

Privatisierung von Kliniken

Einleitung

„Private Klinikkonzerne in den Starlöchern“ titelt die Ärztezeitung, und „Die nächste Privatisierungswelle kommt bestimmt“ das Deutsche Ärzteblatt. Auf dem Deutschen „Klinikmarkt“ herrscht Goldgräberstimmung. Klinikübernahmen von Privaten Trägern gehören inzwischen zur Tagesordnung, auch in der jüngsten Vergangenheit: März 2011 Helios übernimmt die Rottweil Kliniken, Oktober 2011 Helios übernimmt die Klinikette Damp mit elf Standorten, Oktober 2011 Helios übernimmt 51% der katholischen Klinikums Duisburg, Rhön geht eine Minderheitsbeteiligung von 49% an den Dr. Horst-Schmider-Kliniken in Wiesbaden ein.

Schuld an der rasanten Übernahmen durch private Klinikkonzerne ist die Tatsache, das viele Kliniken in öffentlicher Hand oder in der Hand eines freigemeinnützigen Trägers rote Zahlen schreiben. Die Kommunen haben durch die Wirtschaftskrise Probleme mit ihrem Haushalt. Den Kliniken geht es schlecht. Der letzte Krankenhaus Ratingreport spricht davon, dass bei 12% der deutschen Krankenhäuser Insolvenzgefahr bestünde. Bei kleinen Häusern in kommunaler Trägerschaft und im ländlichen Raum sei dies sogar bei 20% der Fall.

Was den kommunalen Krankenhäusern fehlt, ist das Geld. Geld, um zu investieren, Geld, um den laufenden Betrieb aufrecht zu erhalten. Den Investitionsstau wird von Verdi deutschlandweit mit 50 Mrd. Euro beziffert. In Baden Württemberg ist die Lage besonders prekär. Während das RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) dem Land Sachsen die beste wirtschaftliche Lage seiner Krankenhäuser attestierte, seien die Krankenhäuser im „Musterlände“ Baden Württemberg“ wirtschaftlich schlecht aufgestellt, ja sie hätten sich sogar noch verschlechtert und seinen in dem letzten Bericht des RWI würden Baden Württembergs Krankenhäuser das Schlusslicht darstellen.

Nach neueren Schätzungen habe die frühere Landesregierung aufgrund jahrelanger Versäumnisse bei der Krankenhausfinanzierung einen Antragsstau von rund einer Milliarde Euro hinterlassen.

Ein breites Bündnis von Gewerkschaft bis Krankenhausgesellschaft, appelliert deshalb im November 2011 in einer Pressemitteilung an unsere neue Landesregierung in Baden Württemberg den Stau bei den Bauinvestitionen noch in dieser Legislaturperiode abzubauen. Dies sei sehr wichtig, um die Patientenversorgung technisch und medizinisch auf dem neuesten Stand zu halten.

Vergleicht man die Investitionsrate von Deutschland mit der Gesamtinvestitionsrate in der EU, so wurden die Investitionen in Deutschland von 1984 bis 2004 von 2,6 auf 1,3 zurückgefahren, während sie im übrigen Europa von 1994 bis 2004 von 2,6 zu 2,5 annähernd gleich blieben. Die neue Landesregierung hat entsprechend dem Koalitionsvertrag die Mittel der Krankenhausförderung bereits erhöht und will sie bis 2016 Schritt für Schritt anpassen.

Investitionen im Ländervergleich

Jahr	EU	Deutschland	USA	Japan
	in Prozent des Bruttoinlandsprodukts			
1984	k.A.	2,6 %	2,3 %	4,9 %
1994	2,6 %	2,5 %	2,4 %	6,3 %
2004	2,5 %	1,3 %	3,3 %	3,5 %

ver.di Konzernbetreuung
Gesundheitswirtschaft 2007

Quelle: Europäische Kommission, Generaldirektion ECFIN, Wirtschaft und Finanzen, Statistischer Anhang zu "Europäische Wirtschaft" Frühjahr 2006, Tabelle 71 Bruttoanlageinvestitionen des Staates.

