglichen. Das würde bedeuten, dass 2.000 von derzeit noch fast 13.000 Betten abgebaut werden, weil mit niedrigeren Fallzahlen in der stationären Behandlung gerechnet wird (Loos et al., 2019).

Ausgeweitet auf Deutschland würde dies rechnerisch zu einem Verlust von etwa 1.500 heute noch tätigen Kliniken führen. Gut 500 Hospitäler blieben bestehen – das ist gar nicht so weit von dänischen Größenordnungen entfernt.

Hinter den Anforderungen an Mindestfallzahlen stehen nicht allein medizinische, sondern vor allem knallharte betriebswirtschaftliche Erwägungen, von welchem Punkt an sich Investitionen und der

Betrieb von spezialisierten Klinikabteilungen lohnt – ein Prinzip, das im Widerspruch zur gleichen Versorgung aller Kranken zum Grundsatz gleicher Lebensverhältnisse steht.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) setzt den Hebel an anderen Punkten an. Es könne sein, dass nicht alle Häuser, die heute bestehen, auch erhalten werden könnten, sagt Sylvia Bühler im Gespräch für dieses Dossier. Sie ist Mitglied im Bundesvorstand von ver.di und leitet den Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen.

Für die Gewerkschaft stehen freilich zunächst die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Vordergrund. Es geht technisch ausgedrückt um eine Pflegepersonalbemessung, also um eine, den Kriterien der guten Pflege angemessene Besetzung mit Pflegefachkräften.

Das ist etwas anderes als die bereits geltenden Pflegeuntergrenzen, an die sich viele Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nur sehr beschränkt halten.

In einer Reihe von Kliniken hat ver.di Tarifverträge oder Vereinbarungen durchgesetzt, die solche Regelungen beinhalten. Aber es bedarf einer Regelung in der Fläche, schließlich geht es nicht nur um Arbeitsbedingungen, sondern auch um das Wohl der Patientinnen und Patienten. Die Durchsetzung solcher Personalbemessungsgrenzen würde freilich die Strategie der Profitmaximierung unterlaufen, die insbesondere private Klinikgesellschaften verfolgen.

Abb. 8 Regionale Verteilung der erforderlichen Krankenhausstandorte in der Versorgungsregion 5 gemäß Zielmodell bei Erfüllung des 95-Prozent-Erreichbarkeitskriteriums, 2030





Denn schon jetzt beklagen sich private Klinikbetreiber, dass durch die Einführung der vom Gesetzgeber bestimmten Pflegemindestbesetzungen und die für die Pflege vorgesehenen Anteile aus den Fallpauschalen nicht mehr zur Mehrung ihres Profits zur Verfügung stehen.

Der Wissenschaftler Michael Simon, der Jahrzehnte das Gesundheitssystem aus dem Blickwinkel insbesondere der Pflege untersucht hat, attestiert in einer Studie dem Fallpauschalensystem, es sei aufgrund seiner „hypertrophen Komplexität [...] zunehmend unkontrollierbar“. Weder Gesundheitspolitikerinnen und -politiker noch die Beschäftigten von Fachverbänden, ja noch nicht einmal mehr die „Akteure der Gesundheitspolitik“ verstünden, wie Krankenhäuser heute finanziert würden.

So würden Probleme, Konstruktionsmängel und zerstörerische Funktionsweisen des Systems vor der demokratischen Öffentlichkeit verschleiert. „Hyperkomplexität und Intransparenz“ dienen nur einem Zweck, heißt es in dem Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung: „Sie schützt das System vor fundierter Kritik und immunisiert es dadurch gegen Versuche der Abschaffung.“

Krankenhäuser, die Wert auf Qualität von Behandlung und Beschäftigung legten und deswegen höhere Ausgaben hätten, würden regelrecht bestraft, Kliniken, deren Leitungen zulasten von Patientinnen, Patienten und Beschäftigten sparten, hingegen würden für ihre „unzureichende Qualität mit Überschüssen belohnt“.

Das DRG-System, so Simon weiter, sei kein „gut und vernünftig konstruiertes Finanzierungssystem“, sondern ein reines Umverteilungssystem.

Simon spricht sich für eine „gemeinwohlorientierte Reform“ der Krankenhausfinanzen aus. Die gegenwärtigen Fallpauschalen müssten durch ein alternatives System ersetzt werden, das die „Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhaus-

versorgung unterstützt und nicht hintertreibt“.

Er ist weiter der Ansicht, dass die Krankenhauspläne der Länder fortgeschrieben werden müssten. Allerdings sollten – anders als von der Bertelsmann-Studie vorgeschlagen – nicht reine Fallzahlen den Ausschlag dafür geben, ob ein Krankenhaus erhalten oder geschlossen werden soll. Es müsse auch die Art und Weise der Erkrankungen in einer Region, die Altersstruktur der Bevölkerung und ihre Entwicklung einer Planung zugrunde gelegt werden. Erst auf einer solchen soliden Grundlage könnten Landesbehörden ihre Entscheidungen über die Zukunft von Kliniken „auch gegen den Willen von Krankenhausträgern“ durchsetzen.

Anders als andere Ratgeberinnen und Ratgeber im Gesundheitswesen tendiert Michael Simon dazu, die getrennte Finanzierung von Kliniken – Investitionen sind Sache der Länder, der Betrieb Sache der Krankenkassen – beizubehalten. Die Länder, verantwortlich für die Sicherung der Bevölkerung mit medizinischer Versorgung, würden an Gestaltungsmacht verlieren, würden beide Aufgaben an die Kassen und privaten Versicherungen übergeben. Er will die Länder nicht aus der Verantwortung lassen und die Frage, wie viele Krankenhäuser wo betrieben werden, zum Gegenstand von Politik machen. Dann haben die Wählerinnen und Wähler das letzte Wort.

Anstelle der Fallpauschalen setzt der Simon auf die „Umstellung auf bedarfsgerechte Budgets“. Das liefere die Krankenkassen keineswegs den Kliniken aus, die dann überzogene Budgets einfordern könnten. Verbindlich anzuwendende Verfahren für die Ermittlung des Pflege- und Behandlungsbedarfes sowie ein Schiedsverfahren müsse für Klarheit im Streitfall sorgen.

Im Grunde kann die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Pflege für die Jahre 2016 bis 2018 und die von 2020 an geltenden Pflegebudgets als eine Vorstufe dieser Umstellung gedeutet werden.

Ein dergestalt umgebautes System zur Finanzierung von Kliniken schließe nicht aus, dass in einzelnen Fällen auch Gewinne erzielt werden könnten. Diese müssten jedoch dem Grundsatz der Gemeinwohlorientierung folgend „im einzelnen Krankenhaus verbleiben“ statt als Rendite an private Eigentümer abgezweigt zu werden (Simon, 2020).

Ganz anders der Rat der Sachverständigen im Gesundheitswesen. Er will, dass allein die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen die Finanzierung der Krankenhäuser übernehmen. Und zwar dergestalt, dass Kassen und Versicherer auf der einen Seite und die Krankenhäuser auf der anderen Seite miteinander verhandeln. Es sollten die Verbände von Kassen und Versicherern mit Krankenhäusern Verträge aushandeln, denen sowohl ein Versorgungsgrad als auch Mindestqualitätsstandards zugrunde gelegt werden sollen. Dies ermögliche eine „Strukturbereinigung“.

Der politischen Kontrolle durch Parlamente solle das neue System weitgehend entzogen werden. Die Bundesländer könnten ihre Krankenhausplanung ein- und stattdessen einen Rahmenplan zur Versorgung mit medizinischen Diensten aufstellen und anschließend den „Sicherstellungsauftrag“ an die Kassen und Versicherer überweisen.

Auch an den umstrittenen Fallpauschalen wollen die Sachverständigen festhalten, schreiben sie in ihrem Gutachten von 2018. Jedoch plädieren sie dafür, Fehlanreize im System, etwa die Ausrichtung von Kliniken auf besonders lukrative Behandlungen so zu verhindern, dass Kosten von Kliniken, die diesen entstehen, weil sie bestimmte Einrichtungen wie „Quarantänestationen, Verbrennungs- oder Traumazentren“ unterhalten, pauschal abgegolten würden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Ob solche Reformschritte dem Krankenhaussystem, das immerhin rund ein Drittel der Ausgaben des Gesundheitswesens bindet, mehr Transparenz und demokratische Kontrollmöglichkeiten verleiht, liegt nicht auf der Hand.

Aber nicht nur um die Finanzierung von Krankenhäusern gibt es ein Hauen und Stechen aller gegen alle, wechselnde Allianzen eingeschlossen, sondern Investmentgesellschaften schießen gegen Kammern und gründen dazu eigene Verbände, niedergelassene Ärzte ringen um ihre Rolle in einem Gesundheitssystem, in dem immer mehr Ärztinnen und Ärzte angestellt sind, Klinikleitungen führen Krankenhäuser als Wirtschafts- und nicht als Versorgungsbetriebe, Chefärztinnen und Chefärzte ringen mit Pflegekräften um Anteile aus Fallpauschalen, Länder ohne Ressourcen stellen Klinikpläne auf, die sie nicht überwachen.

Allein dieser Ausschnitt macht schon deutlich, warum das Gesamtsystem einer tiefen Begradigung bedarf.

Es fehlt dafür noch ein Leitmotiv. Das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) hat sich mit dem irritierend zerstrittenen Gesundheitssystem beschäftigt. Mit einem ernüchternden Ergebnis: Dieser Bürgerkrieg im Gesundheitswesen mit seinen unübersichtlich vielen Kampfplätzen mit wechselnden Akteursallianzen „stellt mit Blick auf neue Praktiken, Organisationsformen, Regulierungen und Systemstrukturen ein Innovationshemmnis dar“. Der Branche, so ISI-Forscher Thomas Reiß mangle es nicht an Frustrationen und Interessenkämpfen, das Instrument der Lobby werde aggressiv bedient. Es fehle eine Kultur des Dialogs – „aus Innovationsperspektive“ herrschten „alles andere als innovationsförderliche Bedingungen“.

Reiß' Kritikpunkte weiter: Die Entscheider im Gesundheitswesen wissen zu wenig über „die Realität und Qualität des Versorgungsgeschehens“, die Note „mangelhaft“ verleiht Wissenschaftler



GESCHICHTE EINES SKANDALS (6)

Der Stellenwert und die Ausstattung der Krankenhaushygiene ist in vielen Aspekten unzureichend.

KRINKO-Empfehlungen zur personellen Ausstattung werden nicht erfüllt.

Nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI müsste das KEvB zur Zeit des Ausbruchs mind. 1,75 Vollzeitkräfte ärztliche Mitarbeitende in der Krankenhaushygiene vorweisen. Darüber hinaus sollte der Mehraufwand für fachärztliche Supervision der vier Ärzt*innen in curricularer Weiterbildung zum/zur Krankenhaushygieniker*in zusätzlich personell berücksichtigt werden.

Die tatsächliche personelle Besetzung der Krankenhaushygiene war beim KEvB allerdings deutlich geringer. Die Geschäftsführung beziffert sie in ihrer Präsentation vor der Expertenkommission am 14.05.2020 mit 1,0 Vollzeitkraft. In einem Schreiben an das GA formuliert das KEvB sogar nur 0,375 VK für die Krankenhaushygieniker (siehe Schreiben vom 08.05.2018). Zudem war eine ärztliche Vertreterregelung für die Krankenhaushygienikerin nicht erkennbar.

Die unzureichende personelle Ausstattung ist auch von der leitenden Hygienikerin im Jahr 2019 festgehalten (Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 21.08.2019).

Reiß dem Wissensaustausch und Lernen, Innovationen fänden vereinzelt statt, ein systematischer Transfer in die Versorgung: Fehlanzeige. Möglichkeiten zur Innovation würden nicht oder nicht ausreichend genutzt.

Entsprechend dieser Mängelliste macht das ISI sechs Vorschläge jenseits der ausgetretenen Pfade der gesundheitspolitischen Diskussion, hier eine Auswahl:

1. Es müssten Ressourcen bereitgestellt werden, um die gegenwärtige Konflikt- in eine Dialogkultur zu verändern, möglicherweise könne ein gemeinsames Leitbild einem solchen Prozess Vorschub leisten.
2. Um dem Unwissen über das zu Entscheidende zu begegnen, sollten Akteure der medizinischen Versorgung überzeugt werden, ihre Daten und ihr Wissen anonymisiert offenzulegen.
3. Die Best-Practice-Kultur könnte durch die bessere Nutzung bestehender Institutionen gefördert werden – von anderen Plattformen wie dem European Crime Prevention Network könne gelernt werden.
4. Kooperationen zwischen Akteuren sollten regional- und bundesweit stärker gefördert werden.

5. Die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich sollten zusehends aufgelöst werden.
6. Die Ausbildungen im Gesundheitswesen sollten enger aufeinander angestimmt werden, damit sich die Berufe nicht erst in der medizinischen Praxis zum ersten Mal begegnen (Reiß, 2020).

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat sich auf seinem Kongress 2018 einige dieser Reformvorschläge zu eigen gemacht. In dem Beschluss plädiert der DGB für die Einhaltung von „Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität“, die Überwindung von Schranken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die übrigen Gewerkschaften schlossen sich der ver.di-Forderung nach mehr Beschäftigung und besserer Bezahlung in den Kliniken an. Im Fokus stehen die: „am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten bemessene gesetzliche Personalvorgaben“ (DGB, 2018).

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat sich für die politische Auseinandersetzung im großen Wahljahr 2021 Rückendeckung von einer Zukunftskommission geholt. In deren „Empfehlungen für die gesetzliche Krankenversicherung“ wird den Krankenkassen die Aufgabe übertragen, ein „striktes Versorgungsmanagement“ durchzusetzen. Der Wettbewerbsgedanke soll dadurch verschärft werden, dass die Kassen mit Ärztinnen, Ärzten und Krankenhäusern Einzelverträge abschließen. Durch diese Einschränkung des Zugangs zu medizinischer Versorgung solle die „Vollversicherung“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung garantiert werden. Wer

als mündige Bürgerin, mündiger Bürger selbstbestimmt auch im Gesundheitssystem agieren will, müsse sich das dann auch einen Eigenbeitrag kosten lassen.

Den Krankenhäusern und ihrer Zukunft widmet die Arbeitgeberkommission ein eigenes Kapitel. Die gegenwärtig von den Ländern mehr schlecht als recht organisierte Krankenhausplanung soll dem Wettbewerb zwischen den Kassen um die besten Versorgungsnetzwerke geopfert werden. Lediglich in ländlichen Gebieten müsse aufgepasst werden, dass ein Wettlauf um beste Leistung für möglichst geringe Beiträge nicht zulasten der Grundversorgung gehe (BDA, 2020).

2016 veröffentlichte der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt ein Eckpunktepapier für eine soziale und gerechte Gesundheitsversorgung. Man kann es als Plädoyer gegen eine Zentralisierung und Monopolisierung des Angebots medizinischer Dienste lesen. Die AWO setzt auf „sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung“. Die Versorgung durch multiprofessionelle Teams bedeute „einen Paradigmenwechsel bei der Gestaltung der Versorgung: weg von einer Ausrichtung an leistungsrechtlichen Aspekten hin zu einer Versorgung aus Sicht der Patient*innen.“ Diese Versorgungsstrukturen, zu denen letzten Endes auch Kliniken gehören, „müssen dezentral, wohnortnah und inklusive gestaltet sein“. Nur so sei der Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet (AWO, 2016)

Das leitet zum nächsten Kapitel über, der zunehmenden Spaltung der Gesellschaft entlang von Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung.





„IMMER MEHR ERKENNEN, DASS SIE MIT NOCH SO GROSSEM PERSÖNLICHEM EINSATZ DIE FEHLER IM SYSTEM NICHT AUSGLEICHEN KÖNNEN“

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ist in den deutschen Krankenhäusern stark verankert. Mit ihren Tarifverträgen gestaltet sie die Arbeit – so gut es geht. Denn die Entscheidung der Politik, privates Eigentum an öffentlichem Dienst zuzulassen, hat die Arbeitskultur zerstört. Wo Menschen geheilt werden, werden Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachkräfte krank, quittieren den Dienst oder flüchten – einzigartig in Deutschland – in die Leiharbeit. „Besonders perfide ist, dass nicht wenige Arbeitgeber die hochanständige Haltung skrupellos ausnutzen und Beschäftigte moralisch erpressen“, sagt Sylvia Bühler, Mitglied im Vorstand der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft und Leiterin unter anderem des Fachbereichs Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen.

Hilmar Höhn: Ich möchte mir dir über drei Jahrzehnte Privatisierung im Gesundheitswesen sprechen und die Frage klären, an welchem Punkt wir zu Beginn des großen Wahljahres 2021 stehen. Durch die Entnahme von Gewinnen durch private Gesellschaften werden dem Gesundheitssystem Ressourcen entzogen. Die Frage ist: Fehlen die Millionen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten? Oder wiegen die angeblich durch privatkapitalistisches Management organisierten Effizienzgewinne die Renditen von zehn bis 15 Prozent auf, welche die großen Konzerne wie Helios, Rhön, Asklepios oder Sana dem Gesundheitssystem entziehen?

Sylvia Bühler: Die Frage, wie die Daseinsvorsorge organisiert ist, ist eine politische. Ich bin sehr dafür, dass sie unter politischer Kontrolle bleibt, also Wählerinnen und Wähler an der Urne mit darüber ab-

stimmen, wie die Leistungen rings um das hohe Gut Gesundheit erbracht werden. Gesundheit ist keine Ware, die man Investoren überlassen darf.

Dossier: Gut, das ist eine Grundsatzfrage. Wenn aber die Praxis im unternehmerisch geführten Krankenhaus besser gelöst wird als von der städtischen Klinik?

Bühler: Ein Krankenhaus sollte sich genauso wenig wie die Feuerwehr rechnen müssen. Unternehmerisches Handeln fragt danach, was ist gut für das Unternehmen? Im Gesundheitswesen muss es aber darum gehen, was die Patientin beziehungsweise der Patient braucht. Klar soll ein Krankenhaus wirtschaftlich geführt werden, schließlich müssen unserer Sozialversicherungsbeiträge und Steuern sinnvoll eingesetzt werden. Ob die Versorgung gut oder weniger gut ist, hängt übrigens nicht unbedingt mit der Trägerschaft zusammen. Was uns be-



„MIT DEN ANGEBLICH SO TOLLEN ERFOLGEN GINGEN DIE KONZERNE DANN IM WESTEN AUF EINKAUFSTOUR.“

sorgt machen muss, ist die Entwicklung hin zu Markt und Wettbewerb. Das aktuelle System der Fallpauschalen schafft falsche Anreize und statt es grundsätzlich anzupacken, versucht man mit kleineren Korrekturen gegenzusteuern, dann werden neue Fehlentwicklungen sichtbar, die man wieder versucht zu heilen. Es braucht hier eine politische Grundsatzentscheidung. Blicken wir zurück: Die Konzerne haben nicht irgendwann zugegriffen. Ihr „windows of opportunity“ öffnete sich Anfang der 1990er Jahre mit dem Zusammenschluss der beiden deutschen Staaten. Die Städte im Osten waren in Folge der D-Mark-Übernahme ganz schnell pleite und verkauften ihre defizitären Kliniken. Die neuen Investoren versprachen geplagten Kämmerern und Gemeinderäten das Blaue vom Himmel: „Wir brauchen Eure kargen Einnahmen nicht, wir brauchen keine Steuern, wir betreiben Krankenhäuser für Euch zum Nulltarif. Ihr müsst keine Mittel dazu tun.“

Dossier: Der klamme Osten war also auch hier wie in der Wasserwirtschaft oder dem Wohnungsbau als Hebel missbraucht, um die ganze Republik aufzurollen, die sich im Westen bis dahin nicht freudig erregt zeigte, wenn öffentliche Dienste zu Quellen des Profits gemacht wurden.

Bühler: Ja, so ist das. Das ganze Gerede von Privat vor Staat. Inzwischen hat sich das wieder gewendet, aber Anfang der 1990er war die Markgläubigkeit groß. Und die nicht gefestigten Strukturen im Osten trugen dazu bei, die erste Privatisierungswelle möglich zu machen. Mit den angeblich so tollen Erfolgen gingen die Konzerne dann im Westen auf Einkaufstour. Entscheidend für den Prozess war natürlich auch die Umstellung auf das Fallpauschalensystem, das ab 2004 verpflichtend wurde und Gewinne und Verluste vorsieht. Zwischen 2000 und 2010 wuchs die Zahl der privaten Allgemeinkliniken um rund 30 Prozent. Die Privatisierungswelle hat sicherlich den Druck auf die Krankenhausfinanzierung erhöht. Schließlich müssen Kliniken in kommerzieller Trägerschaft Gewinne machen. In den neuen Ländern haben Strukturwandel und Rotstiftpolitik Kommunen und Länder an den Rand gebracht. Und dann wurden auch Krankenhäuser verkauft und damit kommerzialisiert. Einmal verkauft, ist verkauft. Dann ist der Einfluss dahin. Das sieht man beim Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Das Land Hessen hat unter Roland Koch (CDU) vor mehr als 15 Jahren, – trotz massiver Proteste von Beschäftigten, ver.di und der Öffentlich-

keit, die Unikliniken verkauft und sich für die Rhön-Klinikum AG entschieden. Seit letztem Jahr hält Asklepios die Aktienmehrheit des ehemaligen Konkurrenten. Und die Landesregierung schaut zu, dass jetzt hier ein Konzern das Sagen hat, der ursprünglich nicht gewollt war.