Aus: N. Böhlke et al (2009): Privatisierung von Krankenhäusern, VSA Verlag

Doch nicht nur im Bereich der Investitionen leiden die Krankenhäuser unter einer Unterfinanzierung. Es geht auch um die laufenden Kosten, die im Sinne der dualen Finanzierung von den Beiträgen der Krankenkassen gedeckt werden sollen. In jährlichen Verhandlungen werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene entschieden. Aus Sicht der der Krankenhausbetreiber befindet sich das System schon seit Jahren in einer „finanziellen Schieflage“, die immer bedrohlichere Formen annähme. Seit 1992 gäbe es bei den Krankenhäusern eine Budgetdeckelung, die der von Jahr zu Jahr angepasst wird. Allerdings ließen sich durch die von der Bundesregierung festgesetzten Budgetsteigerung von gerade einmal 0,9% im Jahr 2011 und voraussichtlich 1 Prozent im Jahr 2012 wohl kaum die steigende Tariflöhne finanzieren, wenn zugleich die Inflationsrate bei rund 2,5% liege und die Sach- und Energiekosten explodierten. Inzwischen seien auch die „Flaggschiffe“ der Kliniklandschaft im Südwesten mit mehr als 600 Betten in Bedrängnis geraten. Auch die Bündelung der Krankenhäuser zu größeren Einheiten sei kein Allheilmittel mehr. Alle Möglichkeiten seien ausgeschöpft.

In einer Umfrage hat die Krankenhausgesellschaft von Baden Württemberg ermittelt, dass für 2011 rund 65% der Krankenhäuser und jeweils etwa 80% der Reha- und Pflegeeinrichtungen davon ausgehen, keinen positiven Jahresabschluss erreichen zu können. Für 2012 sind die Erwartungen in allen drei Bereichen sehr pessimistisch. Wenn nichts geschehe, fehlten allein den Krankenhäusern im Land im Jahr 2012 mindestens 210 Millionen Euro. Das seien im Durchschnitt 700.000 Euro pro Krankenhaus in Baden-Württemberg.

Die Krankenhausgesellschaft von Baden Württemberg fordert deshalb, den gesetzlich festgelegten vom Statistischen Bundesamt errechneten Kostenorientierungswert für Personal- und Sachkostenerhöhungen endlich anzuwenden und eine Berichtigungsrate zum Abdecken der Tarifsteigerungen gesetzlich zu verankern.

Die öffentlichen Träger sind in großer Not. Erstens besteht ein Investitionsstau, der je nach Krankenhaus unterschiedlich ausgeprägt ist. Zweitens leiden sie darunter, den laufenden Betrieb finanziell ausgeglichen zu betreiben. Die öffentlichen Betreiber müssen

ihren Krankenhäuser immer mehr finanziell unterstützen. Das ist für die klammen Kassen der Kommunen eine große Belastung.

Unsere neue Landesregierung hat sich der Problematik der Krankenhäuser für ihren Zuständigkeitsbereich angenommen, indem sie eine Aufstockung der Investitionsförderung angekündigt hat. Außerdem möchte sie die Förderkriterien und Förderschwerpunkte umgestalten:

„Das bislang chronisch unterfinanzierte Landeskrankenhausprogramm werden wir auf der Basis neuer, zukunftsorientierter Förderkriterien und Förderschwerpunkte ausbauen und den über Jahre aufgelaufenen Investitionsstau sukzessive abtragen. Dafür werden wir bis 2016 die Investitionsmittel Schritt für Schritt erhöhen und sie zur Entwicklung einer abgestimmten Versorgungsstruktur nutzen.“

(Koalitionsvertrag Seite 48).

Privatisierung als Lösung Problems

Immer wieder taucht bei den Kommunen die Frage auf, ob man sich durch eine Privatisierung des Problems der defizitären Krankenhäuser entledigen kann. Damit würde der Investitionsstau aufgelöst und die Haushaltslage alljährlich entlastet werden, insbesondere dann, wenn die Krankenhäuser ein Zuschussgeschäft sind.

Aufgrund dieser Problematik sehen wir uns als LAG Gesundheit dazu aufgerufen, zu den Entwicklung im Krankenhausbereich Stellung zu nehmen und uns mit der Privatisierung von Krankenhäusern auseinander zu setzen. Wir haben die Daten, Fakten und Einzelberichte, die es dazu gibt, analysiert und kritisch bewertet und daraus eine Handlungsempfehlung abgegeben.

Grundlagen

Aus dem Koalitionsvertrag:

Die Koalition bekennt sich zur Trägervielfalt der Krankenhäuser. Die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern wird kritisch begleitet.

Aus den Förderkriterien zur Krankenhausfinanzierung (06.03.2012)

„5. Trägerpluralität

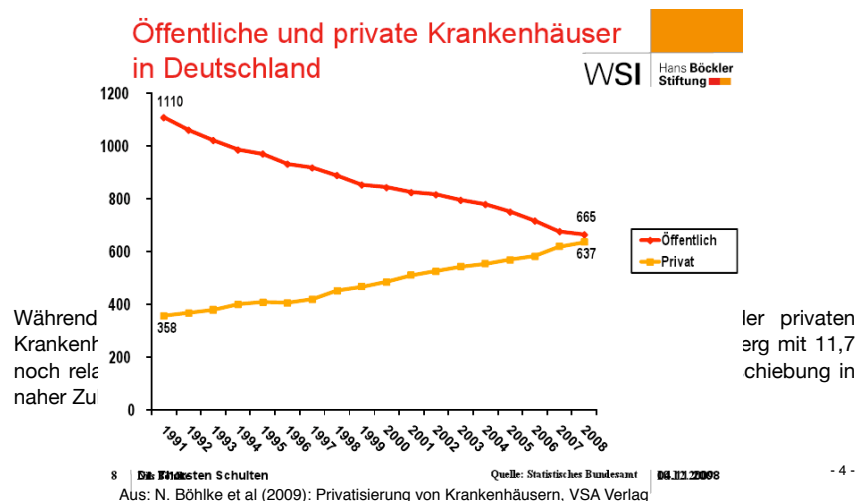
Bei Aufstellung der Krankenhausbauprogramme ist auch die Vielfalt der pluralen Krankenhauslandschaft angemessen zu berücksichtigen. Darüber hinaus können Bauvorhaben von Klinikträgern, die sich in der Vergangenheit durch eine besondere Verantwortung für die Interessen der Patienten und des Personals ausgezeichnet haben, ggf. eine gezielte Unterstützung erfahren.“

Privatisierung von Krankenhäuser in Deutschland

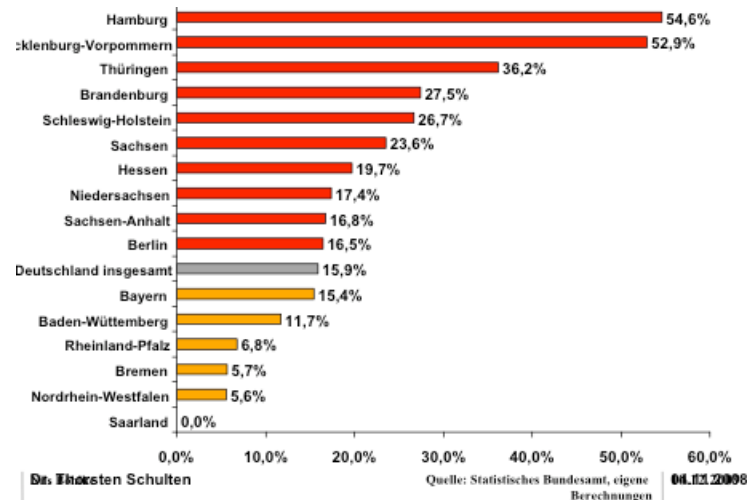
Es sei an dieser Stelle eine kurze Begriffsdefinition von „Privatisierung“ vorangestellt, da es verschiedene Formen der Privatisierung gibt. Man unterscheidet zwischen „formaler Privatisierung“, „Outsourcing“ und „materieller Privatisierung“. Bei der formalen Privatisierung bleibt das Krankenhaus weiterhin in der öffentlichen Trägerschaft, hat aber eine eigenständige (oft) private Rechtsform und eine weitgehende Autonomie des Managements. Beim Outsourcing werden bestimmte Bereiche an Fremdfirmen vergeben, z. B. Reinigung, Küche, Labor etc. Die „materielle Privatisierung“ ist der Verkauf öffentlicher Häuser an private Träger. Dabei unterscheidet man jedoch zwischen freigemeinnützigen Häusern, bei denen es sich meist um kirchliche Träger ohne Überschussabsicht handelt und den Trägern, die eine Profitabsicht haben, indem sie z. B. als Börsen notierte Unternehmen den Renditeanspruch ihrer Anleger bedienen müssen. Um Letzteres soll es gehen und in diesem Sinne verwenden wir auch im Folgenden den Begriff „Privatisierung“.

Entwicklung

Die vier größten Unternehmen dieser Branche sind: die Helios Kliniken, die Rhön Klinikum AG, Asklepios und die Sana Kliniken AG. In Deutschland haben wir wie in keinem anderen Land eine Zunahme der Privatisierung von Krankenhäusern. Während 1991 der Anteil der privaten Krankenhäuser noch bei etwa 33% Drittel lag, haben sie nach einer Untersuchung der Hans Böckler Stiftung 2008 im Vergleich zu den Öffentlichen die 50% Marke überschritten. Inzwischen dürften sie einen deutlich höheren Marktanteil haben und wollen diesen durch Zukäufe weiter ausbauen. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser haben sich in ihrer Zahl nicht wesentlich verändert.