Dossier: Krankenhäuser werden nicht für einen befristeten Zeitraum ausgeschrieben, wie das im Straßenverkehr häufig der Fall ist?

Bühler: Die Krankenhäuser werden schlicht verkauft. Die Kommunen geben hier ihren Einfluss auf. Und es wird nichts überörtlich gesteuert, jede Gemeinde, jeder Landkreis, jeder freigemeinnützige Träger entscheidet selbstständig über den Verkauf.

Dossier: Nun ja, es wäre ja auch denkbar, wie in der Stromwirtschaft eine mächtige Regulierungsbehörde zu schaffen, die Aktionären und Managern enge Grenzen des Möglichen setzt.

Bühler: Es gibt ja Landeskrankenhauspläne, die auf dem Papier auch sehr viel regeln. Aber findige Konzernlenker finden immer Lücken und Wege, um ihre Interessen durchzusetzen. Wenn ein Haus keinen Gewinn mehr erwirtschaftet, dann wird es abgestoßen. Das war eine Zeitlang ein absolutes Tabu. Und nun wird verkauft und gekauft, als ginge es nicht um Einrichtungen, in denen geboren, geheilt und auch gestorben wird, sondern um Aktienpakete.

Dossier: Das heißt, es gibt Landeskrankenhauspläne, an denen sich mächtige Player aber nicht halten.

Bühler: Es wird nicht politisch gesteuert, sondern man überlässt die Entwicklung der Krankenhauslandschaft dem Markt und Wettbewerb. Mit fatalen Folgen. In einem Ballungszentrum braucht man vielleicht nicht jedes kleine Krankenhaus, das eine Kirchengemeinde einmal gebaut hat. Aber es gibt Landstriche, da herrscht eine schlimme Unterversorgung im Gesundheitswesen. Es fehlen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Besonders hier ist wichtig, die sektorenübergreifende Versorgung auszubauen. Es braucht eine flächendeckende Krankenhausversorgung für die Grundversorgung. Und dann ist eine gute Zusammenarbeit mit Spezialkliniken gefragt. Hier hilft auch die Digitalisierung.

Dossier: Und was könnte Politik tun?

Bühler: Vorgaben machen. Der Kommerzialisierung Grenzen setzen. Krankenhauspläne mit Qualitätsvorgaben aufstellen und umsetzen. Eben Verantwortung übernehmen und Gesundheitsversorgung gestalten und es nicht dem Markt überlassen. Das Kartellamt ist übrigens auch keine wirkliche Lösung. Klar will man nicht, dass ein kommerzieller Krankenhauskonzern ein regionales Versorgungsmonopol hat. Hier muss man einschreiten. Ich beurteile aber völlig anders, wenn sich staatliche Träger zusammentun, um eine gute Versorgung aus einer Hand zu organisieren. Aber bei einer solchen integrierten Versorgung muss immer sichergestellt werden, dass es um die Interessen der Patientin beziehungsweise des Patienten geht und nicht darum, die Einnahmeseite zu stärken. Bei der derzeitigen Krankenhausfinanzierung sind auch öffentliche Krankenhäuser nicht davor gefeit, betriebswirtschaftliche Interessen vor Patientenwohl zu stellen. Kommerzielle Träger wollen übrigens nicht nur ihre Gewinne maximieren, sie wollen auch ständig wachsen.

Dossier: Das kann man ihnen nicht verdenken. Am Markt wie in der Politik gilt: Stillstand ist Rückschritt.

Bühler: Was bedeutet aber Wachstum im Gesundheitswesen? Möglichst viele Patienten*innen sind gut fürs Geschäft. Das Gesundheitssystem müsste doch aber genau andersherum funktionieren. Ziel muss doch eigentlich Vorbeugung und Vorsorge sein, damit die Menschen lange gesund bleiben.

Dossier: Kommunale Krankenhäuser schneiden nicht immer gut ab, wenn es um die Qualität von Behandlung und Pflege geht. Im Fall des Potsdamer Ernst-Bergmann-Klinikums, einer gemeinnützigen GmbH im Eigentum der Stadt, flog in der Corona-Krise unfassbares Missmanagement auf.

Bühler: Ein Fall von politischem Versagen. Keine Trägerstruktur ist gefeit vor Missmanagement.

Dossier: Worin besteht für Patientinnen und Patienten die größte Gefahr durch die vorangeschrittene Privatisierung?

Bühler: Wir haben ja heute schon in Deutschland etwa ein Drittel kommerzielle Kliniken. Wenn man das weiterlaufen lässt, entstehen irgendwann Verbundsysteme, innerhalb derer man als Patientin oder Patient dann von einem Konzernzweig zum anderen durchgereicht wird. Das eigentlich sinnvolle Konzept der Polikliniken der ehemaligen DDR, – die nach der Vereinigung nicht überleben durften – erlebt nun unter ganz anderen Vorzeichen als Medizinische Versorgungszentren (MVZ) eine Wiederauferstehung. Jetzt geht es darum, möglichst viel Geld in den eigenen Konzern zu scheffeln, wenn Krankenhauseigentümer MVZ kaufen. Ein Konzern kann dann an einer umfassenden Behandlung gleich mehrfach verdienen. Und welcher Patient ist schon in der Lage zu entscheiden, was gut für ihn, welche Klinik die beste für seine Behandlung ist? Da verlassen sich doch die meisten auf die Empfehlung des Arztes beziehungsweise der Ärztin. Aber sind diese wirklich frei in ihrer Empfehlung, wenn das MVZ zum gleichen Konzern gehört wie das Krankenhaus um die Ecke? Bei der gegenwärtigen Finanzierung durch Fallpauschalen konnten Kliniken ihre Gewinne steigern, wenn sie möglichst wenig Personal eingestellt haben und diesem möglichst wenig bezahlen. Das hat vor allem in der Pflege zu einem Personalnotstand geführt und zu Tariffucht und Ausgliederungen. Mit Untergrenzen und Pflegebudget versucht man hier, politisch gegenzusteuern. Es bleibt aber alles Flickwerk. Wir brauchen verbindliche Vorgaben für die bedarfsgerechte Personalausstattung.

Dossier: Von den großen Klinikgruppen und Altenpflegekonzernen ist bekannt, dass sie wie in der Industrie eine Umsatzrendite zwischen zehn und 15 Prozent erwarten – aber seit Jahren auch nicht erreichen. Das heißt aber: Sie wollen jeden sechsten oder siebten Euro, den sie als Umsatz verbuchen, abzweigen.

Bühler: Ja, gerade die Altenpflege wird in den letzten Jahren von internationalen Finanzinvestoren entdeckt. Geld wird dem System entnommen und an Aktionäre ausgeschüttet. Die Entwicklung ist fatal. Und wenn die Margen nicht stimmen, müssen oft auch noch Beschäftigte selbst die Frage beantworten, wie sie die Ziele, die der Konzern vorgegeben hat, erreichen wollen.

„MIT UNTERGRENZEN UND PFLEGEbudget versucht man hier, politisch gegenzusteuern. Es bleibt aber alles Flickwerk. Wir brauchen verbindliche Vorgaben für die bedarfsgerechte Personalausstattung.“



Dossier: In einem Ärzteaufruf, ist von inhumaner Medizin die Rede ...

Bühler: Die Beschäftigten holen alles aus sich raus. Sie arbeiten oft bis zum Umfallen, denn sie wollen das Beste geben, sie sehen die Not ihrer Patientinnen und Patienten. Doch immer mehr erkennen, dass sie mit noch so großem persönlichen Einsatz die Fehler im System nicht ausgleichen können. Die Einführung von Fallpauschalen als Abrechnungsgrundlage für Behandlungen war der Turbo für den Kennzifferkapitalismus.

Wir brauchen einen Neuanfang im Gesundheitswesen. Das Ganze muss wieder auf gesunde Füße gestellt werden.

Dossier: Unterscheiden sich die verschiedenen Kliniken eigentlich in ihrer Arbeitgeber-Kultur?

Bühler: Ja, tun sie. Bei den Helios-Kliniken, die Teil des Fresenius-Konzerns sind, haben wir einen Konzerntarifvertrag, der allerdings noch etliche offene Baustellen hat. Auch bei Sana gibt es einen Konzerntarifvertrag. Die Rhön-Klinikum AG hat einen Konzerntarifvertrag für das nicht-ärztliche Personal immer abgelehnt, hier mussten wir auf Haustarif-

keine gesetzlichen Vorschriften gibt, machen wir die Personalausstattung auch zum Thema von Tarifauseinandersetzungen

Dossier: Damit seid ihr an der Charité in Berlin gestartet. Dank der Serie kennen nun alle dieses Berliner Krankenhaus.

Bühler: Das war eine harte, lange Auseinandersetzung. Aber ein wichtiger Durchbruch, um die Interessen von Beschäftigten und letztendlich auch die der Patientinnen und Patienten durchzusetzen.

Dossier: Wird der Tarif auch umgesetzt?

Bühler: Es ist mühsam und es geht nur schrittweise. Es gibt leider nicht nur diesen einen Hebel, den du umlegst und dann ist alles gut. Inzwischen haben wir mit 17 Kliniken entsprechende Tarifverträge beziehungsweise schuldrechtliche Vereinbarungen geschlossen. Und wir haben von Klinik zu Klinik dazu gelernt. Jetzt wollen in Berlin die Beschäftigten der Charité gemeinsam mit den Kolleg*innen des kommunalen Klinik Konzerns Vivantes für noch bessere Regelungen in einem Entlastungstarifvertrag kämpfen.



„WIR ERWARTEN VON DER POLITIK, DASS SIE VORGABEN MACHT FÜR DIE PERSONALAUSSTATTUNG FÜR EINE GUTE UND SICHERE VERSORGUNG.“

verträge zurückgreifen. Und Asklepios möchte am liebsten gar keine Tarifverträge abschließen. Hier gibt es immer wieder große Konflikte, wie zum Beispiel in Seesen, in Niedersachsen, wo die Kolleginnen und Kollegen monatelang streiken und Asklepios sich vehement weigert, einen Tarifvertrag abzuschließen.

Auch die Unternehmensmitbestimmung wird verschieden gehandhabt. Helios, ein Teilkonzern von Fresenius SE & Co. KGaA, hat zum Beispiel eine Gesetzeslücke ausgenutzt und die Mitbestimmung bei Europas größtem Klinik Konzern abgeschafft.

Dossier: Und was führt ihr als ver.di gegen das Kennziffern-Krankenhaus ins Feld?

Bühler: Im Gesundheitswesen muss der Mensch im Mittelpunkt stehen. Seit Jahren kämpfen wir deshalb für mehr Personal für eine gute Patientenversorgung und für Entlastung für die Beschäftigten. Wir fordern eine verbindliche Personalbemessung, also Vorgaben, wie viel Personal für eine gute Gesundheitsversorgung auf den Stationen und Bereichen eingesetzt werden muss. Und solange es

Das ist schon ziemlich beeindruckend, welche Kraft Belegschaften in diesen Auseinandersetzungen entwickeln. Aber solche Tarifverträge sind nur die zweitbeste Lösung. Es gibt in Deutschland knapp 2.000 Krankenhäuser. Wir erwarten von der Politik, dass sie Vorgaben macht für die Personalausstattung für eine gute und sichere Versorgung und wir das nicht über Tarifverträge lösen müssen. Doch solange es keine gesetzlichen Regelungen gibt, machen wir weiter Tarifverträge.

Dossier: Wenn sich 17 von 2.000 Kliniken sich bei der Personalausstattung an Vorgaben in Entlastungstarifverträgen halten müssen, werden sie im Benchmark-Kapitalismus benachteiligt sein.

Bühler: Das kommt ganz darauf an, wie man draufschaut. Man könnte auch sagen, sie haben einen Wettbewerbsvorteil bei der Suche nach qualifiziertem Personal. Pflegefachpersonen sind gesucht, es ist der Mangelberuf schlechthin. Und sie können sich zumindest in den Ballungsräumen ihren Arbeitgeber aussuchen. Dann geht man doch besser

dorthin, wo es einen guten Tarifvertrag gibt und mehr Personal. Außerdem wurden die Kosten für die „Pfleger am Bett“ aus den Fallpauschalen rausgenommen. Das Pflegebudget wird nun von den Kassen beglichen. So ist die Rechtslage, im Moment ...

Dossier: Einigen privaten Kliniken passt das gar nicht.

Bühler: Es ist ein Teilerfolg und Krankenhäuser, die einen Entlastungstarifvertrag haben, bekommen die zusätzlichen Stellen auch refinanziert.

Es zeigt sich auch wieder, dass es letztendlich keine Lösung ist, an einzelnen Stellschrauben zu drehen. Jetzt organisieren vor allem kommerzielle Träger um und ordnen Tätigkeiten, die man anderen Beschäftigtengruppen übertragen hat, wieder der Pflege zu, weil man jetzt hier die vollen Kosten abrechnen kann. Es geht aber niemand ernsthaft davon aus, dass die Finanzierung aller Stellen auf Dauer so bleibt.

Dossier: Nun sind Unternehmen wie Asklepios, Sana oder Helios noch zu packen. Es sind Unternehmen mit Sitz in Deutschland. Aber seit etwa zehn Jahren drängen internationale Investoren, Private-Equity-Gesellschaften oder Family Offices in den „Markt“ der Krankenhäuser, Altenpflege und der niedergelassenen Ärzte. Im Fokus Medizinische Versorgungszentren, insbesondere im Bereich der Augenheilkunde. Eine neue Qualität von Privatisierung?

Bühler: Absolut. Das spüren wir bei Konflikten und ganz besonders bei Tarifverhandlungen. Du kannst die Investoren nicht packen. Bei Tarifaufinandersetzungen versteckt sich das Management in Deutschland hinter Entscheidern, die irgendwo auf der Welt sitzen. Das Kapital ist total anonym, die Firmensitze zum Teil in Steueroasen. Von der örtlichen Führungsmannschaft kriegen wir dann zu hören, dass sie ja gerne mit uns etwas verhandeln wollen, aber sie hätten darüber keine Entscheidungsbefugnis.

Hier muss Politik einschreiten, diese Entwicklung darf nicht weitergehen.

Dossier: Wie würdest du den Arbeitsethos von Pflegekräften beschreiben?

Bühler: Bei dieser Frage ist es hilfreich, sich die Historie des Pflegeberufes vor Augen zu führen. Es war ursprünglich ja ein Dienst am Nächsten, vorrangig von Bürgerstöckern ausgeübt, meist aus christlichen Motiven. Noch heute ist die Pflege sowohl in Krankenhäusern als auch in der stationären Altenpflege und in den ambulanten Diensten ein überwiegend von Frauen ausgeübter Beruf. Erst Mitte der 1960er Jahre begann die Professionalisie-

rung, es ist also noch ein recht junger Beruf. Und in der Bezeichnung „Schwester“, die auch heute noch weit verbreitet ist, steckt der karitative Ansatz.

Noch immer höre ich vor allem von älteren Beschäftigten, wie schwierig es sei, sich für die eigenen Belange einzusetzen. So fest sitzt dieses Bild, dass es immer nur um den Menschen gehen muss, der Hilfe und Pflege braucht.

Inzwischen ist Pflegefachfrau beziehungsweise Pflegefachmann ein hochprofessioneller, und verantwortungsvoller Beruf. Und weil es immer noch um Menschen geht, die gepflegt und versorgt werden, die auf Hilfe angewiesen sind, halten viele die Stellung, obwohl die Umstände längst nicht mehr tragbar sind. Und besonders perfide ist, dass nicht wenige Arbeitgeber die hochanständige Haltung skrupellos ausnutzen und Beschäftigte moralisch erpressen.

Dossier: Wie gelingt das? Aus Mitleid mit den Patientinnen und Patienten.

Bühler: Wer einen sozialen, einen Care-Beruf wählt, der beziehungsweise dem sind natürlich erst mal andere Menschen wichtig. Wer diese Berufswahl trifft, weiß: Das große Geld wird woanders verdient. Im Beruf will man dann das Beste für den Patienten und die Bewohnerin. Wenn zu wenig Personal da ist, dann renne ich halt noch ein bisschen schneller, um möglichst eine gute Versorgung sicherzustellen. Ich sehe ja dieses Leid, ich sehe ja, was die pflegebedürftige Frau, was der Patient braucht. Nicht geben zu können, was doch so dringend gebraucht wird, das macht so viele krank, und deswegen gehen auch so viele aus diesen wunderbaren Berufen, weil sie sagen, ich kann das mit meinem Gewissen nicht mehr vereinbaren, ich will das nicht mehr ertragen müssen, dass ich sehe, was gute Pflege braucht, was der Mensch braucht und ich kann es nicht geben, weil die Zeit dafür fehlt.

Es gibt eine aktuelle Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen, die zeigt, es gibt keinen Mangel an Pflegekräften. Es gibt aber einen Mangel an Pflegekräften, die unter diesen Bedingungen bereit sind, in der Pflege zu arbeiten. Als zentrale Bedingungen für ihre Rückkehr oder die Verlängerung ihrer Arbeitszeiten nennen die Kolleginnen und Kollegen unter anderem mehr Wertschätzung durch Vorgesetzte, mehr Zeit für hochwertige Pflege und menschliche Zuwendung sowie ein höheres Gehalt. Auch verlässliche Arbeitszeiten und Pausen sind ihnen wichtig.

Dossier: Du hast gesagt, das macht so viele krank. Wie lange arbeiten Pflegenden in ihrem Beruf?

Bühler: Es gibt dazu Statistiken, aber ich meine, es macht Sinn zu unterscheiden, warum jemand aus-

steigt. Nach wie vor ist der Frauenanteil in der Pflege sehr hoch und viele Frauen steigen in der Familienphase aus beziehungsweise unterbrechen ihre Berufstätigkeit. Aber wir wissen, dass ganz viele aussteigen und nicht wieder kommen, auch nach der Familienphase. Die sagen, ich tue mir das nicht mehr an. Ganz dramatisch ist, dass viele junge Kolleginnen und Kollegen in der Ausbildung sagen, ich mache das jetzt noch fertig, damit ich mein Examen habe, aber ich werde nicht im Krankenhaus oder in der Altenpflege arbeiten. Ich suche mir etwas Anderes. Und jede vierte Auszubildende schließt die Ausbildung gar nicht erst ab. Das ist doch schlimm. Die Pflegeberufe sind schließlich gute, hochqualifizierte Berufe mit ganz viel Verantwortung.

Dossier: Und extrem nachgefragte Berufe. Da sollte man doch meinen, dass die Arbeitgeber sich anstrengen müssen, die zu halten.

Bühler: Die beste Werbung für die Pflege wäre, wenn die beschäftigten Pflegepersonen selbst ihren Beruf weiterempfehlen, wenn sie gut über ihren Beruf reden. Und die meisten lieben auch ihren Beruf, aber sie halten auch nicht mit der betrieblichen Wirklichkeit mit dem beruflichen Alltag hinter dem Berg. Und da liegt objektiv viel im Argen. Es braucht mehr Personal, vor allem mehr Fachpersonal und vor allem in der Altenpflege muss besser bezahlt werden.

Dossier: Ich verstehe die Arbeitgeber immer noch nicht. Sie müssten doch alarmiert sein, dass die Pflege als Rückgrat ihrer Betriebe, unter Auszehrung leidet.

Bühler: Einige kommen schon ans Nachdenken. Andere setzen auf mehr Hilfskräfte und Beschäftigte aus dem Ausland. Auch die Politik hat erkannt, dass es Handlungsbedarf gibt, schließlich hat die Bundesregierung die „Konzertierte Aktion Pflege“ ins Leben gerufen. Aber es helfen keine schönen Konzepte, wenn sie nicht umgesetzt werden. Dann laufen wir weiter auf eine Katastrophe zu. Eine alternde Gesellschaft braucht mehr Pflege. Besonders in der Altenpflege müssen die Löhne steigen. Die Arbeit dort wird oft mit dem Pflegemindestlohn bezahlt. Es ist einfach nur beschämend. Wir waren mit dem Tarifvertrag Altenpflege, der bundesweit

erstreckt werden sollte, auf einem guten Weg. Dass er ausgerechnet an den Arbeitgebern in den arbeitsrechtlichen Kommissionen von Caritas und Diakonie gescheitert ist, ist unglaublich. Nächstenliebe geht anders.

Dossier: Der Gesundheitssystemforscher Prof. Michael Simon hat im Auftrag der HBS ein Gutachten erstellt. Er kommt zu dem Schluss, eine gute Pflege werde nur möglich in einem Gesundheitssystem, das sich am Gemeinwohl orientiert. Unterstellt, die Abkehr von einem Trend der Privatisierung ließe sich umsetzen, welche Zukunft hätten dann noch private Anbieter?

Bühler: Entscheidend ist weniger die Rechtsform. Das Problem ist, dass Geld aus dem System gezogen wird. Geld, das für eine gute Infrastruktur und Versorgung dringend gebraucht wird.

Dossier: Nun ja, die Konzerne und ihre Geldgeber kommen ja nun nicht von der Caritas.

Bühler: Nun ja, kommerzielle Akteure in der Daseinsvorsorge schätzen es nicht, wenn Zahlungen mit exakten Vorgaben der Verwendung verbunden sind. Zum Beispiel ist es ja so, dass die Pauschalen mit den Tarifabschlüssen ansteigen. Leider auch für die Unternehmen, die gar keinen Tarifvertrag haben und ihre Beschäftigten kurz halten. Für die steigert die Anhebung der Pauschalen den Gewinn. Absurd. Wir fordern, die volle Refinanzierung von Tarifierhöhungen aber natürlich nur bei den Arbeitgebern, die nachweisen, dass sie die Tarifierhöhung tatsächlich auch an ihre Beschäftigten weitergeben.