Marktanteil der privaten Krankenhäuser nach Betten (2008)



Aus: N. Böhlke et al (2009): Privatisierung von Krankenhäusern, VSA Verlag

Finanziell gesehen stehen die privaten Kliniken meistens gut dar. Sie haben diesbezüglich zwei Vorteile gegenüber denen der öffentlichen Hand: Sie haben für Investitionen viel Geld zur Verfügung, können also den Investitionsstau leicht abbauen und schaffen sich damit strukturelle Vorteile auch im laufenden Betrieb (z. B. niedrigere Energiekosten, kürzere Wege). Ein weiterer Vorteil ist der günstige Verkaufspreis der Kliniken, die oft unter dem Marktwert lagen.

Beispiel: Privatisierung Uniklinik Marburg/Gießen: „Beide Klinikstandorte hatten zum Zeitpunkt des Verkaufes einen geschätzten Verkehrswert von 700 bis 1000 Mio. €. Die Rhön AG zahlte allerdings nur 112 Mio. €, von denen das Land Hessen postwendend 100 Mio. € zur Förderung von Forschung und Lehre am UKGM stiftete. Unterm Strich erbrachte der Verkauf der Kliniken also nur 12 Mio. €. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die Rhön AG vertraglich nicht verpflichtet wurde, am Uniklinikum Forschung und Lehre sicherzustellen. Die hessische Landesregierung rechtfertigte den niedrigen Kaufpreis damit, dass sich die Rhön AG zu Investitionen von 367 Mio. € in den nächsten Jahren verpflichtet habe.“ (Quelle Homepage der Bürgerinitiative „Notruf 113“: <http://notruf113.org>)

Allgemeine Befürchtungen

Private Kliniken erwirtschaften eine Rendite zwischen 10-15%. Vertreter der Rhönkliniken sprechen sogar öffentlich von bis zu 30%. Damit sind sie als Anlagemöglichkeit sehr attraktiv und insbesondere krisensicher.

Die Sorge der Kritiker von Privatisierung ist, dass die Gesundheit der Patienten zunehmend nicht mehr im Mittelpunkt des Interesses eines Krankenhauses steht, sondern die Rendite die gesteigert werden solle. Der Patient als „Cash Cow“.

Prof. Dr. Dr. Gerlach: „Das Spezielle Problem der privaten Kliniken ist, dass die Renditeerwartung mit den Renditeerwartungen auf dem Kapitalmarkt konkurrieren müssen. Und da mag es im Zweifelsfall vorkommen, dass den Renditeerwartungen Vorzug gegeben wird vor der Patientenversorgung.“

(Quelle: Internetvideo Deutsches Ärzteblatt).

In einem „Brandbrief“ von 688 unterzeichnenden Ärzten der Helios-Klinik-GmbH wird dies so ausgedrückt: **„An die Stelle medizinisch motivierter Entscheidungen tritt zunehmend ein Kampf um die Einhaltung betriebswirtschaftlicher Vorgaben und Benchmarkerfüllungen.“**

Ähnliche Kritik kommt von den Krankenhausdirektoren des Universitätsklinikum Marburg Gießen: Die aktuelle Krise des Klinikums bezeichnen sie als Interessenkonflikt zwischen den Renditeerwartungen der Rhön-Klinikum AG und dem Bestreben der dort tätigen Mediziner und Pflegenden zu einer qualitätsorientierten Hochleistungsmedizin. Dazu passend ist die Tatsache, dass trotz steigender Patientenzahlen und einem Rekordgewinn im letzten Jahr von 15,2 Millionen die Rhön-Klinikum AG einen drastischen Stellenabbau am Uniklinikum Gießen und Marburg plant. „Stellen werden bereits schleichend abgebaut. Zu der schon vorhandenen Überbelastung der Beschäftigten sollen nun weitere 500 Stellen gestrichen werden.“ (Quelle Homepage der Bürgerinitiative „Notruf 113“: <http://notruf113.org>)

Prof. Dr. Peter Sawicki, der ehemalige Chef des IQWiG, jetzt Universität Köln, in einem Fernsehinterview (Quelle: Der Patient als Ware-ZDF-Dokumentation über Profi und Patientenwohl an deutschen Privatkliniken, 25.05.2010)

„Es besteht ein Druck auf die handelnden Ärzte, sich ökonomisch zu verhalten, d. h. die Klinik muss einen gewissen Gewinn machen. Der Patient und die Maßnahmen, die man mit ihm macht, müssen sich lohnen. Das kann die Ärzte dazu verführen, bestimmte Dinge zu tun, auch wenn sie nicht notwendig sind und die Patienten schädigen. Das kann aber auch sein, dass bestimmte Patienten nicht in der Art behandelt werden, wie es notwendig wäre. Und das ist ein Verstoß gegen die ärztliche Ethik und kann zu Patientenschädigung führen und die gesamte Medizin in Deutschland verschlechtern.“

Außerdem berichtet Sawicki von Studien aus den Vereinigten Staaten und Kanada, die auf eine erhöhte Sterblichkeit bei gewinnorientierten Kliniken hindeuten.