Dossier: Gibt es in den demokratischen Parteien ein Einsehen?

Bühler: Wir sind aktuell dabei, dass Bundesgesundheitsminister Spahn noch in dieser Legislatur die Pflegepersonal-Regelung 2.0 (kurz PPR 2.0), die wir mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat entwickelt haben, umsetzt. Darin werden konkrete Vorgaben für die Personalausstattung in nahezu allen Bereichen der Krankenhäuser gemacht.

Dossier: Eine erstaunliche Konstellation, die sich da zusammengefunden hat.



„ES BRAUCHT MEHR PERSONAL, VOR ALLEM MEHR FACHPERSONAL UND VOR ALLEM IN DER ALTENPFLEGE MUSS BESSER BEZAHLT WERDEN.“

Bühler: Das zeigt die große Not. Ich kann der Bundesregierung nur dringend empfehlen, das Personalbemessungsinstrument, das schnell umsetzbar ist, zügig auf den Weg zu bringen. Für alles andere gibt es kein Verständnis mehr. Jetzt müssen die richtigen Lehren aus der Bekämpfung der Corona-Pandemie gezogen werden. Die Situation war schon vor der Pandemie mehr als angespannt. Aber in den letzten Monaten ist es für alle offensichtlich geworden, dass die Beschäftigten in Kliniken an ihre Grenzen kommen. Die Frauen und Männer in der Pflege leisten einen herausragenden Job. Was hier seit mehr als zwölf Monaten geleistet wird, verdient nicht nur Applaus, sondern endlich die richtigen politischen Konsequenzen.

Wir kennen die Krankenstände der Beschäftigten in der Pflege. Die sind exorbitant. Wir wissen, dass ein Großteil sagt, ich schaffe das nicht bis zur Rente. Wir wissen, dass viele in Teilzeit flüchten, weil sie sagen, ich kann nicht mehr. Ganztags halte ich es nicht mehr aus, aber ich muss Geld verdienen, also reduziere ich meine Arbeitszeit. Wir wissen, dass viele ganz aus dem Beruf gehen. All das wird heute von niemandem mehr ernsthaft bestritten. Wir haben ja schon auch in den letzten Jahren Teilerfolge erzielt. Aber es gab auch Regelungen, mit denen wir nie unseren Frieden gemacht haben, wie etwa die Untergrenzen. Die sichern keine gute Pflege, sondern sollen verhindern, dass kein Patient im Krankenhaus Schaden nimmt, also gefährdet wird.

Dossier: Schräg.

Bühler: Ja völlig schräg. Aber trotzdem sind diese Untergrenzen die erste Maßnahme, dass es überhaupt Vorschriften zur Personalausstattung gibt. Und selbst dagegen wehren sich Arbeitgeber. Wir haben 2015 den Nachtdienst-Check gemacht. Da sind wir bundesweit in einer Nacht in über zweihundert Krankenhäuser und haben gefragt: Für wie viele Patientinnen und Patienten seid ihr heute Nacht auf eurer Station zuständig? Seid ihr Fachkräfte? Habt ihr Hilfskräfte an Bord? Das Ergebnis war erschreckend. Über die Hälfte der Pflegepersonen war allein auf Station, durchschnittlich waren sie für 26 Patient*innen zuständig. Das ist gefährliche Pflege.

Dossier: Viele Pflegende aus den Kliniken wechseln auch in die Leiharbeit, das bringt ihnen dann wenigstens garantierte Arbeitszeiten.

Bühler: Ja, das ist so. Es ist eine verkehrte Welt. Während in anderen Branchen Leiharbeiter*innen schlechter gestellt sind als die Stammbeslegschaft, ist es in der Pflege genau andersherum. Hier können Leiharbeiter*innen die Bedingungen vorgeben. Nicht nur in den Kliniken, sondern auch in der Altenpflege. Das spaltet natürlich die Belegschaften. Wie kaputt muss ein System sein, dass jemand, statt in einem Krankenhaus oder einem Altenheim angestellt zu sein und in einem festen Team zu arbeiten lieber in die Leiharbeit geht?

Dossier: Danke für das Gespräch.



„WIE KENNEN DIE KRANKENSTÄNDE DER BESCHÄFTIGTEN IN DER PFLEGE. DIE SIND EXORBITANT. WIR WISSEN, DASS EIN GROSSTEIL SAGT, ICH SCHAFFE DAS NICHT BIS ZUR RENTE. WIR WISSEN, DASS SICH VIELE IN TEILZEIT FLÜCHTEN, WEIL SIE SAGEN, ICH KANN NICHT MEHR.“



Kapitel 2

ARMUT MACHT KRANK - KRANKHEIT MACHT ARMUT

Die Spaltung der Gesellschaft verläuft nicht nur entlang der Grenzen zwischen arm und reich. Es geht nicht allein um Einkommen oder Vermögen – auch wenn die öffentliche Diskussion auf diesen Aspekt der Gerechtigkeit konzentriert. Armut macht krank. Reiche haben mehr Ressourcen zur Verfügung, angefangen von der Ernährung über Zeit für Sport bis hin zu einem einfacheren Zugang zu medizinischer Versorgung und privilegierter Behandlung, die ihnen im Ergebnis zu einem längeren Leben verhelfen können. Ein Blick in die Statistiken zur „gesundheitlichen Ungleichheit“ fördert extreme Fakten zu Tage, die zu einer demokratischen Politik, die das allgemeine Wohl im Blick hat, nicht passen. Beispiel: Das gesunde Leben von einem Drittel der Männer, die in armen Verhältnissen leben, endet statistisch gesehen mit dem 57. Lebensjahr. Bei manchen später, bei anderen aber eben noch früher. Bittere Erkenntnis aus der Sozialmedizin: Bei vielen Menschen sind Krankheiten schon mit der Geburt absehbar, bisweilen übertragen sie sich über Generationen.

2.1 Einkommen entscheidet über Lebenserwartung

Die Deutschen werden älter. Dazu tragen nicht nur immer bessere Medikamente oder feinere Formen von Operationen bei. Die gestiegene Lebenserwartung ist – darüber herrscht in den Wissenschaften Konsens – auch das Ergebnis einer reichhaltigeren Ernährung, dem Umgang mit legalen wie illegalen Drogen oder sportlichen Aktivitäten.

Das Robert Koch-Institut betreibt für die Bundesregierung die Gesundheitsberichterstattung. Ein zentraler Indikator ist: die Lebenserwartung. Diese stieg für Männer bei Geburt in den Jahren 1991 und 2016 von 72,2 auf 78,6 Jahre. Für Frauen sehen die Zahlen sogar noch besser aus: Die Eltern 1991 geborener Frauen konnten bei Geburt davon

ausgehen, dass ihr Nachwuchs gute Aussicht hat, fast 79 Jahre alt zu werden. Für Frauen des Jahrgangs 2016 lag der Lebenshorizont bei mehr als 83 Jahren.

Freilich sind die Zahlen des RKI keine Versprechungen, sondern Voraussagen statistischer Mittelwerte. Aber sie werden dazu herangezogen, die Altersentwicklung der Bevölkerung vorauszuberechnen, darauf aufbauend Infrastrukturen zu planen und Ressourcen bereitzustellen.

Man kann die Werte des RKI auch als Maß der Gerechtigkeit nehmen. Denn mit ihrer Hilfe lässt sich die ungleiche Verteilung von Gesundheit, Gebrechen und schweren Krankheiten sichtbar machen.

Die Statistikerinnen und Statistiker des RKI schränken die Bedeutung des Mittelwertes als Er-

gebnis einer weiten Spanne von Einzelwerten in ihrem Bericht über die Lebenserwartung in Deutschland selbst ein. Arbeite man die Ergebnisse allein auf Ebene der Kreise und Städte klein, zeige sich, dass „Frauen in schlechter gestellten Landkreisen und Städten eine um 1,5 Jahre verringerte Lebenserwartung gegenüber Frauen in den am besten gestellten Landkreisen haben“ (RKI, 2019).

Ein Blick auf die Landkarte Deutschlands macht deutlich, dass über die Lebenserwartung entscheidet, ob jemand ein Kind des Nordens oder des Südens ist. Die Abbildung 9 zeigt, dass die Verteilung der Lebenserwartung grob dem sozialen Wohlstandsgefälle in Deutschland von Nordost nach Südwest folgt.

Freilich ist das nur eine Annäherung an das Gerechtigkeitsthema Gesundheit/Lebenserwartung. Die Spaltung der Gesellschaft verläuft bekanntlich nicht von Nordost nach Südwest, sondern quer durch die Gesellschaft. Im Südwesten gibt es einfach mehr Arbeitnehmermittelstand und Reiche, im Nordosten mehr Arme und Unterprivilegierte, die Jugend zieht weg, der Anteil der Alten liegt höher.

In einem 2014 veröffentlichten Bericht haben sich die RKI-Wissenschaftler Thomas Lambert und Eric Kroll eingehender mit der Verbindung zwischen Armut und Gesundheit auseinandergesetzt. Sie führten dazu ihre Daten aus Sterbetafeln mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 1995 bis 2005 zusammen. Sie teilten die im Panel enthaltenen Angaben von Frauen und Männer (2005 etwas mehr als



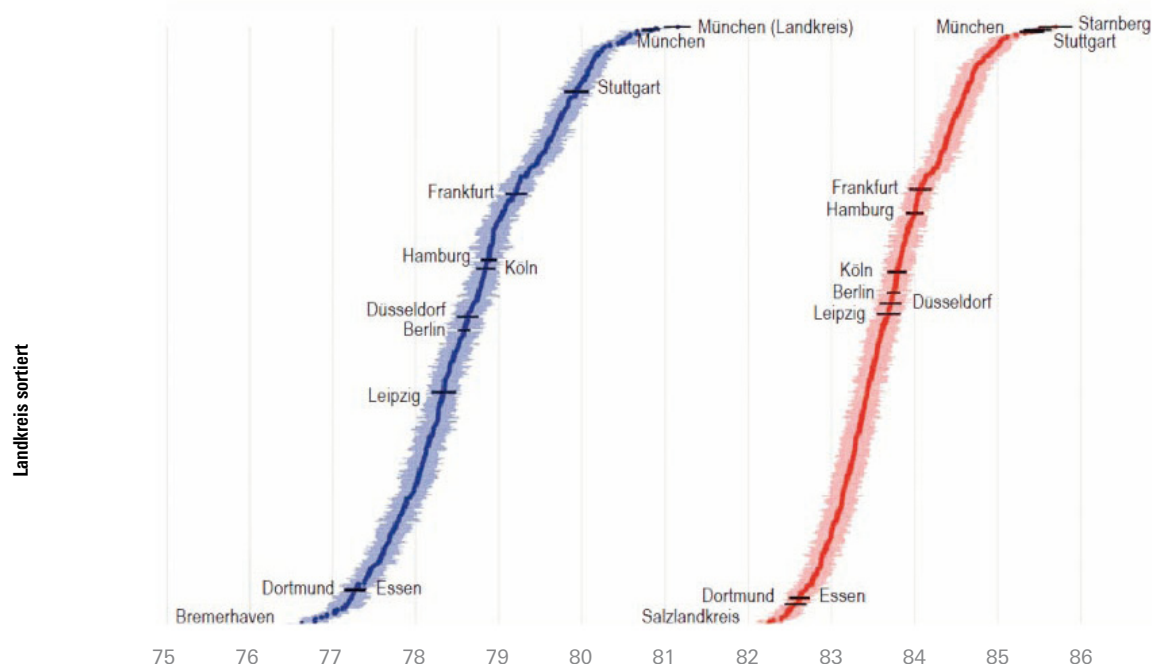
GESCHICHTE EINES SKANDALS (7)

Ressourcenmangel gefährdet Leben

Krankenhaushygiene funktioniert zu einem großen Teil über Präsenz. Der personelle Mangel konnte durch das beschriebene persönliche Engagement der eingesetzten Hygienikerin nicht kompensiert werden. Es drängt sich der Eindruck auf, dass durch die nur rudimentär wahrnehmbare Präsenz und Unterstützung der Krankenhaushygienikerin Hygieneempfehlungen im Hause nicht in erforderlichem Umfang bekannt und umgesetzt sind. Der Mangel an Ressource und Wissen gefährdet im hohen Maße die Patientensicherheit.

20.000 Personen in rund 10.000 Haushalten) entlang der Einkommen in Quintile. So sortierten sie die Armen, die mit weniger als 60 Prozent des mittleren (Nettoäquivalenz-)Einkommen auskommen müssen, im untersten Quintil. Dann gingen sie zunächst in 20er-Schritten vor, um den Mittelbauch der Gesellschaft bis zu einem Einkommen von 100 Prozent des Mittelwertes zu erfassen, dann machten sie einen großen Sprung auf die obere Mitte mit 100 bis 149 Prozent. Wer das 1,5-Fache oder mehr verdient, zählt laut Studie zu den Einkommensreichen. Ein international gängiger Standard.

Abb. 9 Lebenserwartung bei der Geburt



Das Ergebnis ihrer Untersuchung ist ein Ausdruck sozialer Respektlosigkeit in unserer Gesellschaft: 30 Prozent der armen Männer erlebten das 65. Lebensjahr erst gar nicht. Ihre an Einkommen reichen Zeitgenossen dagegen konnten zu 90 Prozent ihren 65. Geburtstag feiern.

Arme Frauen haben schon eher die Aussicht, ihren 65. Geburtstag begehen zu können: Im Vergleich zu ihren männlichen Altersgenossen starben lediglich 15 Prozent eines Jahrgangs vor dem Renteneintrittsalter. Frauen aus wohlhabenden Verhältnissen waren aber auch hier dank ihrer sozialen Stellung und den damit verbundenen Ressourcen im Vorteil. Nur halb so viele Frauen aus dem Quintil der Reichen starben verglichen mit armen Frauen aus der Unterschicht vor Erreichen ihres 65. Geburtstages

Und weiter heißt es in dem Bericht: „Die Differenz zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe beträgt, legt man die mit den SOEP-Daten ermittelten Mortalitätsunterschiede zugrunde, bei Frauen 8,4 Jahre und bei Männern 10,8 Jahre.“

Dringt man noch etwas tiefer in die Statistiken über Gesundheit und Krankheit vor, fällt die gesundheitliche Kluft, welche die Deutschen teilt, noch weiter und tiefer aus. Etwa wenn man die „gesunde Lebenserwartung“ betrachtet. Das sind jene Jahre, in denen das Leben nicht durch Krankheiten beeinträchtigt wird.

Männer, die in Armut leben, erleben im statistischen Mittel 57 „gesunde Jahre“, Frauen aus derselben Schicht erreichten im Durchschnitt gesund immerhin das 60. Lebensjahr.

Der Abstand zwischen oben und unten was die Aussicht auf ein gesundes Leben angeht, ist erschreckend groß: Männer von ganz oben in der Einkommenspyramide haben die Aussicht auf 14 Jahre mehr ohne Gebrechen, Frauen mehr als 13 Jahre.

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass Männer, die in Armut leben, 2005 erwarten konnten, knapp 57 gesunde Jahre zu erleben, wer es hingegen zu Wohlstand gebracht hat, hatte auch die Aussicht auf 71 (Lampart/Kroll, 2014).

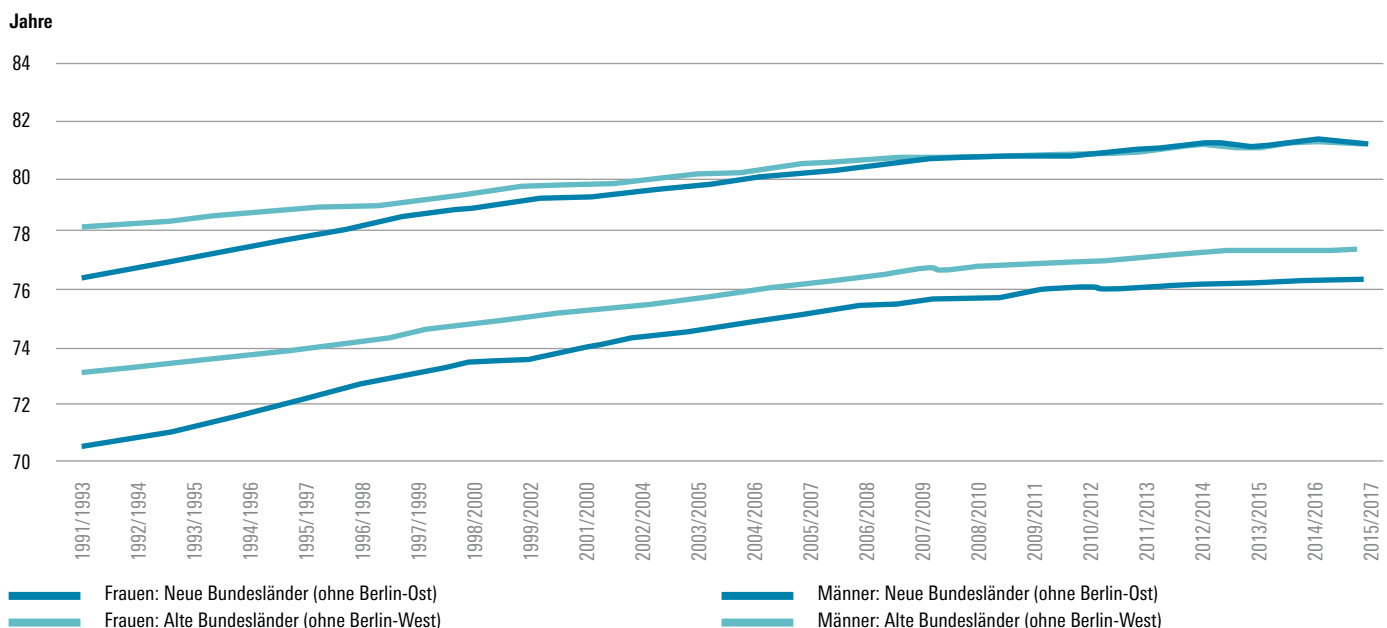
Armut schränke im Übrigen die Lebenserwartung nicht nur dann ein, wenn sie eine lange Phase eines Lebens prägte. Auch temporäre Armut, verursacht etwa durch einen wiederkehrenden Wechsel von Phasen von Arbeit und Arbeitslosigkeit erhöhten das Risiko, vor der Zeit aus der Welt zu scheiden.

2.2 Gespaltene Städte

Entlang dieser Grenze zwischen oben und unten sind auch die deutschen Städte tief gespalten. Das bekommen die Bürgerinnen und Bürger nur immer seltener mit. Lebten arme und reiche Stadtmen-schen vor Jahrzehnten oftmals noch im gleichen Stadtbezirk, im gleichen Quartier und der gleichen Straße nebeneinander, hat die Reorganisation der Städte durch internationale Investoren zu einer Konzentration von Arm und Reich in Quartieren, in großen Städten wie Berlin auch in Bezirken geführt (Höhn, 2019).

Am Beispiel Berlin wird diese Aufspaltung einer Stadt nach Lebenserwartung deutlich (Tabelle 3).

Abb. 10 Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland



Wie passt eine um fast 24 Prozentpunkte auseinanderklaffende vorzeitige Sterblichkeit in das politische und gesellschaftliche Bild einer Stadt?

Die Ursachen für diese schreiende Ungerechtigkeit sind ganz verschieden. Hinzu kommen auch noch miteinander konkurrierende Erklärungsansätze aus der Wissenschaft. Die Wissenschaftler Matthias Richter und Klaus Hurrelmann haben mit ihrer Dokumentation von Aufsätzen zum Thema „gesundheitliche Ungleichheit“ versucht, die unübersichtliche Debatte zu strukturieren und mit Unterstützung verschiedener Autorinnen und Autoren Ansätze zu verifizieren und zu falsifizieren.

Nach der Aufstellung gebe es drei Theorien, mit deren Hilfe versucht werde, „gesundheitliche Ungleichheit“ in einer Gesellschaft zu erklären:

1. „Gesundheitliche Ungleichheit“ sei das Ergebnis einer „gesundheitsbedingten ‚Auswahl‘“. Es gebe, unterstellen Anhänger dieser Denkschule, eine „soziale Aufstiegsbewegung“ der Gesunden in einer Gesellschaft. Hurrelmann und sein Mitautor Richter schließen sich dieser These nicht an. Die Anzahl der „betroffenen Personen“ sei zu gering, damit sie einer kritischen Hinterfragung standhalten könne.

2. „Gesundheitliche Ungleichheit“ sei auf materielle Ungleichheit zurückzuführen. Menschen mit geringen Einkommen hätten nicht nur einfach weniger Geld, sondern sie „leben und arbeiten auch eher in gesundheitsschädlichen Umwelten“.

3. „Gesundheitliche Ungleichheit“ sei das Ergebnis ungleicher Bildungsbiografien und gesundheitsschädigender Lebensweisen. Es werde in ärmeren Kreisen geraucht und getrunken, die Ernährung sei nicht hochwertig und der Sportsgeist ist nicht sehr ausgeprägt.

Die beiden zuletzt aufgeführten Theorien bilden das Grundgerüst der Sozialberichterstattung, wie etwa die Indikatoren des Berliner Sozialatlas zeigen.

In jüngerer Zeit habe sich eine differenziertere Sichtweise auf die soziale Drift in der Gesundheit entwickelt, schreiben die beiden Wissenschaftler und Herausgeber. Es habe sich etwa herausgestellt, dass „sich beispielsweise auch bei Büroan-



GESCHICHTE EINES SKANDALS (8)

Profit geht vor Arbeitsschutz

Mitarbeitende berichten in den Gesprächen von einer chronischen Überbelegung in den Zimmern. So werden aus 3-Bettzimmern 4-Bettzimmer gemacht oder in Einbettzimmern Vorkehrungen für Trennwände angebracht, um sie zu 2-Bettzimmern umzufunktionieren. In sogenannten „Freitags-eMails“ wird angekündigt, welche Fachbereiche und Stationen an den Wochenenden zusammengelegt werden. Aus hygienischer Sicht entstehen so immer neue Patientengruppen auf anderen Stationen und es erfolgt eine Durchmischung auch von Infektions-Clustern. Dieses Vorgehen fördert den Ausbruch nosokomialer Infektionen, insbesondere bei aerogen-übertragbaren Erregern, wie z. B. SARS-CoV-2.

Die Gespräche mit Mitarbeitenden zeigen, dass sich alle Beteiligten an diese risikoinnoranten Vorgehensweisen gewöhnt haben. Auch die Pflege hat aufgehört, zu den Verlegungen nein zu sagen.

Ökonomische Interessen gehen vor Arbeitsschutz.

Mitarbeitende berichten, dass versucht wird, arbeitssicherheitskritische Reparaturen zu vermeiden und diese nur bei großem Druck umgesetzt werden (z. B. mussten Mitarbeitende bei fehlenden Lamellen am Strahlengerät erst damit drohen, ihre Arbeit niederzulegen). Es wird berichtet, dass die kaufmännische Geschäftsführung sehr geschickt formale Lücken genutzt hat, um Regeln zu beugen (Beispiel: Dosimeter werden nicht immer ausgewertet und wenn erfolgt keine Ermittlung der Ursachen). Sicherheitsrisiken, die mit dieser Ausweitung verbunden sind, werden stillschweigend in Kauf genommen. Auch die Mitbestimmung hatte darauf keinen Einfluss.

Tabelle 3: Berlin, Aufspaltung der Stadt nach Lebenserwartung

Bezirk	Lebenserwartung bei Geburt (Männer) (Jahre)	Lebenserwartung bei Geburt (Frauen) (Jahre)	Vorzeitige Sterblichkeit (0 – 64 Jahre) (%)
1. Neukölln	76,9	81,4	18,3 %
2. Mitte	76,7	82,1	21,8 %
4. Steglitz-Zehlendorf	80,0	83,9	10,8 %
3. Friedrichshain-Kreuzberg	77,0	82,4	24 %



gestellten deutliche sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit zeigen“ – obwohl dort weder mit giftigen Lacken noch überkopf oder bei schmerzhafter Lautstärke gearbeitet wird.

Die Wissenschaft habe die materiellen Faktoren um psychologische und psychosoziale Faktoren ergänzt: Kritische Lebensereignisse, chronische Alltagsbelastungen oder „berufliche Gratifikationskrisen“ müssten zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten herangezogen werden (Richter/Hurrelmann, 2009).

Beispiel Kündigungen. Sie seien „in ihrer Wirkung nicht zu unterschätzen“, schreibt eine auf Konflikt-Management spezialisierte Beratungsagentur über das „Kündigungstrauma“. Sie hätten „unmittelbare und dramatische Auswirkungen auf den Körper und die Seele eines Menschen“. Die Aufkündigung des Arbeitsvertrages bedeute den Entzug der Existenzgrundlage, eine „lebensbedrohliche Situation“.

Sie berufen sich auf den Organisationssoziologen Charles Meyer, der die Symptome wie folgt typisiert habe: „Anhaltende Verwirrung, fragmentierte Erinnerung, anhaltender Energiemangel, körperliche Symptome des vegetativen Nervensystems (Probleme im Bereich Magen, Herz, Kreislauf, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen“. Neben Symptomen entwickelten sich „psychosomatische und körperliche Erkrankungen bei den Betroffenen“. Herzinfarkt und Schlaganfall könnten die Folge sein (Conflict-Manager, o.J.).

Meyer schreibt selbst über seine Beobachtungen am Beispiel von Mangerinnen und Managern: „Kündigungen können das Selbst- wie das Weltbild ähnlich erschüttern, sowie andere, besser als traumatisierend erkennbare Ereignisse zum Beispiel Unfälle, ein Überfall oder eine Vergewaltigung.“ Am Ende ist der Verlust einer Arbeitsstelle ein Akt der Gewalt, die Folge eine Ohnmacht, das eigene Leben zu bestimmen. Meyer spricht von Parallelen zu Gewaltopfern. „Die Psyche und ihre Wahrnehmung wird in solchen Situationen fragmentiert, alles läuft langsamer, die Farbwahrnehmung fällt aus, das Opfer erlebt sich wie in Trance, es fühlt

sich an, als hätte es nur noch Matsch im Kopf“ (Meyer, 2004).

Die französische Soziologe Pierre Bourdieu reflektiert in seinem Buch „Das Elend der Welt“ die Kündigung wie folgt: „Eine Entlassung stellt den Einzelnen auf unbestimmte Dauer ins Abseits und führt zum Zusammenbruch seiner Zukunftspläne und -erwartungen.“ Zukunftsansprüche würden entwertet, der Stellenverlust komme einer narzisstischen Kränkung gleich, insbesondere für Vorgesetzte, deren Engagement „auf dem Glauben an die Hoffnungen, die mit der Karriere als Prozess der Akkumulation von materiellen (Gehalt, Prämien usw.) und symbolischen Profiten (Reputation, Beziehungen) verbunden sind“ (Bourdieu, 1998).

Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit einem „niedrigen sozialen Status“ sind bei Störungen wie Kündigungen „in doppelter Weise betroffen“, schreiben Richter und Hurrelmann. Sie werden gekündigt, erleiden den Verlust ihrer Existenzgrundlage, verfügen jedoch nur in Ausnahmefällen nicht wie die Kundinnen und Kunden der Agentur „conflict-manager“ über die Unterstützung durch Kündigungscoaches oder wenigstens Outplacement-Agenturen.

2.3 Neun Gründe für ein zu kurzes Leben

In einem 2004 veröffentlichten Bericht für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat eine Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern um Richard Wilkinson und Michael Marmot die Vielfalt an Gründen zusammengetragen, die zu Ungleichheit in der Gesundheit führen:

1. Das soziale Gefälle macht krank

„Alle die ihren Platz weiter unten in der gesellschaftlichen Hierarchie haben, laufen zumindest doppelt so häufig Gefahr, schwer zu erkranken oder vorzeitig zu sterben. Wie die Menschen der Spitze der Alterspyramide.“ Auch Angestellte im mittleren Dienst seien stärker von Krankheiten und vorzeitigem Tod betroffen. Viele der Benachteiligten

würden immer die gleichen Menschen treffen, „mit kumulativen Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand“.

2. Stress macht krank

Wiederkehrende Stresssituationen, ausgelöst durch andauernde Sorgen, geringe Selbstachtung oder fehlende Möglichkeiten, selbst bestimmt zu arbeiten, führen zu Belastungen von Hormonhaushalt und Nervensystem, richten den Körper auf Abwehr, Kampf oder Flucht aus. „Die Herzfrequenz steigt, Energiereserven werden mobilisiert, die Muskeln werden mit Blut versorgt“, der Körper ist auf Alarm. Wenn die Bedrohungslage dauernd wiederkehrt oder zum Alltag wird, nimmt der Körper Schaden. Menschen werden anfällig für „Infektionen, Diabetes, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Depressionen und Aggressivität“.

3. Herkunft macht krank

Der Grundstein für die Gesundheit von Erwachsenen wird in der frühen Kindheit vor ihrer Geburt gelegt. Das Risiko mit 64 an Diabetes zu erkranken, ist für Männer, die als Leichtgewichte, mit weniger als 2,5 Kilogramm Gewicht auf die Welt kamen, siebenmal höher, als wenn sie das Licht der Welt mit mehr als 4,3 Kilogramm erblickten.

4. Ausgrenzung macht krank

„Armut und soziale Ausgrenzung sind Ursache und Wirkung einer Zunahme von Scheidungen und Trennungen, Behinderungen, Krankheiten, Sucht und sozialer Isolation.“ Es entstünden Teufelskreise, die „die düsteren Lebensaussichten der Menschen weiter verschlechtern“. Selbst wenn solche Teufelskreise überwunden würden, wirkten die Armutserfahrung und die damit verbundenen Auswirkungen fort. Leben in von Verelendungen und Arbeitslosigkeit betroffenen Quartieren und damit verbundene geringere medizinische Versorgungsangebote führen zu Beeinträchtigungen der Gesundheit“.

5. Schlechte Arbeit macht krank

Stress am Arbeitsplatz trage „stark zu den großen gesundheitlichen Unterschieden, den krankheitsbedingten Fehlzeiten und sozialschichtabhängigen Frühsterbefällen bei“. Auch vergleichsweise geringe Beeinträchtigungen wie der berühmte „Rücken“ seien nicht (nur) das Ergebnis körperlich schwerer Arbeit, sondern das Ergebnis von Arbeit mit nur wenig Entscheidungsspielraum. Gleiches gelte für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Abbildung 10 zeigt.

6. Arbeitslosigkeit macht krank

Manche Menschen bräuchten nur das Gefühl zu haben, arbeitslos werden zu können, um unter Angstzustände und Depressionen zu leiden. Insbesondere Herzkrankheiten nähme als Folge ständiger Existenzsorgen zu.

7. Einsamkeit macht krank

Wer von der Gemeinschaft „emotional nicht genügend getragen wird“ hat häufiger mit Depressionen und chronischen Krankheiten zu kämpfen. Das Risiko, früh zu sterben oder die Überlebenschancen nach einem Herzanfall sinken. Ungleichheit führe zum Zerfall guter sozialer Beziehungen.

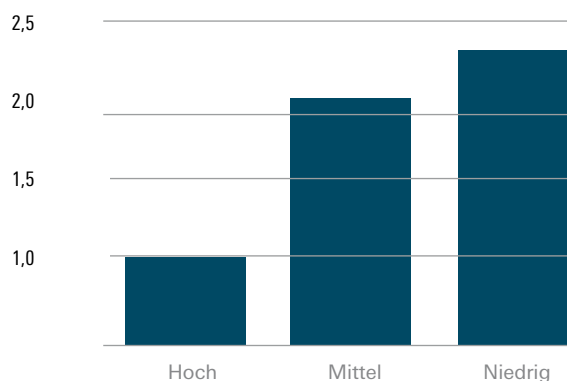
8. Sucht macht krank

Eigentlich ist schon Sucht eine Krankheit. Die Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern beschreibt Sucht als „Reaktion auf den Zusammenbruch eines sozialen Gefüges“, sie eröffne einen „scheinbaren Fluchtweg aus schwierigen Lebenslagen“. Dabei biete das Rauchen, das eng mit dem schlechten Wohnverhältnissen, niedrigen Einkommen oder Arbeitslosigkeit korreliere, nicht einmal eine wirkliche Stressentlastung, sei für Arme eine „ungeheure finanzielle Belastung“ und überdies eine wesentliche Ursache für Frühsterblichkeit.

9. Schlechtes Essen macht krank

Regional und ökologisch erzeugte Lebensmittel sind selten die billigsten Angebote im Supermarktregal, da die mit ihrer Herstellung verbundenen Kosten über den Kosten industrieller Landwirtschaft liegen. „Die niedrigen Einkommensschichten“, heißt es in der Studie, „könnten sich gesundes Essen am wenigsten leisten“. Ergebnis: Ihre Ernährung besteht aus billigen Fertigprodukten statt aus einer ausgewogenen frischen Ernährung (Wilkinson/Marmot, 2004).

Abb. 11 Eigenangaben zum Grad der Selbstbestimmtheit am Arbeitsplatz und Inzidenz von Herz-Kreislaufkrankheiten bei Männern und Frauen



Bereinigt nach Alter, Geschlecht, Follow-up-Dauer, Ungleichgewicht von Einsatz/Belohnung, Beschäftigungsgrad, koronaren Risikofaktoren und negativer psychologischer Veranlagung

Quelle: Wilkinson, WHO

Hans Böckler
Stiftung



2.4 „Gesundheitliche Ungleichheit“ wird gemacht

Über die „gesundheitliche Ungleichheit“ wird zudem im Kindesalter entschieden. „Bereits im Kindes- und Jugendalter ist ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage zu beobachten.“ Mit diesem Satz leiten die Autorinnen und Autoren ihren Bericht über ihre Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein. Der 2018 im „Journal for Health Monitoring“ erschienene Beitrag fasst die Ergebnisse der zweiten Welle einer Querschnittstudie unter 15.000 Jungen und Mädchen zwischen 0 und 17 Jahren zusammen.

Eigentlich sei der Befund über die Entwicklung der gesundheitlichen Lage unter jungen Menschen gar nicht so schlecht. Die Säuglings- und Kindersterblichkeit sei auf historisch niedrigem Niveau, die früher häufigen Kinderkrankheiten seien durch Impfungen zurückgedrängt, die Mund- und Zahngesundheit habe sich gebessert.

Es habe jedoch „ein Wandel stattgefunden“, heißt es über diese KiGGS 2 genannte Studie des Robert Koch-Institutes. Die Krankheiten der Jugend heute sind nicht Masern, Mumps oder Röteln. Sie seien chronische Erkrankungen, Krankheiten der Seele, insbesondere geht es um psychische Probleme und Entwicklungsstörungen. Das Dramatische daran: „Die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung im späteren Leben werden bereits im Kindes- und Jugendalter gestellt - zum Teil sogar vor der Geburt“.

Und da stehen die Zeichen für ein Fünftel der jungen Menschen gar nicht gut. Das ist nämlich je-

ner Teil der jungen Bevölkerung, dessen Eltern über weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens verfügen. Sie wachsen in Armut auf. Oder wie die Wissenschaft neuerdings meint, relativierend formulieren zu müssen: „relativ arm“.

Schon Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zeigten, „dass frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen vermehrt bei sozial benachteiligten Kindern auftraten“. Ihre Körper seien unterentwickelt, sie hätten Schwierigkeiten zu sprechen, ihre Bewegungen zu steuern, Probleme zu verstehen und sich Wissen anzueignen.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des RKI teilten die Gesellschaft in drei sozioökonomischen Status-Stufen von niedrig über mittel bis hoch. Je höher die Status-Stufe der Eltern, um so geringer ist der Anteil jener Mütter und Väter, welche die Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder mäßig bis schlecht einstufen. Bei den Jungen war es fast einer von zehn aus der unteren Schicht. Nur zwei Prozent der Eltern aus der Oberschicht sind in gleicher Weise besorgt über die Gesundheit ihres Kindes um.

Für die verbreitete Sorge der Eltern aus einfachen und armen Verhältnissen um ihre Kinder gibt es Gründe. Fast 17 Prozent der 3- bis 17-jährigen werden als psychisch auffällig beschrieben. Das ist jeder fünfte Junge und jedes sechste Mädchen. (Abbildung 12)

Wer hätte es gedacht? Der Durchschnitt kommt auf Basis einer erheblichen Ungleichverteilung zustande: Etwas mehr als jedes vierte Kind aus einfachen Verhältnissen gilt als psychisch auffällig, aus der mittleren Schicht wird nur jedes sechste Kind aus psychisch auffällig beschrieben, das einge-

setzte Steuerungsinstrument schlägt hingegen nur bei jedem zehnten Kind aus der Oberschicht an. Abbildung 12 zeigt, dass die RKI-Messung bei fast jedem dritten Jungen und jedem vierten Mädchen aus der unteren Statusgruppe psychische Auffälligkeit notiert. Ein erhöhtes Risiko an Asthma zu erkranken fanden die Forscherinnen und Forscher ebenfalls bei jenen Kindern, deren Eltern sie der Unterschicht zuordneten (Kuntz et al., 2018).

So übersetzt sich Krankheit als Merkmal der Ungleichheit von einer Generation in die andere. Wenn durch Anstrengung und Bildung ein Auf- und Ausstieg aus dem gesellschaftlichen Unterhaus nicht gelingt, drohen die an die Schule anschließenden Arbeitsbedingungen die Ungleichheit zu zementieren, zeigt eine Untersuchung von Martin Brummig und Susanne Eva Schulz vom Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg untersuchten, wie sich ein Arbeitsleben mit hohen Belastungen auf die Lebenserwartung nach dem 65. Lebensjahr auswirkt. Die Ergebnisse lassen nur einen Schluss zu: Menschen, die „sehr hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt waren“, haben eine Aussicht auf ein kürzeres Leben im Alter als ihre Altersgenossinnen und -genossen mit niedrigeren Belastungen durch Arbeit. Wobei der Begriff Belastungen sowohl körperliche als auch psychische Belastungen einschließt.

2.5 Vorzeitige Sterblichkeit ist erblich

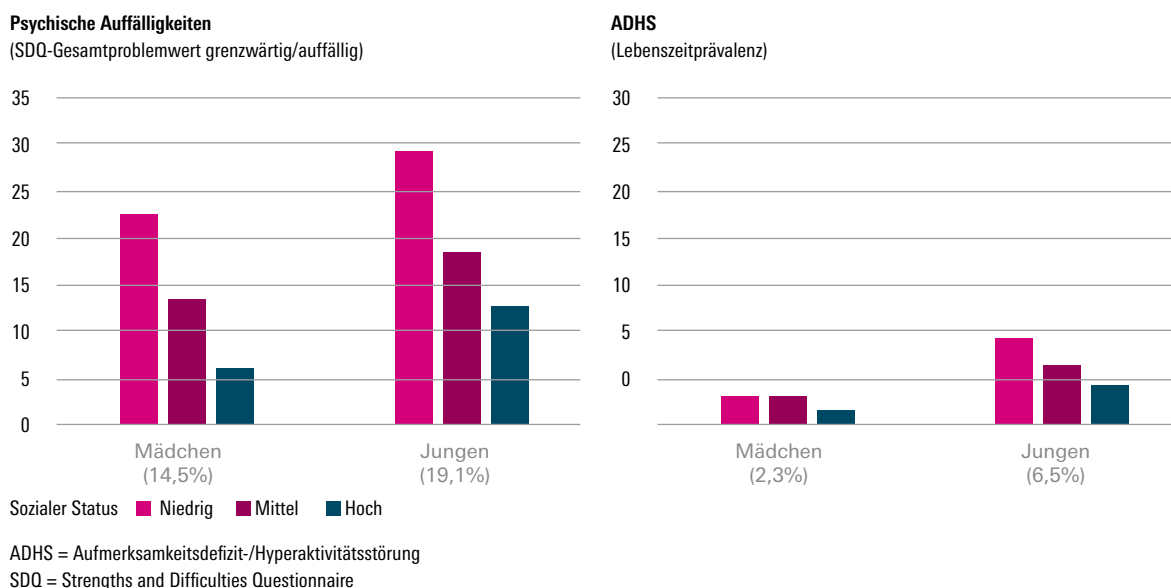
Gesundheit erscheint aus der „Lebenslaufperspektive“, als „das Produkt einer Interaktion von biologischen und sozialen Einflüssen“ in verschiedenen Lebensabschnitten ist, schreiben Nico Dragano

und Johannes Siegerist in einem Beitrag über das Verhältnis von Lebenslauf und Gesundheit. Dragano, Medizinsoziologe am Universitätsklinikum Düsseldorf und Siegerist, bis 2012 Leiter des Studiengangs Public Health an der Universität Düsseldorf teilen die Ansicht, dass insbesondere „Einflüsse, die bereits im Mutterleib auf den Organismus wirken, das Wachstum des Säuglings, seine ersten Sozialisationserfahrungen und die späteren Lebensbedingungen des Kindes, für die Entwicklung eines Menschen entscheidend sind. Denn der Körper scheint negative wie positive Erfahrungen zu „erinnern“, und sie prägen seine Konstitution bis ins höhere Alter“.

Hergebrachte Methoden, die Entstehung von Krankheiten aus Ungleichheit entlang von Bildung oder Einkommen zu erklären, griffen viel zu kurz. Sie erlaubten nur „einen sehr begrenzten Blick“.

Die in Deutschland nicht sehr verbreitete Form der Lebenslaufforschung in der Medizin gehe sogar davon aus, dass Krankheitsursachen nicht „auf eine Generation beschränkt“, wirkten. Vielmehr müsse davon ausgegangen werden, „dass sie über drei und mehr Generationen hinweg“ Folgen hätten: „So kann beispielsweise soziale Deprivation der Großeltern bereits bei der Mutter im Kindesalter zu Entwicklungsstörungen geführt haben, die sie dann während der eigenen Schwangerschaft weniger resistent gegenüber Belastungsfaktoren macht, sodass eine benachteiligte Entwicklung ihres Kindes sozial ‚vererbt‘ ist.“ Stelle man in Rechnung, dass sich die sozialen Unterschiede weiter verschärften, werde klar, „dass auf dem Gesundheitszustand der nachwachsenden Generation eine schwere Hypothek lastet“ (Dragano/Siegerist, 2009).