Verdi-Vorstandsmitglied Ellen Paschke: „Ich bin dagegen, dass aus den Mitteln der Krankenversicherung die Rendite von Aktionären bezahlt wird.“ (Quelle Tagesspiegel vom

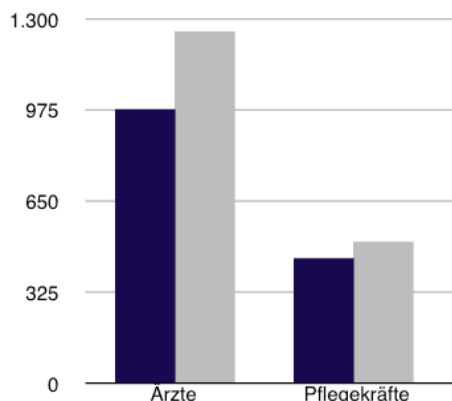
26.04.2012)

Wie kommen die hohen Rendite zustande?

1. Weniger Personal:

Tatsache ist, dass eine Private Klinik mit weniger Personal auskommen muss als in Kliniken öffentlichen Trägerschaft. Laut statistischen Bundesamt behandelt ein Arzt in einer öffentlichen Klinik 982 Patienten, während es in privaten Kliniken 1258 sind. Das sind 30% mehr Patienten. Auch die Pflegekräfte müssen deutlich mehr Patienten versorgen. So sind es in öffentlichen Krankenhäuser 449 Patienten pro Vollkraft in öffentlichen Kliniken, während es bei den Privaten 511 sind.

Durchschnittliche Versorgung von Patienten pro Jahr im Vergleich öffentlicher Kliniken ■ und privater Kliniken ■



Oft geht eine Klinikübernahme mit einem deutlichen Stellenabbau einher. Dies geschieht in der Regel nicht in Form von Betriebs bedingten Kündigungen, sondern dadurch, dass ausscheidende Mitarbeiter nicht wieder durch neue Kollegen ersetzt werden.

Beispiel: Privatisierung Klinikum Berlin. Dort verloren innerhalb von 10 Jahren nach der Übernahme durch den Helios-Konzern 1000 Mitarbeiter ihre Arbeitsstelle.

„Betriebsbedingte Kündigungen sind im Krankenhaus Buch laut Kaufvertrag ausgeschlossen, doch die natürliche Personalfuktuation reicht den neuen Betreibern bald nicht mehr. Der neue Verwaltungsleiter Jörg Reschke hebt den Kaufvertrag aus mit vier so genannten „Sprintprämienaktionen“ zwischen Herbst 2003 und Dezember 2005. Gegen Zahlung von meist fünfstelligen Summen verlassen viele Mitarbeiter das Unternehmen, auch Hochqualifizierte. Bis Ende 2005 sinkt die Zahl der Mitarbeiter auf rund 2200.

Die Zahlung solcher „Sprintprämien“ dürfte Helios nicht schwergefallen sein. Denn für die im Kaufvertrag festgeschriebene „Beschäftigungssicherung“ und den Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen bis Ende 2005, der nach dem Verkauf der Kliniken als Verhandlungserfolg gefeiert worden war, muss das Land Berlin teuer bezahlen: Mehr als 18 Millionen Euro stehen dem Klinikkonzern laut Kaufvertrag für die „Beschäftigungssicherung“ zu – trotzdem wird massiv Personal abgebaut. Möglich macht das ein schlecht formuliertes Vertragswerk, dem das Land zugestimmt hat. Im Kaufvertrag sei „Stillschweigen“ vereinbart worden, so eine Helios-Sprecherin.“ (Quelle: Tagesspiegel 21.06.2011).

„Mindestbesetzungen“ werden zum Standard gemacht, schreibt ein Betriebsratsvorsitzende einer Klinik von Helios. „Ausfälle durch Krankheit sind kaum noch kompensierbar.“ Auch das Vertrauen in das eigene Haus ist erschüttert: in einer Umfrage des Betriebsrates einer Helios-Klinik würden sich 69% der „einfachen“ Pflegekräfte und 30% der Führungskräfte nicht im eigenen Krankenhaus behandeln lassen.