Abb. 12 Psychische Erkrankungen von Kindern nach sozialer Lage



Quelle:

Hans Böckler
Stiftung



„FROHLOCKT HABEN WIR DAMALS NICHT“

Die Corona-Pandemie ist ein Stresstest für das deutsche Gesundheitswesen, insbesondere für die Krankenhäuser. Im bestehenden System ist „eine Krise nur zu meistern, weil tausende Ärztinnen, Ärzte und Pflegende über die Grenzen des eigentlich Leistbaren hinausgehen“, sagt Bernhard Winter, einer von fünf Vorsitzenden des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Es ist ein kleiner, jedoch politisch sehr aktiver Zusammenschluss von rund 800 Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen. Denn dem Verein ist Standesdünkel fremd. Winter sagt, die Krise habe gezeigt, was lange schon bekannt sei, eine Reform der Krankenhausstruktur „ist unweigerlich“ geworden. Dabei schwebt ihm vor, dass die Kliniken in die Hände der Kommunen überführt werden müssten. Zum Thema „gesundheitliche Ungleichheit“ berichtet Bernhard Winter, Jahrgang 1957, von Beruf niedergelassener Gastroenterologe in Of-

fenbach, aus dem Erfahrungsschatz seiner eigenen Praxis: „Neulich hatte ich eine Patientin, die alle halbe Jahre wegen einer Lebererkrankung zu mir kommt. Sie hat mir angekündigt, das sie das letzte Mal gekommen sei, mit Hartz IV habe sie einfach nicht das Geld dazu.“

Hilmar Höhn: Wir müssen für dieses Dossier den zeitlichen Bogen etwas weiter spannen, damit klar wird, woher die Misere im Gesundheitswesen kommt. Sie sind Jahrgang 1957, Sie waren nicht immer ein niedergelassener Facharzt. Ihre Geschichte beginnt in einem Klinikum.

Bernhard Winter: Ich bin allerdings schon lange raus. Ich bin seit 27 Jahren in Offenbach niedergelassen, wie man so sagt. Im Krankenhaus habe ich zwischen Mitte der 1980er und Mitte der 1990er Jahre gearbeitet.

Dossier: Sie kennen also noch die „gute alte Zeit“.

Winter: So gut war die gar nicht.

Dossier: Wenn man manche Stellungnahmen und Berichte liest, dann kann man diesen Eindruck bekommen.

Winter: Ich war damals Personalrat. Frohlockt haben wir damals nicht. Das Thema Personalmangel, Druck und Stress beschäftigte uns damals schon. Obwohl es ein kommunales Krankenhaus war. Das ging schon seit Mitte der 1960er Jahre so.

Dossier: Warum seit Mitte der 1960er Jahre?

Winter: Das klingt jetzt vielleicht ein bisschen

schräg. Damals begannen die Ordensschwestern auszusterben.

Dossier: Und diese Lücke wurde nie gefüllt?

Winter: Genau: Eines der reichsten und wirtschaftlich erfolgreichsten Länder hat das nicht hinbekommen. Viele Krankenhäuser versuchten, sich mit Kräften aus dem Ausland zu behelfen. Aus Vietnam, aus dem ehemaligen Jugoslawien ... Das Thema Privatisierung im Gesundheitswesen beginnt ja auch nicht erst mit dem Verkauf von Kliniken. Das hat ja alles eine lange Vorgeschichte. Das begann im Kleinen. Etwa damit, dass ein Zimmer leer geräumt wurde, weil ein oder zwei Privatpatienten aufgenommen werden sollten. Privatisierung öffentlicher Güter, das wuchs sich zu einer Ideologie aus. Und entwickelte eine zerstörerische Eigendynamik, deren Folgen Patientinnen, Patienten und Beschäftigte heute in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu spüren bekommen. In vielen Einrichtungen sind die Bedingungen unerträglich.

Dossier: Häufig wird Kommunalisierung oder Re-Kommunalisierung ja gleichgesetzt mit der Befreiung der Klinik aus den Zwängen von Soll und Haben.

Winter: Nein, das ist noch keine Lösung. Es kommt darauf an, welchen Grundlinien eine Einrichtung folgt. Zu meiner Zeit richteten sich viele Kranken-



„SPÄTER ZEITIGTE DIE POLITIK WIRKUNG, DIE ÖFFENTLICHEN HAUSHALTE KAPUTT ZU SPAREN.“

häuser idiotischerweise darauf aus, reiche Leute aus dem Nahen Osten zu behandeln. Das versprach üppige Gewinne. Da wurden Zimmer, ganze Abteilungen freigemacht fürs Geschäft. Morgens ist dann der Chefkoch aus der Küche zu den reichen Patienten gegangen und hat das Menü durchgesprochen. Dass er in dieser Zeit die Aufsicht über die Diätköche vernachlässigt hat, war piep-schnur-zegal.

Dann wurden in der arabischen Welt eigene Kliniken gebaut und aus war der Traum vom großen Geld. Das hat einigen Häusern ganz schön zu schaffen gemacht ... Offenbach zum Beispiel. Ein ganzes Stockwerk vom Neubau war für das Geschäft mit reichen Arabern reserviert und dann stand es leer. In Bad Soden war es ähnlich.

Dossier: Dann sind da auch noch die niedergelassenen Ärzte, die als Freiberufler und auf eigene Rechnung den ärztlichen Versorgungsauftrag wahrnehmen.

Winter: Das Gesundheitswesen war in Westdeutschland schon immer eine Mischform. Der ambulante Bereich war seit den Gründungstagen der Bundesrepublik privatisiert.

Dossier: Wenn ich mich an meine Kindheit erinnere: Da gab es Doktor Hoppe, einer von zwei Ärzten in der kleinen Stadt. Vormittags kamen die Kranken in seine Praxis, nachmittags machte er Hausbesuche. Bei ihm hatte man nicht das Gefühl, es ginge um die nächste Rate für die Yacht auf Mallorca.

Winter: Hausärzte waren schon immer stark sozial eingebunden. Fachärzte waren da schon weiter weg. Und dann macht es eben noch einmal einen Unterschied, ob ein Kleinunternehmer oder ein Konzern mit internationalen Investoren die Leistungen erbringt. Aber noch einmal: Der Weg in die Zukunft eines demokratischen Gesundheitswesens führt nicht in die Ordnung der 1980er Jahre zurück.

Dossier: Wieso nicht?

Winter: Beispiel Corona-Pandemie. Nicht wenige Kolleginnen und Kollegen haben ihre Praxen erst mal dicht gemacht und zwar Fachärzte wie Allgemeinmediziner. Das bestärkt mich in der Forderung, dass „soziale Verantwortung“ das Leitmotiv im Ambulanzsystem werden muss. Die soziale Einbindung wie zur Zeit der Hausärzte vom Schlage ihres Dr. Hoppe kann man allerdings nicht wiederherstellen. Wir müssen Wege finden, die den Bedingungen und Möglichkeiten unserer Zeit entsprechen.

Wir brauchen gemeinschaftliche Strukturen, wo unterschiedliche Gesundheitsprofessionen sozialverantwortlich zusammenarbeiten, nur die sind dann halt alle angestellt. Deren Ziel muss eine ge-

sundheitliche Versorgung der Bevölkerung sein. Es kann nicht länger darum gehen, dass Kolleginnen und Kollegen Leistungen teuer abrechnen, von denen nicht einmal sicher ist, ob sie medizinisch etwas bringen.

Dossier: Wieso geben Kommunen ihre Krankenhäuser ab? Warum lassen sie zu, dass Krankenhäuser geschlossen werden? Warum steigen Unternehmen wie die Caritas aus dem Betrieb von Kliniken aus? Sie könnten sie doch selbst sanieren?

Winter: Ich denke, es sind zwei Momente. Erstens: Man kann an der Entwicklung erkennen, wie wirkmächtig Ideologien sind. Vor allem dann, wenn viel Geld im Spiel und noch mehr zu gewinnen ist. In den 1970ern noch waren private Kliniken nur in einigen Nischen vorhanden, Reha-Einrichtungen und spezialisierte Augenkliniken etwa. Unter Sozialminister Norbert Blüm wurde Akutkliniken erlaubt, dass sie Gewinne machen dürfen, dies war zuvor gesetzlich untersagt.

Dann wurden immer wieder Kleinigkeiten zu Riesenskandalen aufgebauscht.

Als die DDR vom Westen übernommen wurde, wurden dort viele Kliniken zu Sanierungsfällen, die Kommunen hatten nicht die Kraft. Dann wurden die Schleusen geöffnet und private Investoren wurden eingeladen, das große Geschäft zu machen. Später zeitigte die Politik Wirkung, die öffentlichen Haushalte kaputt zu sparen. Immer mehr Kommunen waren nicht in der Lage, ihre kommunalen Krankenhäuser zu sichern. In dieser politisch geschaffenen Situation wurden Klinikgruppen wie Rhön, Asklepios oder Sana groß.

In Mecklenburg-Vorpommern gab es lange Zeit nur noch ein einziges kommunales Krankenhaus: in Rostock. Ich glaube, inzwischen ist ein weiteres re-kommunalisiert worden.

Dossier: Die Einführung von Fallpauschalen hat den Prozess beschleunigt?

Winter: Ja, die kamen aber später. Im Westen beschleunigten sie den Ausverkauf. Jede Leistung hat einen festgesetzten Preis. Krankenhäuser, vom Profit getrieben, spezialisieren sich dann auf Leistungen, an denen sie viel verdienen können. Und versuchen solche zu vermeiden, wo das weniger gelingt. Wenn man ein Krankenhaus betreiben muss,

das alle Leistungen anbieten muss, ist das wirtschaftlich eben nur schwer möglich. Dann fährt man das Personal herunter, steigt aus dem Tarifvertrag aus, zerteilt die Belegschaften eines Krankenhauses in mehrere GmbHs oder verschiebt Pflegekräfte in Zeitarbeitsfirmen. So verhindert man solidarisches Handeln. Und ermöglicht Gewinne.

Dossier: Und wie war es davor?

Winter: Davor wurden die Kosten der Krankenhäuser erstattet. Sie hatten Vorgaben, haben danach gewirtschaftet. Sicher, das Controlling war nicht perfekt.

Dossier: Zurück zur Gegenwart: Wie wirkt sich das Kostenmanagement auf die Patienten und ihre Versorgung aus?

Winter: Viele Patientinnen und Patienten fühlen sich allein gelassen, es wird nur das Notwendigste getan. Dabei spielt die Rechtsform eigentlich keine Rolle mehr. Bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern ist der Pflegeschlüssel immer noch etwas besser. Aber der Spielraum ist gering. Was den Kliniken außerdem zu schaffen macht: Die Länder sollen ja die Investitionen der Krankenhäuser tragen. Die Fallpauschalen sind eigentlich dazu gedacht, die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu finanzieren. Da nun aber die Länder den Krankenhäusern die Mittel für Investitionen schuldig bleiben ...

Dossier: ... müssen sie diese Investitionen aus den Einnahmen für den laufenden Betrieb entnehmen. Das verschärft die Situation zusätzlich. Das kann nicht gut gehen. Und so geht die Privatisierungswelle immer weiter.

Winter: Zu den vielen Widersprüchen des Gesundheitswesens gehört es, dass das Recht der Krankenhäuser auf Investitionsmittel nicht einklagbar ist. Denn sonst würden sie ins Haushaltsrecht der Parlamente eingreifen.

Dossier: Es kommt also auf die Mehrheiten in den Parlamenten an.

Winter: Kein Gesundheitspolitiker bestreitet diesen Missstand. Und doch geschieht: nichts.

Dossier: Inzwischen gibt es für Investoren einen weiteren Grund, um Kliniken zu erwerben. Wer eine sein Eigen nennt, kann in den attraktiven Markt mit Medizinischen Versorgungszentren eintreten.

Winter: Dieses Geschäftsmodell wird seit etwa zehn Jahren verfolgt und untergräbt den öffentlichen Charakter des Gesundheitssystems weiter.

Immer mehr Kliniken und ihre Betreiber gehen dazu über, durch Erwerb ambulanter Einrichtungen oder über Kooperationsverträge die regionalen Gesundheitsstrukturen in eigene Regie zu übernehmen - und so der Öffentlichkeit zu entziehen.

Dossier: Was sind die ganz praktischen Folgen des Einstiegs von Investoren?

Winter: Nun ja, sie versuchen, Praxen aufzukaufen in Bereichen, die wirtschaftlich interessant sind. Sie schließen sie zu Ketten zusammen. Und wenn es sich betriebswirtschaftlich rechnet, verkaufen sie diese wieder. Es geht überhaupt nicht mehr um den Aufbau oder Unterhalt von Versorgungsstrukturen, sondern um Cash.

Die kaufen auch anonym Praxen auf. Ich hatte jetzt so ein Angebot von der Anwaltskanzlei in Nürnberg. Es trat also nicht einmal der Investor direkt auf. Man schickte die Anwälte vor. Weil diese Fonds Praxen zu Ketten zusammenschließen und daraus einen Mehrwert generieren, bieten sie auch deutlich mehr als die marktüblichen Preise, die ein junger Kollege, eine junge Kollegin anbieten würden, um meine Nachfolge anzutreten. Mit regionaler Gesundheitsplanung hat das dann nichts mehr zu tun. Hier kollidieren Markt- und Versorgungslogik. Es müsste eigentlich dem letzten Marktradikalen klar werden, dass dies seinem Interesse als Mensch widerspricht.

Dossier: Worin besteht die Alternative zur Kommerzialisierung?

Winter: Es führt kein Weg an einer Übernahme der Kliniken durch die Kommunen vorbei. In einzelnen Fällen geschieht das. Aber nicht systematisch, sondern situativ. Ziel einer demokratischen Gesundheitsreform muss es sein, die Behandlung und Pflege von Menschen in öffentliche Regie - und Verantwortung zu bringen.

Dossier: In der Corona-Krise sind die Krankenhäuser zunächst einmal wirtschaftlich unter Druck geraten - zugleich zeigen die Beschäftigten höchsten Einsatz. Stehen wir jetzt an einem Punkt, an dem sich die Sache zum Öffentlichen hinwenden ließe?

Winter: Ja, nun ja: Die Krise hat gerade gezeigt, dass wir privatwirtschaftlich nicht weiterkommen. Man kann aber auch einen anderen Schluss ziehen: Die kommunalen Kliniken sind nun endgültig pleite, schieben wir sie doch in die Privatwirtschaft.

Dossier: Wie entwickelt sich die Kliniklandschaft in der Corona-Krise?

Winter: München ist ein gutes Beispiel: Die kom-

munalen Häuser mussten alles bringen, was sie konnten, während die Privaten sich wenig engagieren mussten und verdienten, denn sie haben die Prämien für die vorgehaltenen Betten kassiert.

Dossier: Ganz praktisch gefragt: Wie sollte denn ein Krankenhauskonzern oder eine Investorengruppe, ein Fonds dazu gebracht werden, sich von profitablen Krankenhäusern zu trennen und sie wieder in die Hand der Kommunen zu übertragen?

Winter: Eine Möglichkeit wäre es, die Fallpauschalen mit strikten Personalvorgaben zu verbinden. Dann wäre eine Möglichkeit, Gewinne zu Lasten der Kranken wie der Beschäftigten zu erwirtschaften, versperrt. Gesundheitsminister Spahn hat ja Schritte in diese Richtung unternommen. Da ginge aber noch mehr. Man könnte auch die Akutversorgung wieder mit einem Gewinn- oder einem Gewinnentnahmeverbot belegen. Dann müssten die Gewinne wieder reinvestiert werden. Wenigstens das. Das würde das Geschäft mit der Gesundheit rasch beenden.

Dossier: Das wird nicht einfach umzusetzen sein, denn das kommt einer faktischen Enteignung gleich. Wenn sie Re-Kommunalisieren wollen aber nicht zurück in die 1980er Jahre, worin soll dann der Unterschied bestehen?

Winter: Es gibt noch einen wichtigen Punkt, der vorher zu klären ist. Es geht um die Krankenhausplanung. Es gibt Doppelstrukturen, die machen wirklich keinen Sinn. Es braucht eine einheitliche Krankenhausplanung für das gesamte Land. Ähnlich wie es in Dänemark versucht wird. Das wäre

Dossier: Muss man die Zentralisierung immer weitertreiben und dem ländlichen Raum immer mehr Infrastruktur zu nehmen?

Winter: In manchen Gegenden Deutschlands muss man lange nach solchen Oberzentren Ausschau halten. Wir brauchen Planungsstrukturen, in denen die ambulante und stationäre Versorgung ineinandergreifen, und die verbindlicher sind. Die Krankenhausplanung der Länder interessiert heute kaum noch jemand.

Dossier: Wie sieht die Zukunft der Fallpauschalen in so einem System dann aus?

Winter: Das aktuell praktizierte System der Fallpauschalen ist schwer unter Druck, es hat so keine Anhänger mehr. Jens Spahn hat die Pflege aus Teilen der Fallpauschalen herausgenommen, er hat verstanden, dass durch sie das Gesundheitssystem schweren Schaden genommen hat.

Dossier: Was ist die Alternative? Was schlägt der VdÄÄ vor?

Winter: Über die Details diskutieren wir noch. Aber einige Eckpunkte lassen sich benennen. Sicher gestellt werden muss eine allumfängliche Refinanzierung der Personalkosten. Die Länder müssen ihren Investitionskosten nachkommen. Privatversicherung als Vollversicherung wird abgeschafft. Stattdessen eine solidarische Bürger*innenversicherung geschaffen. ...

Dossier: In diesem Jahr sind sechs Landtagswahlen und eine Bundtagswahl.

„DIE BERTELSMANN STIFTUNG, ANTREIBER DER MARKT-IDEOLOGIE, HAT ENDE 2019 EINE STUDIE MIT EINEM RADIKALEN PLAN ZUR STILLLEGUNG VON KRANKENHÄUSERN VORGELEGT. SOLCHE VORSCHLÄGE GEHEN AN DER LEBENSREALITÄT DER MENSCHEN IN UNSEREM LAND VORBEI..“



etwas ganz anderes als in den 1980er Jahren. Damals war die Krankenhausplanung wirklich ungenügend.

Die Bertelsmann Stiftung, Antreiber der Markt-Ideologie, hat Ende 2019 eine Studie mit einem radikalen Plan zur Stilllegung von Krankenhäusern vorgelegt. Solche Vorschläge gehen an der Lebensrealität der Menschen in unserem Land vorbei.

Reichlich spät für eine Diskussion.

Winter: Kann sein, aber in der Krise wurde offenbar, dass die Reform unweigerlich geworden ist. Mit diesen Krankenhäusern ist eine Krise nur zu meistern, weil tausende Ärztinnen, Ärzte und Pflegende über die Grenzen des eigentlich Leistbaren hinausgehen.

Dossier: Auf was kommt es an?

Winter: Man kann durchaus mit Leistungspauschalen arbeiten, wenn diese an Vorgaben der Behandlung und Pflege gekoppelt werden. Aber es müssen auch Vorhaltekosten kalkuliert werden. Ein



„DIE GESELLSCHAFT HÄLT DIESE SCHREIENDE UNGERECHTIGKEIT AUS, WEIL SIE KAUM BEKANNT IST. WO STEHT DAS IN DEN ZEITUNGEN? AN WELCHER STELLE KOMMEN DIESE ZAHLEN IN DEN NACHRICHTEN?“

Kreißsaal ist nicht dauernd belegt, muss aber da sein. In ländlichen Regionen etwa.

Dossier: Das zeichnet eben das Wesen der öffentlichen Daseinsvorsorge aus.

Winter: Entscheidend für einen Kreißsaal ist nicht, wie oft er benutzt wird, sondern dass er da ist und gebraucht wird. Solche Elemente müssen in die Krankenhauskalkulation aufgenommen werden.

Wir müssen vom Gewinnstreben als Leitmotiv zur Herstellung von Gesundheit für alle kommen. Es geht um das Interesse der Bevölkerung. Die Versicherten sind keine Kunden. Sie sind Mitglieder einer Solidargemeinschaft. Da verbieten sich Gewinne. Ganz einfach.

Dossier: Lassen Sie uns ein zweites Thema ansprechen: „gesundheitliche Ungleichheit“. Wie kommt es dazu? Wie muss ihr begegnet werden?

Winter: Es gibt verschiedene Studien. Die jüngste, die ich kenne, zeigt, dass Männer aus dem oberen Einkommensfünftel eine um 8,4 Jahre längere Lebenserwartung haben als Männer am unteren Ende der Einkommensskala. Bei Frauen ist das Verteilungsmaß geringer. Dort liegen zwischen Ober- und Unterschicht 4,4 Jahre.

Dossier: Das sind eigentlich Zahlen, die einen Proteststurm auslösen müssten. Ich kenne kaum andere Zahlen, die so eindrücklich die un-

terschiedlichen Lebenschancen in unserer Republik beschreiben würden.

Winter: Die Gesellschaft hält diese schreiende Ungerechtigkeit aus, weil sie kaum bekannt ist. Wo steht das in den Zeitungen? An welcher Stelle kommen diese Zahlen in den Nachrichten? Dabei sind diese unterschiedlichen Lebenserwartungen ja nur eine von vielen Ungerechtigkeiten.

Die Unterprivilegierten werden zusehends in Stadtteile abgedrängt, aus denen sich Ärzte zurückziehen, in denen die Luft schlecht, Lärm allgegenwärtig ist und die Versorgung mit gesunden Lebensmitteln kaum gegeben ist. In diesen Vierteln gibt es kaum Parks, wenig Spielplätze, das kulturelle Angebot ist unterentwickelt. Wer dort hin gedrängt wird, hat schwere oder monotone Jobs, Arbeitslosigkeit ist ein regelmäßiger Bestandteil des Lebens. Die Renten sind nicht hoch.

In Frankfurt ist diese Entwicklung wieder in vollem Gange. Irgendwann hatte man gedacht, schlimmer geht es nimmer. Aber nun trifft es auch den Arbeitnehmermittelstand.

Im Stadtzentrum tummelt sich fast die ganze medizinische Versorgung, hier sitzen fast alle Fachärzte. Es zieht sie da hin, wo ihre privat versicherte und zahlungskräftige Kundschaft lebt, arbeitet und gewohnt ist, Geld auszugeben.

Wer von Hartz IV leben muss, für den ist dagegen eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln hin und zurück ein Problem. Neulich hatte ich eine Patientin, die alle halbe Jahre wegen einer Lebererkrankung zu mir kommt. Sie hat mir angekündigt, dass sie das letzte Mal gekommen sei, mit Hartz IV habe sie einfach nicht das Geld dazu. Ein anderer Patient war zu einer Voruntersuchung bei mir. Und hat dann die eigentliche Untersuchung abgesagt, eine zweite Fahrt könne er sich in so kurzer Zeit nicht leisten. Für Normalverdiener mag das irgendwie schwer vorstellbar sein. Aber es ist die Realität für einen Teil der Bevölkerung.

Die unfreiwillige Entscheidung erhöht das Darmkrebsrisiko dieses Mannes. So entsteht Ungleichheit – sie ist eine Folge von Armut und Reichtum, hat aber mehrere Ausprägungen.

Oder nehmen sie Diabetes mellitus, vom Volksmund Zucker genannt. Wer erst zum Arzt geht, wenn die Folgen weit fortgeschritten sind, hat ein großes Problem. Wenn Sie sich die Schulungsprogramme mal angucken, etwa für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker, da brauchen sie schon einen gewissen Bildungshintergrund, um den Inhalt nachvollziehen und mitreden zu können. Das setzt ein gewisses medizinisches Abstraktionsvermögen voraus, und wir müssten eigentlich andere Zugänge wählen für Menschen, die nicht das Gymnasium oder die Realschule besucht haben.

Dossier: Wenn ich mir die Werbematerialien der Krankenkassen anschau, dann sind sie voll mit

Angeboten an Programmen teilzunehmen. Es gibt Prämien für regelmäßigen Sport, Mitglieder bekommen Zugang zu Diätberatung, Massagen, ...

Winter: Entschuldigung, aber diese ganzen Programme der Krankenkassen sind auf die obere Mittelschicht geeicht. Es ist zum Haare raufen: Denkt dort niemand an die Millionen Versicherten, die in einfacher Sprache oder die in ihrer Muttersprache angesprochen werden müssen.

Offenbach ist eine Stadt mit einem sehr hohen Anteil an Migranten. Hier fehlt für einen Großteil der Bevölkerung der kulturelle Zugang. Sie sind ausgegrenzt. Es geht aber nicht nur um Migranten. Auch Menschen, die hier in Deutschland geboren wurden und aufgewachsen sind, hatten häufig keine Gelegenheit gehabt, sich Bildung und Abstraktionsvermögen zu erschließen.

Dossier: Und wie erreicht man Familien mit Einwanderungshintergrund und Sprachbarrieren?

Winter: Viele Praxen beschäftigen keine Migranten. Auch das stellt für viele Einwanderinnen, Einwanderer und selbst für deren Nachkommen eine Hürde dar, die sie ungern, wenn überhaupt überwinden.

Krankheiten zu erkennen und zu heilen ist freilich ein Ergebnis der Wissenschaft. Aber der Umgang mit Krankheiten, Gebrechen und Leiden hat eine kulturelle Dimension. Dann kommt zu der Verletzlichkeit durch Krankheit noch die Barriere hinzu, sich nicht ausdrücken und nicht verstanden werden zu können. Weil das vielerorts nicht verstanden wird, produzieren wir geradezu Krankheit.

Wir haben als Gemeinschaftspraxis in Offenbach gezielt viele Migrantinnen und Migranten eingestellt. Und wir haben gemerkt, dass Leute kommen, die wir früher nicht gesehen haben. Die alten

„Offenbacher“ kommen damit zu recht. Gut, sie müssen ja auch. Mein Gott, es gibt auch wilde, rassistische Sprüche.

Dossier: Zurück zu der unterschiedlichen Lebenserwartung von Armen und Reichen: Wie überwinden wir dieses Maß an „gesundheitlicher Ungleichheit“?

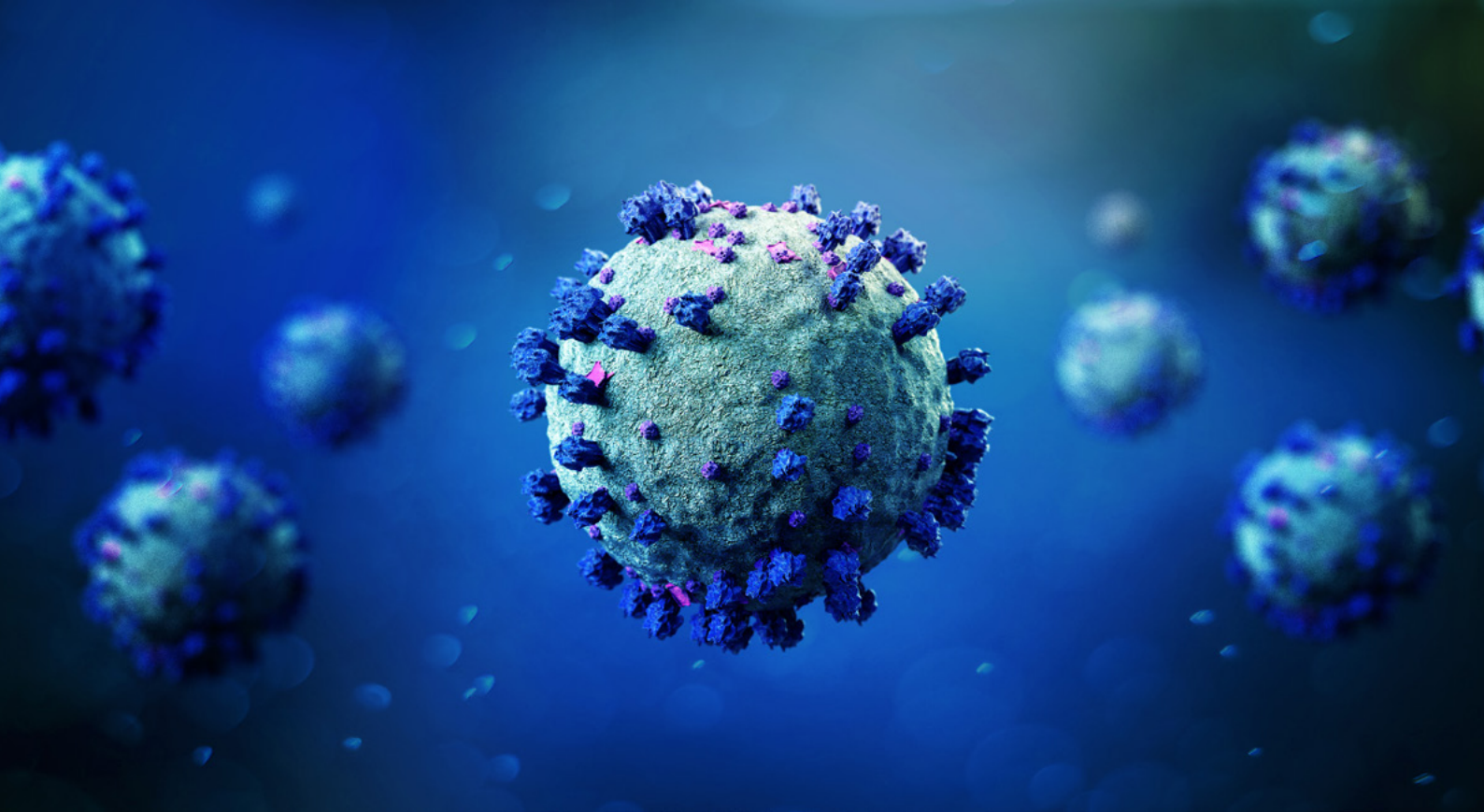
Winter: Wir müssen das System auf den Kopf stellen. Viele Ärzte und Klinikmanager entscheiden nach der simplen Formel, dass sie sich an Behandlungen oder auf Krankheiten ausrichten, mit denen sie am meisten Geld verdienen können. Stattdessen müssen wir Mediziner uns von der Frage leiten lassen: Wo sind die höchsten Gesundheitsgefährdungen? Dort muss der Sozialstaat aktiv werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten in Quartiere und Gemeinden, die durch soziale Benachteiligung geprägt sind, mehr Ärzten Niederlassungen ermöglichen. Es braucht auch niedrigschwellige Angebote. Das müssen nicht einmal Ärztinnen und Ärzte übernehmen. Das mag zunächst personalintensiv, also teuer sein. Mittelfristig hilft es dem Gesundheitssystem, sparsam zu wirtschaften. Verbeugung ist immer besser, als heilen zu müssen.

Früher gab es mal die Einrichtung der kommunalen Krankenschwester, die auch zu den Leuten nach Hause ging und im Ort, im Viertel Bescheid wusste. Das hat vielen viel geholfen. Wenn wir ein demokratisches Gesundheitssystem wollen, müssen wir uns auch von unserer Arztzentriertheit lösen.

Ein gut eingestellter Diabetiker muss nicht in jedem Quartal zum Arzt. Da kann auch eine Krankenschwester unterstützen. Wenn ein Problem auftritt, dann erkennt sie es und dann kommt der Arzt oder die Ärztin. Das funktioniert so in Frankreich, in Skandinavien. Nur im reichsten Land der EU soll das nicht zu finanzieren sein?

„FRÜHER GAB ES MAL DIE EINRICHTUNG DER KOMMUNALEN KRANKENSCHWESTER, DIE AUCH ZU DEN LEUTEN NACH HAUSE GING UND IM ORT, IM VIERTEL BESCHEID WUSSTE. DAS HAT VIELEN VIEL GEHOLFEN.“





Kapitel 3

FAZIT - DIE LEHRE AUS DER CORONA-PANDEMIE ODER PFLASTER REICHEN NICHT MEHR

Die Corona-Pandemie kam nicht überraschend. Pandemien und Epidemien sind Teil der Menschheitsgeschichte. Schon vor mehr als 5.000 Jahren grassierte die Pest in Skandinavien, der letzte Ausbruch der Seuche ist 300 Jahre her (Museum für Archäologie, 2020). Auch in Deutschland ist fast jede Generation mit tödlichen Virus-Infekten in Berührung gekommen. Anfang des Jahrhunderts plagte unsere Vorfahren die Europäische Schlafkrankheit, es folgte mit dem Ende des Ersten Weltkrieges der Ausbruch der Spanischen Grippe, die Menschen zu Tausenden dahinraffte. Tuberkulose und Diphtherie waren die Plagen des 20. Jahrhunderts. Nach dem Zweiten Weltkrieg sorgte die Kinderlähmung als Folge einer Infektion mit Polio-Viren für einen Wettlauf zwischen Ost und West um die besten Impfseren. Seit den 1980er Jahren verbreitet sich der HIV-Virus, der die Immunkrankheit AIDS auslöst. Im 21. Jahrhundert folgten die von Viren ausgelöste Lungenkrankheit Sars-Cov1, H1N1 und H5N1. Epidemien oder Pandemien kommen bestimmt, nur niemand weiß genau wann, welche Krankheitssymptome sie bewirken und wie gefährlich diese für Menschen werden können.

Die Corona-Pandemie kam nicht überraschend. Pandemien und Epidemien sind Teil der Menschheitsgeschichte. Schon vor mehr als 5.000 Jahren grassierte die Pest in Skandinavien, der letzte Ausbruch der Seuche ist 300 Jahre her (Museum für Archäologie, 2020). Auch in Deutschland ist fast jede Generation mit tödlichen Virus-Infekten in Berührung gekommen. Anfang des Jahrhunderts plagte unsere Vorfahren die Europäische Schlafkrankheit, es folgte mit dem Ende des Ersten Weltkrieges der Ausbruch der Spanischen Grippe, die Menschen zu Tausenden dahinraffte. Tuberkulose und Diphtherie waren die Plagen des 20. Jahrhun-

ders. Nach dem Zweiten Weltkrieg sorgte die Kinderlähmung als Folge einer Infektion mit Polio-Viren für einen Wettlauf zwischen Ost und West um die besten Impfseren. Seit den 1980er Jahren verbreitet sich der HIV-Virus, der die Immunkrankheit AIDS auslöst. Im 21. Jahrhundert folgten die von Viren ausgelöste Lungenkrankheit Sars-Cov1, H1N1 und H5N1. Epidemien oder Pandemien kommen bestimmt, nur niemand weiß genau wann, welche Krankheitssymptome sie bewirken und wie gefährlich diese für Menschen werden können.

Vor mehr als 30 Jahren veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation einen Masterplan, mit

dessen Umsetzung für den Fall des Ausbruchs einer durch „humanpathogene Influenzaviren“ verursachten Pandemie, die Zahl der Todesfälle klein gehalten und die Versorgung Erkrankter gesichert wird. Außerdem sollen „essentielle öffentliche Dienstleistungen“ aufrechterhalten sowie „zuverlässige und zeitnahe Informationen“ für Politik und Öffentlichkeit sichergestellt werden (RKI, 2017).

In der Bundesrepublik wurden die WHO-Empfehlungen mit einiger Zeitverzögerung aber dann doch zu Papier gebracht. Das Wissen, mit dem der Ausbreitung tödlicher Viren in Deutschland begegnet werden kann, ist in der jüngsten Fassung des Nationalen Pandemieplans (NPP) aus dem Jahr 2017 festgehalten. Allein Teil 1 („Strukturen und Maßnahmen“) umfasst 75 Seiten und beschreibt detailliert, wie Bund, Länder und angeschlossene medizinische Institute zusammenarbeiten müssen, um im Kampf gegen gefährliche Viren erfolgreich zu sein. Das Papier enthält Regelungen, wie Krankheiten nachzuverfolgen sind und welche Vorsichtsregeln im Alltag gelten sollen.

Die Fassung von 2017 ist bei Weitem nicht die erste Fassung des Planes. Die erschien im Jahr 2005. Heerscharen von Ministerialbeamtinnen, Ministerialbeamten und hochspezialisierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern waren mit seinem Zustandekommen sowie der Weiterentwicklung beschäftigt. Schon 2007 lag die erste Überarbeitung vor, der Plan wurde durch Arbeiten auf Länderebene ergänzt.

Im NPP von 2017 heißt es rückblickend: „Die H1N1-Influenzapandemie 2009, die in Deutschland im April 2009 mit ersten Erkrankungen durch das pandemische Influenzavirus A(H1N1)pdm09 begann, stellte die erste Bewährungsprobe für die entwickelten Pandemiepläne dar“ (RKI, 2017).

Alle Maßnahmen seit Ausbruch der Corona-Pandemie waren bereits festgelegt. Etwa der zentrale Einkauf von Impfstoffen durch die EU: „Bund und Länder haben sich auf die Option eines gemeinsamen Vergabeverfahren Joint (Procurement) auf Ebene der EU zur Sicherstellung der Impfstoffverfügbarkeit im Pandemiefall verständigt. Den Mitgliedstaaten soll dadurch der gemeinsame Kauf oder ein gemeinsames Vorgehen bei der Aushandlung von Verträgen mit der Industrie ermöglicht werden“ (RKI 2017).

2020 wurden die Autoren der Papierlage und ihre Pläne mit der Wirklichkeit konfrontiert. Man versuchte, den Regieanweisungen zu folgen. Aber schon die Nachverfolgung von Infektionsketten war mit bestehendem Personal nicht im Ansatz zu schaffen. Die Gesundheitsämter von Kreisen und Kommunen waren über Jahrzehnte so klein gespart worden, dass sie den Auftrag des Gesetzgebers nicht erfüllen konnten.

Also mussten Beschäftigte aus anderen Bereichen der Bürokratie, die sicherheitshalber geschlossen worden waren, aushelfen. Auch Solda-



GESCHICHTE EINES SKANDALS (9)

Die bauliche Struktur und der fehlende Überblick begünstigen den COVID-19-Ausbruch.

Zum Zeitpunkt des Ausbruchs war es nicht möglich festzustellen, wer, wann und wo die Klinik betritt, da es zu viele Eingänge gab.

Zudem ist keine klare Wegetrennung (Versorgung und Entsorgung/Patienten/Besucher) im Bereich der Gebäude L und N möglich (Hauptflur schmaler als 2,40 m).

Die Szenarien-Planung für den Umgang mit COVID-19-Patient*innen erfolgte unzureichend, so dass mehrere Umzüge von COVID-19-Patient*innen auf Pflegestationen erfolgten, die in ihrer baulichen Struktur und Bettenaufstellungen nicht den RKI-Vorgaben entsprechen.

Laut RKI-Bericht erfolgten nach Bekanntwerden des nosokomialen Ausbruchs mehrfach Umzüge ganzer Stationen und Bereiche „mit zahlreichen zu diesem Zeitpunkt bekannten und noch nichtbekannten COVID-19-Patientinnen und -patienten“, die zu weiteren Übertragungen geführt haben können. Die Vielzahl der Umzüge und die hygienischen Bedingungen der genutzten Pflegestationen zeigen, dass die Szenarien-Planung für den Umgang mit COVID-19 unzureichend erfolgte. Aufgrund der geringen Abstände zwischen den Betten und der aerosolischen Übertragung von SARS-CoV-2 wird eine Erregerausbreitung begünstigt.

tinnen und Soldaten der Bundeswehr kamen zum Einsatz. Letzten Endes funktionierte das System nur, weil auch die medizinischen Dienste der Krankenkassen Expertinnen und Experten an den Öffentlichen Gesundheitssektor ausliehen, wie der alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der Bundes-AOK im Interview für dieses Dossier berichtet.

Eigentlich hätte der Verwaltungsapparat von Anfang an rund laufen müssen. Aber die deutsche Verwaltung stolperte durch die Krise und verlor schon nach wenigen Wochen die Kontrolle über Infektionswege. So kam es wiederholt zu Schließungen des öffentlichen Lebens. Die jahrzehntelange Rotstiftspolitik kam die Wirtschaft teuer zu stehen: In der ersten Welle standen sogar die Bänder der Industrie still. Millionen Menschen arbeiten seit März 2020 zuhause, Millionen Menschen haben kein Homeoffice, sie bewältigen ihre Arbeit am Küchen- oder Couchtisch. Dort, wo auch noch die Kitas und Schulen geschlossen sind oder der Unterricht im Wechselmodell stattfindet, versuchen die Eltern konzentriert zu arbeiten, während um sie herum das pralle Leben tobt.

Am härtesten traf die Pandemie die Schwächsten in der Gesellschaft: Alte in Seniorenheim sowie



GESCHICHTE EINES SKANDALS (10)

DIN-Normen wird im Haus wenig berücksichtigt und nicht gelebt.

Standards für Raumkonzepte werden nicht immer eingehalten bzw. werden die Standards gebeugt.

Migrantinnen und Migranten, die mangels Sprachkenntnisse über den Ausbruch des Virus und Vorsichtsmaßnahmen nicht informiert waren und denen etwa in Flüchtlingslagern oder Saisonarbeitercontainern wegen fehlender Privatheit die Möglichkeit fehlte, sich in eigenen vier Wänden vor Ansteckung zu schützen. Pflegeheime wurden während der Pandemie zu lebensgefährlichen Fallen für ihre Dauerbewohner. Mit den Pflegerinnen und Pflegern eilte der Virus von Tür zu Tür.

Der Grund: Regierungen in fast allen Bundesländern sowie Bürgermeisterinnen und Bürgermeister in nahezu allen Städten haben nicht nur geglaubt, sie könnten sich einen wirkungsvollen öffentlichen Gesundheitsdienst sparen. So fehlten Wissen und Ressourcen, um die Infektionswege zurück- und weiterzuverfolgen. Es fehlte an Personal und Ressourcen, um Ausländerinnen und Ausländer über „AHA-Regeln“ und Maskenqualitäten zu informieren. Und man war offenbar auch der Meinung, dass sich Impfstoffe per Knopfdruck bestellen lassen.

Das fand schon seinen Niederschlag in der Überarbeitung der Pandemiepläne. Der von 2017 ist zwar viel umfassender und detailreicher, aber an einer entscheidenden Stelle wird er verglichen mit der Ausgabe von 2007, plötzlich wachsw weich. In dieser Fassung hieß es noch recht konkret: „Zur Herstellung eines pandemischen Impfstoffes wird mit zwei Impfstoffherstellern zusammengearbeitet, die im Pandemiefall die Produktion für die gesamte Bevölkerung in Deutschland sicherstellen“ (RKI, 2007).

Zehn Jahre später sucht man eine vergleichbar präzise Formulierung vergeblich. Es ist nur noch von „Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie“ die Rede, mit der man über die Größe und Qualität der Ampullen sprechen müsste.

Als die Europäische Union nach Wochen der Konfusion endlich von den Mitgliedsstaaten das „Go“ für Impfstoffbestellungen bekam, saß Europa nicht in der ersten Reihe. Und als dann die Produktion der Seren auch innerhalb der EU-Grenzen begann, spielten die Pharmamultis mit den nationalen und europäischen Behörden Katz und Maus.