Auch von anderen Privatkliniken werden die klagen über den Personalnotstand laut. Erst kürzlich verfassten die Klinikdirektoren des privatisierten Universitätsklinikums Marburg-Gießen „22 Thesen zur Krise“, in dem sie das Projekt der Privatisierung Marburg-Gießen ganz in Frage stellten. Die Privatisierung habe zu einer „erheblichen Verdichtung“ der Arbeit von Ärzten und Pflegekräften geführt. Das Stadtparlament von Marburg fordert die Landesregierung auf, die Privatisierung zurück zu nehmen.

Da die Personalkosten eines Krankenhauses bei etwa 60% der Gesamtkosten liegen, machen sich Einsparungen in diesem Bereich sehr deutlich bemerkbar. An dieser Stellschraube wird gerne reguliert, um die Gewinne noch weiter zu steigern (siehe Marburg-Gießen).

2. Niedrigere Löhne

Das Personal bekommt eine geringere Entlohnung. Im Kernbereich der Krankenhäuser (Ärzte, Pflege, Funktionsdienste, medizinischer -technischer Dienst) bemühen sich die Gewerkschaften zunehmend eine Bezahlung auf Branchenniveau zu erreichen. Im Ärztlichen Dienst ist dies weitestgehend gelungen. Hier wird sogar leicht überdurchschnittlich bezahlt. Im Bereich der Pflege liegen die privaten Krankenhäuser jedoch noch 8% unter dem Branchendurchschnitt.

Allerdings setzten die privaten Kliniken auf die Auslagerungen von Leistungen (Outsourcing), die sie zu deutlich niedrigeren Preisen bekommen. Einige Konzerne haben eine konzerneigene Leiharbeitsfirma gegründet, die die Beschäftigten jenseits von Tarifregelungen beschäftigt und unter dem Branchenniveau entlohnt.

Gerade bei Servicekräften, die aber auch im Kontakt mit den Patienten stehen, findet dies große Anwendung. Es werden schlecht bezahlte eignes gebildete Berufsgruppen geschaffen, die die Arbeit von Pflegekräfte übernehmen sollen. Der Qualitätsverlust wird hin genommen.

3. Weniger betriebliche Altersvorsorge

Insbesondere in dem Servicebereich gibt es immer weniger Beschäftigte, die eine betriebliche Altersvorsorge bekommen. Und auch den anderen Beschäftigungsgruppen wird eine betriebliche Altersvorsorge unter dem Branchenniveau angeboten. Damit steigt die Gefahr der Altersarmut.

4. Beschäftigung von jungen, unerfahrenen Mitarbeitern

Es werden gezielt junge Mitarbeiter angestellt, da diese weniger Kosten. Bei der Übernahme wird den älteren Mitarbeitern lieber Abfindungen bezahlt, als sie weiter zu beschäftigen.

Dadurch geht den Krankenhäusern die Erfahrung von älteren Mitarbeitern verloren, die bei der Versorgung von Patienten extrem wichtig ist.

5. Unterdurchschnittliche Beteiligung an der Ausbildung

Die privaten Kliniken beteiligen sich unterdurchschnittlich an der Ausbildung von Pflegekräften. Im Jahre 2006 hatten die 504 privaten Kliniken gerade einmal 94 Ausbildungsstätten (das sind 8,1%), während die öffentlich betriebenen 617 Kliniken 416 anboten (56%). Dadurch leisten sie den Fachkräftemangel Vorschub.

6. Selektion von Krankenhäusern?

Konzerne kaufen selektiv Krankenhäuser, bei denen sie sich auf „ertragreiche“ Krankheitsarten konzentrieren können. Außerdem wählen sie strategisch günstige Lagen (hohe Fallzahlen, schwache Wettbewerber im Umfeld). Zu den Strategien einiger Konzerne gehört es auch, Sitze von niedergelassenen Ärzten zu kaufen, um die Einweisung von Patienten in Krankenhäuser des eigenen Konzerns zu sichern. Es ist nicht verwunderlich, dass Privatkonzerne weniger Krankenhäuser der Maximalversorgung betreiben, die nicht so lukrativ sind und am meisten unter dem Investitionsmangel der Länder leiden. Sie suchen sich eher spezialisierte Kliniken (z. B. Orthopädie, Herz-Kreislaufkrankungen), mit denen sich leichter Geld machen lässt.

Damit dienen sie primär ihren eigenen Interessen und nicht denen der Allgemeinheit, die eine flächendeckende Versorgung aller Regionen und aller Krankheitsbilder braucht.

Private Kliniken kaufen nur Kliniken, die nach Beseitigung der Investitionsmängel rentabel sind.