Es stellte sich heraus: Der Nationale Pandemieplan bestand vor allem aus Papier. Hätten deut-

sche Unternehmen wie Biontech oder Curevac nicht ihre Kapazitäten beherzt auf die Erforschung geeigneter Impfstoffe konzentriert, gäbe es bis heute kein Mittel, über das die Bundesrepublik, einst Apotheke der Welt, selbst verfügen könnte.

Noch im Mai 2021 standen Impfzentren still, weil keine Impfsereen vorhanden waren. Als endlich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte impfen durften, bekamen sie Mikromengen des Wirkungsstoffs, der nicht reichte, damit die Medizinmänner- und -frauen ihre Patienten, die der Hilfe am meisten bedurften, mit der Spritze immunisieren konnten.

Die Politik selbst war nicht immun gegen falsche Ratgeber. Statt auf den Sachverstand aus dem Robert Koch-Institut oder der Ständigen Impfkommmission zu hören, lieferten sich Regierungen, Landrätinnen, Landräte, Bürgermeister und Bürgermeisterinnen immer neue Wettläufe, wer früher aus dem Lockdown wieder aussteigt. Sowohl die zweite als auch die dritte Infektionswelle hätten nicht so groß ausfallen müssen, wie sie dank der Wirtschaftslobby und windelweicher Entscheiderinnen und Entscheider in Kommunen und Staat ausfielen.

Obwohl die Infektionsraten im Vergleich zu Nachbarländern in Deutschland moderat blieben, wurden in mehreren Regionen wie dem Rheinland oder Teilen Brandenburgs die Intensivbetten knapp. Menschen wurden hunderte Kilometer weiter in andere Kliniken verlegt, um ihr Leben zu retten.

Die Situation war über Monate so angespannt, dass andere Operationen verschoben werden mussten. Auf Intensivstationen fehlendes Personal wurde aus anderen Bereichen abgezogen, es wurde bis zur Erschöpfung beatmet.

Anfangs klatschten die Menschen noch auf den Balkonen. Als jedoch die Gewerkschaft ver.di darauf aufmerksam machte, dass Klatschen kein Ersatz ist für leistungsgerechte Bezahlung und familienkompatible Schichtpläne verstummte das Klatschen recht schnell.

Die enorme Belastung der Beschäftigten ließ den Frust in den Belegschaften wachsen, zu Tausenden kehrten Pflegefachkräfte den Kliniken den Rücken. Das Ärzteblatt zog in seiner Ausgabe vom 9. März 2021 eine bittere Bilanz: „Besonders von dem jüngsten Rückgang betroffen war dem Bericht zufolge die Krankenpflege in den Kliniken. Das Minus bei den Beschäftigtenzahlen lag demnach in der ersten Hochphase der Coronakrise bei 5.124“ (Ärzteblatt, 2021).

Krisen haben einen Vorteil: Sie legen Schwächen von Systemen schonungslos bloß und zeigen auch, wo dessen Stärken liegen.

Zu den Stärken zählen das immer noch gute Ausbildungsniveau in den Kliniken und der Opfermut der Beschäftigten, die trotz widriger Umstände und anfangs auch noch ohne Impfung in den

Kampf gegen eine Pandemie gezogen waren. Zu den Stärken zählt auch ein großer gesellschaftlicher Zusammenhalt. Die große Mehrheit hat die Einschränkungen länger als ein Jahr akzeptiert und praktiziert.

Die Schwächen: Obwohl Krankenkassen und Staat Milliardenbeträge in das Gesundheitswesen, insbesondere die Krankenhäuser fließen lassen, gerät das Krankenhaussystem massiv unter Druck. Die Behauptung, eine gute medizinische Versorgung könne über den Markt und marktähnliche Mechanismen organisiert werden, ist wieder einmal als Aberglaube enttarnt. Das Gegenteil ist richtig: Auf dem Papier existieren exzellente Handlungsempfehlungen. In der Praxis fehlen die Ressourcen.

Der Fall des Potsdamer Bergmann-Klinikums, der in diesem Dossier dokumentiert ist, zeigt, dass einzelne Kliniken aufgrund falsch verstandener ökonomischer Zwänge in Verbindung mit krassem Missmanagement in der Corona-Krise nur ganz knapp an einer Katastrophe vorbeigeschlittert sind. Und damit eine Landeshauptstadt und ihre Umgebung fast schutzlos der Pandemie ausgeliefert gewesen war.

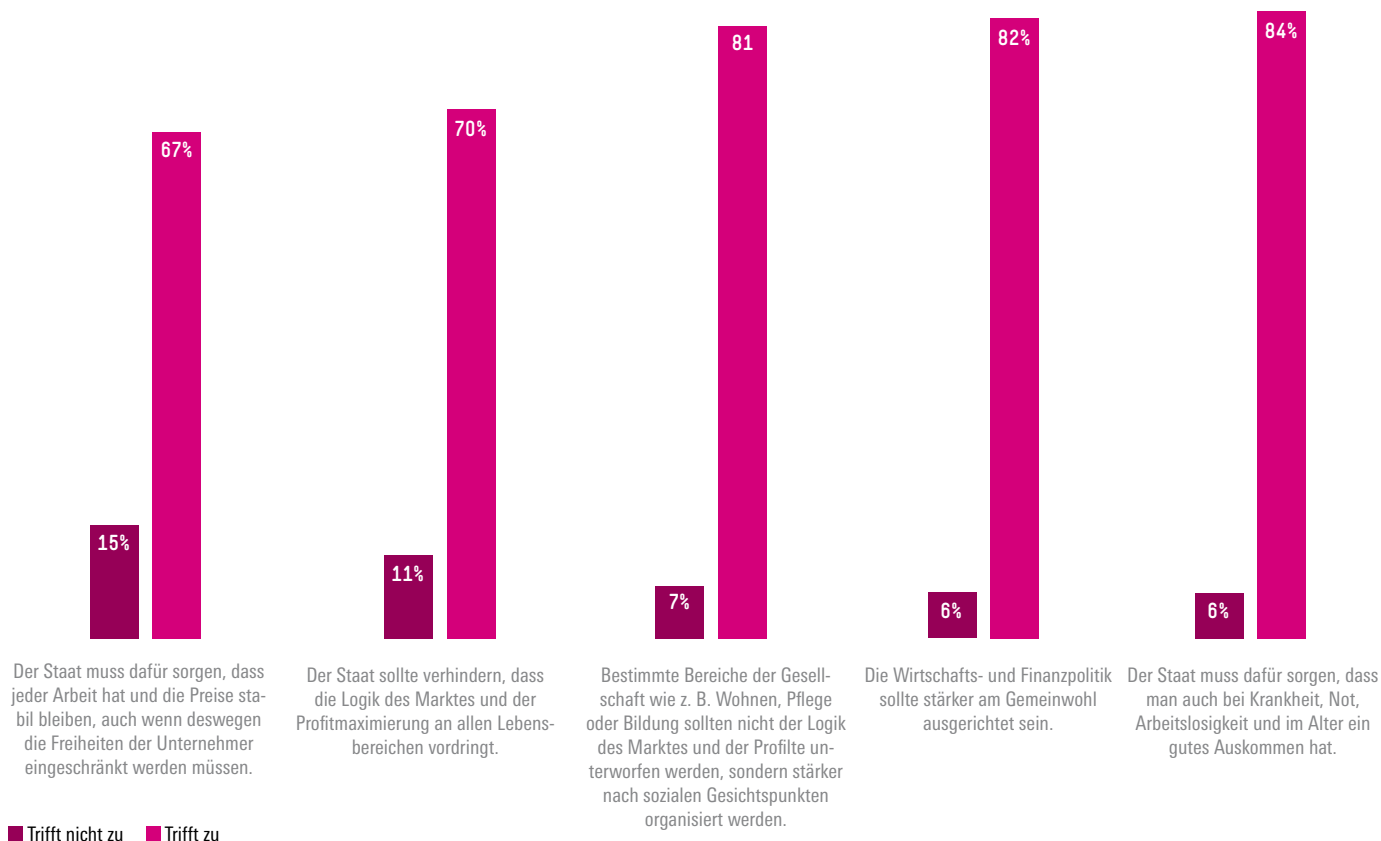
Das alles war schon vor der Pandemie bekannt. Aber es hat niemand wissen wollen. Es ist wie

beim sozialen Wohnungsbau oder dem Bildungssystem: Die Strukturen sind in Rudimenten noch vorhanden. Ehe zu viel noch weiter kaputt geht, muss jetzt investiert werden. Und zwar kräftig. Jahr um Jahr müssten die Bundesländer den Kliniken je nach Rechnung 2,5 bis drei Milliarden Euro mehr als heute überweisen, damit der „schleichende Substanzverzehr“ (RWI, 2020) nicht weitergeht. Ein zweistelliger Milliardenbetrag wird nötig sein, um die Kliniken auf den Stand unserer Zeit zu bringen. Dabei sind die fehlenden Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, die Anhebung der Entgelte vor allem in der Pflege noch nicht eingerechnet. Jahrzehnte wurde auf ihrem Rücken gespart, wurde ihr Berufsethos ausgenutzt. Die Grenze der Belastbarkeit ist erreicht.

Im Übrigen galt schon vor Corona: Die überwiegende Mehrheit der Deutschen wünscht keine Privatisierung des Gesundheitswesens. In ihrem Beitrag zu einem Sammelband über „Legitimationsprobleme der deutschen Demokratie“ schreiben Frederik Beck und Sascha Kneip, beide Forscher am Wissenschaftszentrum Berlin, die Deutschen stünden einer Übernahme sozialstaatlicher Aufgaben durch private Anbieter, zutiefst skeptisch gegenüber.

Ihr Beitrag basiert wie alle Aufsätze in dem Buch auf dem „Demokratiebarometer“, eine in mehreren

Abb. 13 Sozialstaatlplädoyer – Aussagen zum Verhältnis von Staat und Markt



Quelle: Demokratiebarometer (2019), Daten gewichtet

Hans Böckler
Stiftung



GESCHICHTE EINES SKANDALS (11)

Das Gesundheitsamt ist unterbesetzt

Das GA der LHP hat seine Aufgaben in den zurückliegenden Jahren im Hinblick auf des KEvB sehr unzureichend wahrgenommen. Das GA war in dieser Zeit personell gravierend unterbesetzt und verzeichnete zudem einen hohen Krankenstand unter den Mitarbeitenden.

Mit dem Wechsel in der Leitung des GA und dessen personeller Konsolidierung hat sich allmählich eine Veränderung in der Aufgabenwahrnehmung eingestellt. Allerdings war das GA entgegen den Empfehlungen des RKI nicht bereits in der proaktiven Phase in das Ausbruchsmangementteam integriert.

Den Gesprächen mit Mitarbeitenden ist zu entnehmen, dass während auf Arbeitsebene teilweise gute Kontakte zum GA gepflegt wurden, die Strategie der Geschäftsführung darin bestand, das GA aus dem Betrieb des Klinikums so weit wie möglich herauszuhalten.

Wellen organisierte Befragung von bis zu 10.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

In ihrem Aufsatz über das „Unbehagen an der Macht der Märkte“ stellen Beck und Kneip fest: „Eine überwältigende Mehrheit von 82 Prozent der Befragten vertritt die Meinung, dass die Wirtschafts- und Finanzpolitik stärker am Gemeinwohl ausgerichtet sein sollte.“ Auch wenn die Befragten den Begriff Gemeinwohl ad hoc kaum würden definieren können, spreche aus den Ergebnissen „ein erhebliches Misstrauen in die Gestaltung der Wirtschafts- und Finanzbeziehungen unter Bedingungen wirtschaftlicher Globalisierung“ (Beck/Kneip, 2020).

Die Ergebnisse gelten auch für das Gesundheitswesen. Nach dessen Organisation befragt antworteten die Befragten das Gleiche wie bei der Sozialpolitik im Allgemeinen. 82 Prozent der Befragten gaben sich überzeugt, dass „bestimmte Bereiche der Gesellschaft wie Wohnen, Pflege oder Bildung nicht der Logik des Marktes unterworfen werden sollten“. Anstelle der Herrschaft von Soll und Haben sollten soziale Ziele treten. (Abbildung 13)

Unter den Sozialversicherungen gilt das Gesundheitswesen noch als vertrauenswürdig. Mehr als die Hälfte der Befragten sind mit seinen Leistungen zufrieden. Alle übrigen Zweige – ob Renten-, Arbeitslosen- oder Pflegeversicherung – schaffen es nicht auf eine Zustimmung von mehr als der Hälfte der Befragten (Lüders/Schroeder, 2020). So weit haben von den Arbeitgebern angetretene endlose Negativ-Debatten und verfehlte Reformen über den Sozialstaat und seine Institutionen dem Ansehen der Sozialversicherungen geschadet.

Die Vielzahl von Ungerechtigkeiten, welche die Menschen direkt oder nur mittelbar erfahren, hat sich über Jahre zu einer großen Erzählung des Misstrauens gegen und des Missmutes über politische Verantwortungsträgern verdichtet. Die Bertelsmann-Studie „Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Deutschland 2020“ zeigt, wie weit dieses Ungerechtigkeitsgefühl hierzulande verbreitet ist: Nicht einmal die Hälfte der Deutschen unabhängig ihrer sozialen Stellung, also auch frei von eigener Betroffenheit, sind der Meinung, dass es hierzulande nicht gerecht zugeht (Brand et al., 2020).

Wenn Krankenhäuser geschlossen oder öffentliche Kliniken an Konzerne verkauft werden, fügt sich dies selbst bei bester ökonomischer oder struktureller Begründung ebenso in das Gesamtbild ein wie der Fakt, dass die Lebenserwartung gleichaltriger Armer und Reicher in unserem Land um bis zu zehn Jahre und mehr auseinanderklafft. Auch die vom Grundgesetz geforderte Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist nicht gegeben, wenn zwischen Stadt und Land ebenfalls Jahre an Lebensunterschiede liegen.

Dieser unfassbar große Abstand in der Lebenserwartung hat Folgen für die nächsten Generationen. Denn aus der Medizinsoziologie wissen wir, dass die Krankheitsbiografien oft nicht erst im Mutterbauch beginnen, sondern bis zu drei oder gar mehr Generationen vorher vorgezeichnet werden. Folgt daraus doch, dass alle Versuche, den Gesundheitssektor auf die Höhe eines für das 21. Jahrhundert angemessenen Niveaus zu bringen, nicht sofort Wirkung zeigen.

Schon gar nicht lässt sich das Problem der „gesundheitlichen Ungleichheit“ isoliert lösen. Weil es eben auch eine Folge der sozialen Spaltung der Gesellschaft entlang der Trennungslinien zwischen Arm und Reich ist. Eine Gesundheitspolitik für die kommenden Generationen bedeutet zwingend, auch die Wohnungssituation in den Städten dauerhaft zu verbessern, in beste Bildung für alle Kinder, Bürgerinnen und Bürger zu investieren, gerechte Bezahlung und sichere Arbeitsbedingungen für alle Erwerbstätigen durchsetzen, Aufstiegschancen und Barrieren gegen soziale Abstiege zu entwickeln und mehr Selbst- und Mitbestimmung in der Arbeitswelt möglich zu machen.

Erst eine „Starke Gesellschaft“, in der es keine Extreme des Oben und Unten mehr gibt, in der die Ränder schmelzen und das Zentrum wächst verschwinden auch Erscheinungen wie „gesundheitliche Ungleichheit“ einer gespaltenen Gesellschaft.

Das ist ein Vorhaben für ein Jahrzehnt. Viele Blockaden des demokratischen und sozialen Fortschritts sind abzutragen. Aktuell muss sich der Sozialstaat denen zuwenden, die am stärksten benachteiligt sind. Das gilt für die medizinische Versorgung in den Quartieren, in welche die Armen zusehends abgedrängt werden. Das gilt vielmehr noch für die Vorbeugung von Krankheiten.

Obwohl die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge bekannt ist, kommt dieser Zweig im deutschen Gesundheitssystem viel zu kurz. Von den rund 250 Milliarden Euro, welche die Beitragszahler alljährlich ihren Krankenkassen überweisen, wurden 2019 lediglich 630 Millionen Euro oder 8,64 Euro je Versicherten und Jahr (GKV, 2020) für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben. Dies ist kein beeindruckender Betrag und über dessen Verteilung ist quer über die gesellschaftlichen Schichten nur sehr wenig bekannt.

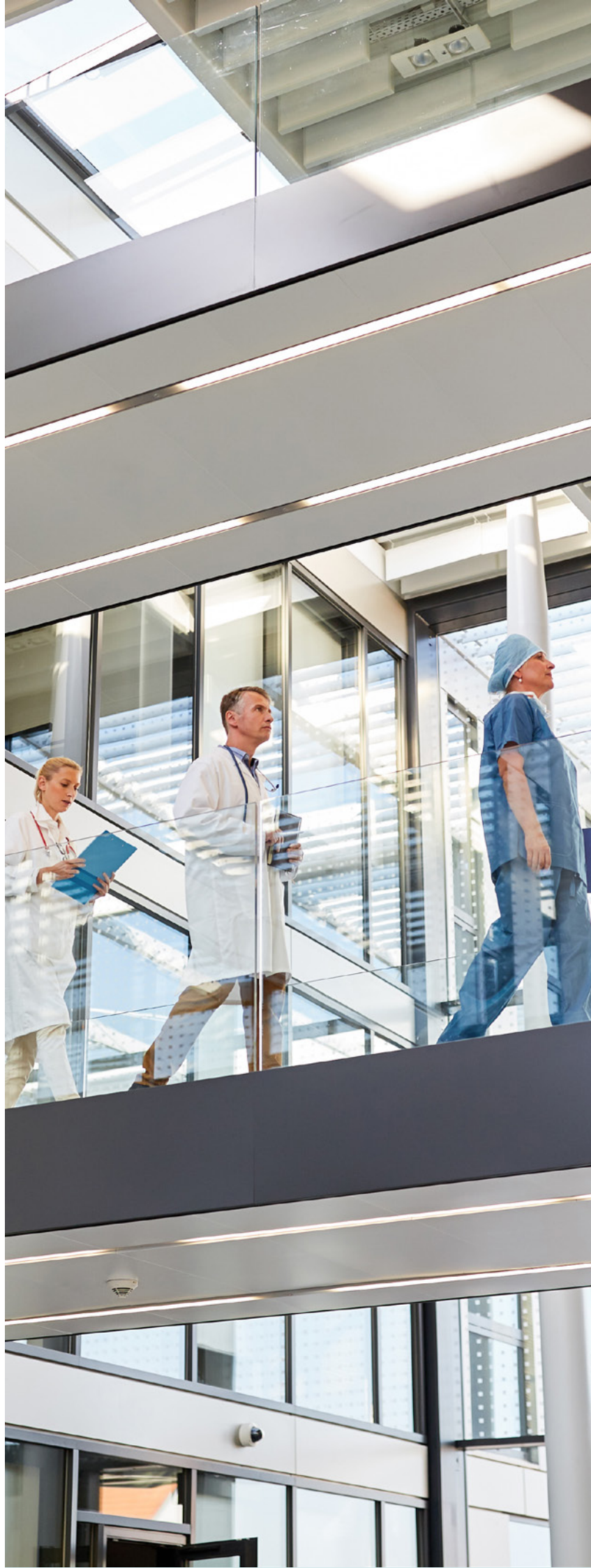
Die Arbeiterwohlfahrt fordert in ihrem Eckpunktepapier zu Reformen im Gesundheitswesen, „den Fokus politischer Strategie verstärkt auf Prävention zu verlagern“. Verbesserungsbedürftig aus Sicht der AWO ist vor allem die Berichterstattung über die Präventionsausgaben. Es müsse aufgezeigt werden, „ob durch die gesetzlichen Bestimmungen sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen minimiert werden können“ (AWO, 2016).

Die unzureichende Berichterstattung wurde trotz der Intervention nicht besser. Ein Hinweis, ob die Ausgaben zur Prävention alle Versicherten gleichermaßen reichten oder nach sozialen Bedarfen eingesetzt wurden, fehlt auch im 2020er Bericht. Die Berichterstattung erfolgt in Form von Tonnenideologie. Ausgezählt werden Aktionen und erreichte Personen.

Einige Zahlen deuten darauf hin, dass von Präventionsausgaben eher jene profitieren, die in unserer Gesellschaft als privilegiert gelten. Die Gesundheitsaufklärung von Kindern und Jugendlichen ist so ein Fall. Im Statistik-Band zum Präventionsbericht 2020 findet sich der Hinweis, dass die Gesundheitsaufklärung ausgerechnet an den Gymnasien mit 435.000 „direkt erreichten Personen“ intensiver war als an den Haupt-(81.000) und Realschulen (266.000) zusammen. Nur an Gesamtschulen und Schulen, die bis zum Abschluss in der 10. Klasse führen, wurden mit 510.000 Kindern mehr Menschen erreicht als an Gymnasien.

Statistiken wie diese sind kein Gegenstand der öffentlichen Debatte. Dass dies anders wird ist eine Aufgabe für Gewerkschaften, soziale Organisationen in der Zivilgesellschaft und für Reformen aufgeschlossene Parteien.