7. Investitionsförderung

Dürfen private Kliniken, die 10-15% Rendite aus dem Unternehmen herausziehen, um sie an ihre Aktionäre zu verteilen, eine Investitionsförderung erhalten? Die Antwort ist „ja“. Krankenhauskonzerne haben wie alle anderen Krankenhäuser auch Anspruch auf eine Investitionsförderung durch die Länder. Und sie nehmen diese Förderung auch intensiv in Anspruch, wie es in ihren Geschäftsberichten ausgewiesen ist. Der Anteil von öffentlichen Mitteln an den Gesamtinvestitionen beträgt: Rhön 2007 30,3% (2006): 57,6%), Fresenius/Helios 2007 46% (2006: 47,4%), Sana 2007 38% (2006 44%).

Sie erreichen damit Anteile an der Investitionsförderung, die oft höher liegen als bei öffentlichen Häusern.

Patientenzufriedenheit

Laut dem Wissenschaftler Prof. Brunner, der im Auftrag der Gmünder Ersatzkassen die Patientenzufriedenheit untersuchte, wird diese schon innerhalb eines kurzen Beobachtungsintervalls zunehmend schlechter. Eine weiterführende wissenschaftliche Mitarbeiterbefragung mittels standardisierter Interviews wird abgelehnt.

Was die Bürger wollen

Wenn ein Krankenhaus privatisiert wird, ruft dies meist eine Protestwelle von Bürgerinnen und Bürger dagegen auf. Je nachdem, wie Bürgerbegehren, Bürgerentscheide oder Volksentscheide in den Ländern und den Kommunen rechtlich verankert sind, kann der Souverän sein Recht durch eine direkte Entscheidung ausüben. Mitunter sind jedoch die plebiszitären Elemente so bürgerfeindlich ausgerichtet, dass diese Instrument wenig zum Einsatz kommt oder einfach ignoriert wird.

2003 fand sich in dem Bürgerentscheid „Gesundheit ist keine Ware“ (2003) eine deutliche Mehrheit gegen die Privatisierung der Hamburger Kliniken. Diese Entscheidung wurde jedoch einfach von der parlamentarischen Mehrheit ignoriert bzw. umgehend aufgehoben. Rückendeckung dafür bekam der Hamburger Senat vom Hamburger Verfassungsgericht, der dem Ergebnis des Volksentscheides keine erhöhte Legitimität zugesprochen hat. Damit wurde der klare Wille des Volkes gebrochen und die Kliniken an Asklepios verkauft.

Beim Verkauf des Universitätsklinikums Marburg/Gießen scheiterte der Antrag auf ein Volksbegehren daran, dass die 130.000 Unterschriften, die in Hessen dafür notwendig sind, nicht zustande kamen.

(Quelle: T. Brandt et al (2008): Europa im Ausverkauf)

Anders war es in Rottal-Inn in Bayern. Unter dem Motto „Krankenhäuser in Bürgerhand“ schaffte es die Bürgerinitiative zu einem sagenhaften Ergebnis von fast 90%, die gegen die Privatisierung der Kliniken stimmten. Die Kliniken wurden nicht verkauft.

Die Privaten behaupten, sie könnten es besser

Mit großem Selbstbewusstsein verkünden Private Investoren von ihren Erfolgen und Fähigkeiten, so auch kürzlich in der „Schwäbischen Zeitung“ vom 06.04.2012, in der es um ein mögliches Interesse von Sana an den Kliniken in Biberach ging:

„Eine Vielzahl an vergleichbaren Beispielen zeigt, dass es im Schulterschluss der Sana und kommunaler Träger möglich ist, Kliniken im Interesse der Patienten vor Ort zum einen modern und medizinisch-innovativ zu gestalten und zum anderen auch wirtschaftlich zu betreiben. Je größer die Familie, desto stärker ist der Verbund.“

Dass dies kommunale Kliniken genauso gut sein können und insbesondere auch ein defizitäres Klinikum in öffentlicher Hand aus sich heraus saniert werden kann, zeigt uns das Beispiel des städtischen Klinikums Stuttgart.

Im November 2003 wurde von einem „externen Gutachter“ für die Jahre 2005 bis 2010 ein Defizit des Klinikums von 98 Millionen Euro vorhergesagt. Interessanterweise war zu diesem Zeitpunkt die Sana GmbH mit dem Management des Klinikums beauftragt. Nachdem der Oberbürgermeister dem Management Versagen und schwere Fehler vorgeworfen hatte, trennte man sich voneinander. In einer Erklärung von 2004 dokumentierten 1300 Mitarbeiter eine einhellige Ablehnung der Privatisierung der Klinik:

„Wir, die Teilnehmer der Personalversammlung sprechen uns gegen die Umwandlung des Klinikums in eine GmbH aus. Wir wollen Beschäftigte der Stadt Stuttgart bleiben und nicht durch eine GmbH der Tariffucht und der Verschlechterung unserer Arbeitsbedingungen ausgesetzt werden. Wir wollen, dass die medizinische Versorgung der Stuttgarter Bürger weiterhin unter öffentlicher Kontrolle stattfindet und nicht zunehmend von marktwirtschaftlichen Überlegungen dominiert wird. Wir wollen, dass das Klinikum öffentliches Eigentum bleibt und nicht durch die GmbH-Bildung die Möglichkeit zum Verkauf geschaffen wird. Wir fordern die Stadt Stuttgart auf, alle Pläne zur Umwandlung des Klinikums in eine GmbH aufzugeben.“

Im Schulterchluss von Betriebsrat, den Mitarbeitern und dem Klinikumsmanagement konnte das Defizit, das sich über Jahre gebildet hatte, wieder langsam abgebaut werden. Von Anfangs 25 Millionen Euro Defizit konnte das Geschäftsjahr 2010 mit zuletzt -6,5 Millionen Euro abschließen. Wenn man die Abschreibungen aus Investitionen durch Eigenmittel abzieht, liegt das Defizit sogar nur noch bei 2 Millionen Euro (Stuttgarter Zeitung vom 03.11.2012). Damals wurde auch die Privatisierung als „Lösung des Problems“ angesehen. Es ging jedoch anders.

Die Behauptung, öffentliche Krankenhäuser können nicht wirtschaftlich geführt werden, ist dadurch widerlegt. Und viele andere Beispiele belegen das effiziente Management eines öffentlichen oder kirchlichen Hauses.

Man sollte bei der Gelegenheit genauer untersuchen, wie viele öffentliche Häuser vor ihrer Veräußerung an ein Profitorientiertes Unternehmen in Kooperation mit einem privaten Träger standen, die dann eine Mitverantwortung für die schlechte wirtschaftliche Situation trugen und warum dieses dann später Gewinne erwirtschafteten.

Zusammenfassende Beurteilung:

-Sowohl private als auch kommunale Kliniken leiden unter einem wirtschaftlichen Druck.

-Die privaten Kliniken haben jedoch zusätzlich zu dem laufenden Geschäft eine „Renditeerwartung“ zu erfüllen, da das Betreiben der Klinik mit Gewinnabsichten verbunden ist.

-Sie erhalten staatliche Förderungen durch die Länder und lassen sich durch die Krankenkassen finanzieren. Gleichzeitig schütten sie an ihre Aktionäre Rendite aus. Damit wird aus unseren Beitrags- und Steuergeldern Geld an Privatinvestoren umgeleitet, das eigentlich der Krankenversorgung zur Verfügung stehen sollte.

-Die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen ökonomisch beeinflusst werden und dies zu Lasten der Patienten geht, ist in Kliniken privater Trägerschaft größer. Dies zeigt sich in Einsparungen und der Unterqualifizierung des Personals. Dadurch haben sie in einigen Fällen schon einen selbst geschaffenen Pflegenotstand hervorgerufen.

-Wenn Kliniken öffentlicher Trägerschaft durch Verbund und Zusammenarbeit sowie durch Lösen des Investitionsstaus optimiert sind, sind sie den privaten Trägern überlegen, da sie nicht unter dem Renditedruck stehen. Alles Geld dient der Patientenversorgung oder notwendigen Investitionen.

-Die Kommunen und Länder haben den Versorgungsauftrag, die Privaten jedoch nicht. Private Kliniken selektieren in ihren Klinikkäufen (mehr Spezialkliniken, weniger Krankenhäuser der Maximalversorgung). Sie können z. B. auch eine Klinik kaufen und nur für sie rentable Bereiche betreiben, während sie unrentable Bereiche abstoßen. Für diese Bereiche liegt dann der Versorgungsauftrag wieder bei den Kommunen und dem Land.

-Aus diesen genannten Gründen sind private Kliniken mit Gewinnabsichten nicht gleich förderungswürdig wie Kliniken, die sich ganz auf das Wohl der Patienten konzentrieren .

-Deshalb ist die Trägerschaft von öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern denen von privatisierten vor zu ziehen.

Autor:

Dr. med. Ulrich Geyer
Niedergelassener Internist, Kreisrat und Stadtrat
Mitglied des Krankenhausausschusses
der Kliniken des Landkreis Heidenheim
Mitglied im Bundesvorstand Bürger-Schulterchluss e. V.
Am Wedelgraben 16, 89522 Heidenheim
e-Mail: geyerul@googlemail.com
Fon 07321-45686, Fax 07321-949311

Dieser Text darf unter Angabe der Quelle weiterverbreitet werden.