Für eine Reform des Gesundheitswesens ist die Art und Weise seiner Finanzierung, wie sie unter dem Stichwort Bürgerversicherung geführt wird, unerlässlich. Solange das System aber immer mehr Konzernen und Fonds ausgeliefert wird, die mit internen Steuerungsmechanismen Menschen verschleifen und einen schleichenden Verfall der Krankenhausinfrastruktur befördern, ist die Bürgerversicherung ein wichtiges Thema unter vielen. Auch die Gesundheitsvorsorge muss dringend gestärkt werden – und zwar für jene, deren Leben die gegenwärtige Unordnung verkürzt.



BIBLIOGRAPHIE

ARD, 2020. Klinikpersonal fühlt sich oft überfordert. <https://www.tagesschau.de/investigativ/br-recherche/corona-krankenhaus-107.html> (abgerufen am 16.02.2021).

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO), 2016. „Soziale und gerechte Gesundheitsversorgung“. Eckpunktepapier der AWO. https://www.awo.org/sites/default/files/2017-01/AWO_Eckpunktepapier_Soziale_und_gerechte_Gesundheitsversorgung.pdf (abgerufen am 23.02.2021).

Ärztetkammer Nordrhein und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2018. „Beteiligung von Finanzinvestoren an der ambulanten ärztlichen Versorgung“. Gemeinsames Arbeitspapier der beiden Organisationen. https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/arbeitspapier-konzernbildung-kvno-aekno-2018-11.pdf (abgerufen am 12.12.2020).

Ärzteblatt, 2021. „Deutschland verliert in der Coronapandemie tausende Pflegekräfte“. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/121853/Deutschland-verliert-in-der-Coronapandemie-tausende-Pflegekraefte> (abgerufen am 13.05.2021).

Ärztezeitung, 2009. „Prinzipien, Finanzierung und Organisation des DDR-Gesundheitswesens“, erschienen in der Ausgabe am 09.11.2009. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Prinzipien-Finanzierung-und-Organisation-des-DDR-Gesundheitswesens-373759.html> (abgerufen am 13.02.2021).

Asklepios, 2020. „Konzern-Kennzahlen der Asklepios Gruppe“. <https://www.asklepios.com/konzern/unternehmen/investors/berichte/> (abgerufen am 27.01.2021).

Beck, Frederik/Kneip, Sascha, 2020. „Wirtschafts- und Finanzpolitik in Deutschland: Demokratische Legitimität und das Unbehagen an der Macht der Märkte“. In Kneip, Sascha/Merkel, Wolfgang/Weßels, Bernhard (Hrsg.), „Legitimationsprobleme – Zur Lage der Demokratie in Deutschland. (Demokratiebarometer). Springer VS, Wiesbaden.

Bobsin, Rainer, 2019. Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. 4. erweiterte Auflage, 2019. Offizin-Verlag, Hannover.

Bobsin, Reiner, 2021 (im Erscheinen). „Private Equity im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Grundlagen, Entwicklungen und Kontroversen“, Offizin-Verlag Hannover.

Bourdieu, Pierre, 1998. „Das Elend der Welt“. Originalausgabe „La Misère du Monde“, erschienen 1993 bei Editions du Seuil, Paris 1993. Deutsch bei Universitätsverlag Konstanz, 2. Auflage 1998.

Bowles, David/Greiner, Wolfgang, 2012. „Bevölkerungsentwicklung und Gesundheitsausgaben“. In G+G Wissenschaft (GGW), Hrsg. Wissenschaftliches Institut der AOK, 2012. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_gg-waufs1_1012.pdf (abgerufen am 7.01.2021).

Brand, Thorsten/Follmer, Robert, 2020. „Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Deutschland 2020.“ Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/ST-LW_Studie_Gesellschaftlicher_Zusammenhalt_2020.pdf (abgerufen am 19.11.2020).

Bundesärztekammer, 2007. „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland – Folgen für die ärztliche Tätigkeit.“ Bericht einer vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzten Arbeitsgruppe. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Privatisierung_Krankenhaeuser_2007.pdf (abgerufen am 13.04.2020).

Bundesärztekammer, 2019. Positionspapier der Bundesärztekammer „Patientenversorgung unter Druck“. Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer auf Vorschlag der AG „Wettbewerb im Gesundheitswesen“, Stand 26.05.2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/Patientenversorgung_unter_Druck.pdf (abgerufen am 13.01.2020).

Bundesfinanzministerium, 2017. „Tragfähigkeit in der Gesundheitspolitik“. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finanzen/Tragfaehige_Staatsfinanzen/2017-03-31-tragfaehigkeit-in-der-gesundheitspolitik.html (abgerufen am 24.01.2021).

Bundesministerium für Gesundheit, 2021. „Pflegepersonaluntergrenzen“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html> (abgerufen am 16.02.21).

Bundesrechnungshof, 2020. Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach §88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung. <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2020/krankenhaeuser-seit-jahren-unterfinanziert-und-ineffizient> (abgerufen am 15.12.2020).

Conflict-Manager, o.J. „Das Kündigungstrauma als Folge einer Kündigung“. <https://www.conflict-manager.com/kuendigungstrauma> (abgerufen am 28.01.2021).

Kommission der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), 2020. „Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen“. Bericht der Kommission vom 29.7.20. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2020/12/bda-arbeitgeber-broschuere-zukunft_der_sozialversicherung-2020_07.pdf (abgerufen am 22.02.2021).

Bundeswirtschaftsministerium (BMWi), 2020. „Gesundheitswirtschaft, Fakten und Zahlen“, Ausgabe 2019. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-und-zahlen-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=24 (abgerufen am 05.01.2021).

Destatis, 2018. „Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser. Tabellen 2.2.1, 2.3.1.1 und 2.3.2.1“ https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611187004.pdf;jsessionid=80A7A774DDE109ADB138D-2961F8408B6.internet722?__blob=publicationFile (abgerufen am 02.02.2021).

Deutschlandfunk, 2019. „Traurige Diagnose“, Rundfunkfeature von Dagmar Röhrlich. https://www.deutschlandfunk.de/oekonomisierung-der-krankenhaeuser-traurige-diagnose-724.de.html?dram:article_id=448558 (abgerufen am 29.01.2021).

Deutscher Gewerkschaftsbund, 2018. „B033: Soziale Sicherheit und soziale Dimension Europas“. Beschluss des DGB Bundeskongresses 2018. <https://www.dgb.de/uber-uns/dgb-heute/bundeskongress/21-ordentlicher-bundeskongress/dgb-obk-beschluesse-21-parlament-der-arbeit-dgb-bundeskongress-2018/++co++22880970-6992-11e8-bbee-52540088cada> (abgerufen am 22.02.2021).

Deutsches Ärzteblatt, 2009. Öffentliche Krankenhäuser: Die Grenzen der Privatisierung. Beitrag von Lothar Obst, kaufm. Direktor des Krankenhauses Reinbek St.-Adolf-Stift. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/64543/Oeffentliche-Krankenhaeuser-Die-Grenzen-der-Privatisierung> (abgerufen am 21.01.2021).

Deutsches Krankenhausinstitut, 2020. Krankenhausbarometer 2020. <https://www.dki.de/sites/default/files/2020-12/Krankenhaus%20Barometer%202020%20-%20final.pdf> (abgerufen am 15.01.2021).

Dormann, Franz/Klauber, Jürgen/Kuhlen, Ralf, 2020. Qualitätsmonitor für das Gesundheitswesen 2020. Hrsg. Wissenschaftlicher Dienst der Allgemeinen Ortskrankenkassen, Gesundheitsstadt Berlin, Initiative Qualitätsmedizin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Dragano, Nico/Siegrist, Johannes, 2009. „Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse.“ Erschienen in Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), „Gesundheitliche Ungleichheit“, 2. Aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Erices, Rainer/Gumz, Antje, 2014. „Die Versorgungslage war überaus kritisch“. Beitrag in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Nr. 9, 2014.

Ex, Patricia/Amelung, Volker E., 2020. „Krankenhausreform in Dänemark: Purer Hype oder was bringen Ländervergleich im Gesundheitswesen“. Erschienen in „Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen“, Ausgabe 4-5/2020.

Frank, Janina/Babitsch, Birgit, 2018. „Kompression oder Expansion der Morbidität in der ambulanten Versorgung“. Erschienen in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Ausgabe 5, 2018. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1291-6> (abgerufen am 12.02.2021).

Fresenius, 2020. Aktionärsstruktur. <https://www.freseniusmedical-care.com/de/investoren/aktien/aktionersstruktur/> (abgerufen am 16.02.2021).

Friederich, Dominique Nicole, 2007. „Gesundheitsreform auf dem Prüfstand – Solidarität durch Wettbewerb in der Krankenversicherung“. Diskussionspapier des Wittenberg-Zentrums für globale Ethik Nr. 2007-2. <https://docplayer.org/8476017-Gesundheitsreform-auf-dem-pruefstand-solidaritaet-durch-wettbewerb-in-der-krankenversicherung-dominique-nicole-friederich.html> (abgerufen am 27.12.2020).

GKV, 2020. „Präventionsbericht 2020“ (Berichtsjahr 2019). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf (abgerufen am 24.02.2021).

Healthcare in Denmark, 2020. „New Hospital Construction - Future Hospitals in Denmark“ (White Paper). <https://www.healthcaredenmark.dk/media/trchcof1/hcd-whitepaper-future-hospitals-v1-2020.pdf> (abgerufen am 19.02.2021).

Höhn, Hilmar, 2019. „Bauen für eine demokratische Stadt“. HBS-Dossier Nr. 1, März 2019, Hrsg. Hans Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_01_report_02_2019.pdf.

Hofmann, Klaus, 1993. „Die Privatisierung der ambulanten Versorgung“. Erschienen in Argument-Sonderband 199/Jahrbuch Kritische Medizin; Bd. 19.

Kontaktausschuss der Präsidenten der obersten Rechnungskontrollbehörden der Europäischen Union (ContactCommittee), 2019. Prüfungskompendium Öffentliche Gesundheit. Im Zeitraum 2014-2019 veröffentlichte Prüfberichte. <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/sonderberichte/langfassung-gen-ab-2013/2019/2019-sonderbericht-gesundheitsausgaben-im-fokus-der-eu-rechnungshoefe-pruefungskompendium-des-kontaktausschusses> (abgerufen am 28.12.2020).

Kretzler, Matthias/Berger, Elke/Offermanns, Matthias/Heber, Robin/Krause, Clemens/Schulz, Mandy/Busse, Reinhard, 2020. „Deutschland und Dänemark: verschiedene Welten? Erschienen in „Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen“, Ausgabe 4-5/2020.

Kuntz, Benjamin/Rattay, Petra/Poethko-Müller, Christina/Thamm, Roma/Hölling, Heike/Lampert, Thomas, 2018. „Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2“ in Journal of Health Monitoring 3/2018. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5766> (abgerufen am 12.01.2021).

Lampart, Thomas / Kroll, Lars Eric, 2014. „Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung“. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3128/2_de.pdf?sequence=1&isAllowed=y (abgerufen am 12.01.2021).

Loos, Stefan/Albrecht, Martin/Zich, Karsten, 2019. „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung“. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich> (abgerufen am 26.01.2021).

Lüders, Kilian/Schroeder, Wolfgang, 2020. „Die Legitimität des Sozialstaats“. In Kneip, Sascha/Merkel, Wolfgang/Weßels, Bernhard (Hrsg.) „Legitimationsprobleme – Zur Lage der Demokratie in Deutschland. (Demokratiebarometer). Springer VS, Wiesbaden.

Manow-Borgwardt, Philipp, 1993. „Gesundheitspolitische Entscheidungen im Vereinigungsprozess“. Erschienen in Argument-Sonderband 199 / Jahrbuch Kritische Medizin; Bd. 19.

Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi/Schnabel, Manfred, 2014. Einleitung zu dem Band 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Verlag Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Medizin und Technik, 2020. „Superkrankenhäuser sollen die Versorgung der Patienten verbessern“. <https://medizin-und-technik.industrie.de/markt/auslandsmaerkte/die-neuen-superkrankenhaeuser-in-skandinavien-sollen-die-versorgung-der-patienten-verbessern/> (abgerufen am 29.01.2021).

Meyer, Charles, 2004. „Kündigung: Die üble Zeit danach“. Gastbeitrag erschienen auf HZ (digitales Wirtschaftsportal von Handelszeitung und Bilanz). <https://www.handelszeitung.ch/unternehmen/kuendigung-die-ueble-zeit-danach> (abgerufen am 02.02.2021).

Museum für Archäologie Herne, 2020. Ausstellungstexte zur Pest-Sonderausstellung, welche wegen dem Ausbruch der Corona-Pandemie vorzeitig geschlossen werden musste. https://pest-ausstellung.lwl.org/media/filer_public/09/30/09301311-0a58-4093-97b7-cca43bc642d6/pest_ojekttext-booklet.pdf (abgerufen am 28.02.2021).

Neue Zürcher Zeitung (NZZ), 2019. „Die Kaffee- und Schokoladendynastie Jacobs krempelt die Zahnarztbranche um.“ Neue Zürcher Zeitung, Ausgabe vom 19.10.2019.

NorthData, 2021 (01). Informationen über Daniel Wichels, Stand 18.2.2021 (Datum des Abrufs) <https://www.northdata.de/Wichels,+Daniel,+Hamburg/ivu>.

NorthData, 2021 (02). Informationen über Dominique Nicole Friederich, Stand 18.2.2021 (Datum des Abrufs) <https://www.northdata.de/Friederich,+Dominique+Nicole,+Hamburg/1cpu>

Pestalozza, Christian, 2007. „Das Recht auf Gesundheit“ erschienen in Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. https://www.jura.fu-berlin.de/fachbereich/einrichtungen/oeffentliches-recht/emeriti/pestalozzac/materialien/staatshaftung/Pestalozza_Bundesgesundheitsbl_2007.pdf (abgerufen am 27.02.2021).

Quintessence Publishing Deutschland, 2019. „Neuer Investor bei Zahneins-Gruppe“. <https://www.quintessence-publishing.com/deu/de/news/nachrichten/wirtschaft/neuer-investor-bei-zahneins-gruppe> (abgerufen am 18.02.2020).

Reiß, Thomas, 2020. Das Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive, Charts für DGB-Veranstaltung am 27.08.2020.

Rhön-Klinikum AG, 2020. Geschäftsbericht 2019. https://www.rhoen-klinikum-ag.com/fileadmin/FILES/RKA/investoren/Geschaeftsberichte/GB_2019_D.pdf (abgerufen am 22.02.2021).

Richter, Mattias/Hurrelmann, Klaus, 2009. „Gesundheitliche Ungleichheit“ – Grundlagen, Probleme, Perspektiven“ 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Robert Koch-Institut (RKI), 2007. Nationaler Pandemieplan, Stand Mai 2007. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6227/Pandemieplan2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (abgerufen am 12. Mai 2021).

Robert Koch-Institut (RKI), 2017. Nationaler Pandemieplan I, Hrsg. Robert Koch Institut, Berlin. https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan_teil-i_1510042222_1585228735.pdf (abgerufen am 12.05.2021).

Robert Koch-Institut, 2019. „Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland - Aktuelle Trends.“ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload-sJ/FactSheets/JoHM_01_2019_Entwicklung_Lebenserwartung.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 23. Februar 2020).

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, 2017. Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich - Endbericht - Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf (abgerufen am 15.02.2021).

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, 2019. Krankenhaus Rating Report 2019: Deutschen Krankenhäusern geht es wieder schlechter. <https://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/357/> (abgerufen am 16.02.2021).

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, 2020. Krankenhaus Rating Report 2020: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich weiter verschlechtert. <https://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/400/> (abgerufen am 16.02.2021).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2014. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Kurzgutachten. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf (abgerufen am 02.12.2020).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am 27.01.2021).

Sana, 2020. Geschäftsbericht 2019. („Wir sind Veränderung“). https://www.sana.de/media/Unternehmen/SA_M_Jahresbericht-2019_Gesamt_Hauptaufgabe_Doppelseiten_Korr.pdf (abgerufen am 21.01.2021).

sana.de, 2021. „Unser Unternehmen auf einen Blick/Zukunft sichern – Vorteil Privatisierung.“ <https://www.sana.de/unternehmen/vorteil-privatisierung> (abgerufen am 11.01.21).

Schäuble, Wolfgang, 1994. „Und der Zukunft zugewandt“. Siedler Verlag, München.

Scheuplein, Christoph, Evans, Michaela, Merkel, Sebastian, 2019. „Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor - Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 – 2018. IAT Discussion Paper 19|01, Institut für Arbeit und Technik, Gelsenkirchen. https://www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf (abgerufen am 16.06.2021).

Schönbach, Karl-Heinz, 2020. „Krankenhausreform: Impulse aus Dänemark“. Erschienen in „Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen“, Ausgabe 4-5/2020.

Schulten, Thorsten/Böhlke, Nils, 2009. „Überblick über Privatisierungen im deutschen Krankenhausbereich“. https://www.boeckler.de/pdf/v_2009_01_22_schultenboehlke.pdf (abgerufen am 02.02.2021).

Simon, Michael, 2020. „Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Working Paper Forschungsförderung Nr. 196, November 2020. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_196_2020.pdf (abgerufen am 19.12.2020).

Sozialatlas Berlin, 2019. „Bezirksprofile“. <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/basisberichte/bezirksprofile-746876.php> (abgerufen am 12.01.2021).

Statistisches Bundesamt, 2020 (1). Pressemitteilung Nr. 437 vom 4. November 2020. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/11/PD20_437_231.html;jsessionid=19B504742C56E68D2939359184E028A8.internet722 (abgerufen am 10.02.2020).

Statistisches Bundesamt, 2020 (2). Grunddaten der Krankenhäuser (2018). Fachserie 12, Reihe 6.1.1. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611187004.pdf?__blob=publicationFile (Link geprüft am 29.06.2021).

Stern, 2019. „Medizin für Menschen“. Bericht der Zeitschrift „Stern“ über den Ärzte-Appell „Rettet die Medizin“. Erschienen am 15.09.2019.

Stern, 2021. „Mensch vor Profit“. Appell von Pflegefachkräften, veröffentlicht in der Zeitschrift „Stern“. Erschienen am 14.01.2021.

Stumpfegger, Niko, 2009. „Wenn die Gründerzeit zu Ende geht“. In Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hrsg.) Privatisierung von Krankenhäusern, VSA Verlag 2009, Hamburg.

Sturm, Stephan, 2020. „Im Gesundheitswesen wird in vielen Bereichen verschwenderisch gearbeitet“. Interview mit dem Tagesspiegel, erschienen am 09.02.2020. <https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/fresenius-chef-stephan-sturm-im-gesundheitswesen-wird-in-vielen-bereichen-verschwenderisch-gearbeitet/25527172.html> (abgerufen am 15.01.2020).

Unabhängige Expertenkommission für das Ernst von Bergmann Klinikum gGmbH (Bergmann-Kommission), 2020. „Abschlussbericht zum Sars-CoV-2-Ausbruch am Klinikum Ernst-von-Bergmann im Frühjahr 2020“. <https://www.potsdam.de/sites/default/files/documents/abschlussberichtexpertenberichtkevb.pdf> (abgerufen am 23.12.2020).

ver.di, 2016. „Aktion Überstunden.“. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++cf611028-c16f-11e6-bf70-525400ed87ba> (abgerufen am 16.02.2021).

Vogd, Werner, 2014. „Stress im System – Oder wie verändern sich Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen“. In 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Alexandra Manzei/Rudi Schmiede (Hrsg.), Verlag Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Wilkinson, Richard/Marmot, Michael, 2004. „Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten“. 2. Ausgabe. WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark. <https://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts> (abgerufen am 06.01.2021).

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2019. „Private Equity im deutschen Gesundheitswesen“. Dokumentation WD 9 -3000 - 037/19. <https://www.bundestag.de/resource/blob/651550/fe2f480568b6fa35028796f721584274/WD-9-037-19-pdf-data.pdf> (abgerufen am 15.01.2021).

zm-online, 2019. „Wir vertreten mehr als zehn aller Z-MVZ in Deutschland!“ <https://www.zm-online.de/archiv/2019/04/titel/wir-vertreten-mehr-als-10-prozent-aller-z-mvz-in-deutschland/> (abgerufen am 18.02.2020).

AUTOR

Hilmar Höhn ist ausgebildeter Verlagskaufmann und Zeitungsredakteur. Nach seiner Tätigkeit für die Frankfurter Rundschau wechselte er zu den Gewerkschaften. Zuletzt war er Leiter der Abteilung Politik beim Hauptvorstand der Industriegewerkschaft Bergbau Chemie Energie (IG BCE). Seit 2019 arbeitet Hilmar Höhn als freiberuflicher Autor. Unter anderem für die Hans-Böckler-Stiftung.

IMPRESSUM

Ausgabe

Ein demokratisches
Gesundheitssystem für alle
Dossier Nr. 10, Juli 2021

Herausgeber

© Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18
40474 Düsseldorf
www.boeckler.de
ISSN 2628-8346

Pressekontakt

Rainer Jung
49 (211) 7778-150
rainer-jung@boeckler.de

Autor

Hilmar Höhn
hilmarhoehn@icloud.com

Lektorat:

Dr. Susanne Fuß, Fonoskript

Bildmaterial

Seite 3, 4, 5, 17, 18, 25, 29,
30 (Ricochet64 - stock.ado-
be.com), 34, 36, 44, 48, 50,
58, 63: Adobe Stock
Seite 12: AOK
Seite 37: Kay Herschelmann
Seite 52: Gerti Kuhl

Satz

teamADwork werbe GbR
Düsseldorf



»Ein demokratisches Gesundheitssystem für alle« von Hilmar Höhn ist lizenziert unter Creative Commons Attribution 4.0 (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.