Das große Schiff Gesundheitswesen

Wir müssen uns darauf besinnen, worum es in der Medizin eigentlich geht

Das ganze große Schiff „Gesundheitswesen“ fährt in die falsche Richtung. Kleine Kurskorrekturen werden da nicht helfen. Es muss zu einer radikalen Kursänderung kommen, sonst wird dieses solidarische Gesundheitswesen untergehen, und mit ihm die Humanmedizin.

Im Krankenhausbereich nehmen private Investoren immer größeren Raum ein. Immer weiter wachsende Klinikkonzerne locken inzwischen auch internationales Kapital mit Renditen von bis zu zehn Prozent, was kein anderer Wirtschaftszweig zu bieten hat. Man könnte derartige Dividenden auch als Diebstahl von Gemeineigentum bezeichnen. Es gibt kein Land, in dem der Anteil von Krankenhausbetten in der Hand privater, börsennotierter Klinikkonzerne größer ist als in Deutschland. In Arbeitsverträgen von Chefärzten ist heute von Leitzahlen bei Diagnosen und Operationsziffern, vom Case Mix Index und von Akquisitionsverpflichtungen die Rede ist, weniger von Medizin. Wie konnte es so weit kommen?

Zwischen 1999 und 2002 wurde das zeitorientierte Tagessatz-System durch die diagnoseorientierten Fallpauschalen abgelöst, die Diagnosis Related Groups (DRG). Von da an wurden die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt. Diese Umstellung hatte erhebliche Auswirkungen: Liegezeitverkürzung und Fallzahlerhöhung, um im gleichen Zeitraum maximal viele Fälle und maximal schwere Diagnosen abrechnen zu können. Die Liegezeit sank auf die Hälfte, die Zahl der Patient*innen stieg trotz der massiven Stellenstreichungen um ein Fünftel. Der Anstieg des Arbeitsdrucks war enorm, besonders in der Pflege. Dort wurden zehntausende Stellen gestrichen, während ärztliche Stellen zunahmen. Die einfache Logik war: Pflegekräfte verursachen Kosten, aber Ärztinnen und Ärzte generieren Einnahmen.

Aus dem DRG-System ergibt sich der Case Mix Index. Der Case Mix Index ist der Durchschnitt aller DRGs, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen zur Abrechnung bringt. Je höher der Case Mix Index, desto höher die Vergütung. Erreicht eine Abteilung den von der Geschäftsleitung vorgegebenen Case Mix Index nicht, droht ihre Schließung. Erreicht ein ganzes Krankenhaus die Gewinnzone nicht, dann droht Schließung oder Verkauf. Das führt zu einem enormen Druck der Geschäftsleitungen auf die ärztlichen und pflegerischen Berufe. Sie werden zu ökonomischem Denken in Gewinn- und Verlustkategorien gezwungen und verlieren dabei notgedrungen den eigentlichen ärztlichen und pflegerischen Auftrag aus dem Auge. Nur dasjenige Krankenhaus, das mit möglichst geringen Kosten Kranke in möglichst kurzer Zeit behandeln konnte, machte nun Gewinne. Wer sich auf zeitraubende, empathische Medizin einließ, der machte Verluste. Die Frage war nicht: „Was brauchen die Kranken?“, sondern: „Was bringen sie ein?“ Die Frage war nicht: „Wie viele Ärzt*innen und Pflegekräfte werden für eine gute Medizin gebraucht?“, sondern: „Wie viele Stellen kann man streichen?“ Das Fatale an diesem Bezahlsystem war und ist die Verknüpfung der medizinischen Tätigkeit und der Diagnosen mit der Vergütung. Indem nun allein die Diagnosen die Einnahmen des Krankenhauses generierten, wurde sie zum zentralen Zielobjekt der Ökonomen. Tausende von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenhäuser kämpfen seitdem mit Tausenden von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenkassen um jeden Euro.

Das Versagen der Krankenhausfinanzierung hatte neben den Privatisierungen eine zunehmende Zahl von Krankenhausschließungen zur Folge. Weil das DRG-System beispielsweise die kinderärztliche Tätigkeit völlig unterbewertet, wurden viele Kinderkliniken wegen „roter Zahlen“ geschlossen. Eine ähnliche Entwicklung nahm die Geburtshilfe, die nie eine angemessene Abbildung in den DRGs gefunden hatte, sodass bis heute ein Kreißsaal nach dem anderen geschlossen wird. Immer mehr ganze Krankenhäuser fielen dem Rotstift zum Opfer, denn die Defizite konnten von den kommunalen Haushalten nicht mehr ausgeglichen werden. Die Vernichtung von Gemeineigentum durch

Foto: Jonathan E. Shaw / CC BY-NC 2.0

Krankenhausschließungen geschieht völlig planlos, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz.

Weniger bekannt ist, dass auch im Bereich der Alten- und Pflegeheime private Investoren inzwischen ganze Ketten zusammenkaufen und die stationäre professionelle Altenpflege zum Spielball von Profitinteressen geworden ist. Jedes Jahr geht es um den großen Kuchen von 23 Milliarden Euro in der stationären und elf Milliarden Euro in der ambulanten Pflege. Man müsste global aktiven Investoren, Finanzjongleuren und Immobilienkonzernen dringend Einhalt gebieten. Auch hier geht es nur mit Gemeinnützigkeit.

Dass inzwischen aber sogar auch Arztpraxen unter dem Etikett „Medizinische Versorgungszentren“ zum Objekt international agierender Finanzinvestoren geworden sind, ist fast nicht bekannt. In Anlehnung an die Polikliniken der DDR, die 1989 im Zuge der allgemeinen Anschlusswut mit ausradiert worden waren, wurde 2003 durch eine Gesetzesänderung eine neue Form der kassenärztlichen Versorgung ermöglicht. Seitdem können Medizinische Versorgungszentren gegründet werden, in denen beliebig viele Ärzte und Ärztinnen und Psychotherapeut*innen, selbständig oder angestellt, in Vollzeit oder Teilzeit, fachgleich oder fachübergreifend, in Kooperation mit nichtärztlichen Heilberufen zusammenarbeiten können. Um Wildwuchs zu verhindern, müssen diese MVZs unter ärztlicher Leitung stehen. Das hört sich gut an. Das Modell ist flexibel, voller kreativem Potential und kann Berufsaussteiger mit familienfreundlichen Arbeitszeiten zurücklocken. Dabei hatte man aber nicht mit der Kreativität des Kapitals gerechnet. Da nämlich fortan auch Krankenhäuser ein MVZ gründen können, kann z. B. eine eigens gegründete Mini-Klinik mit vier Betten und einem Schlaflabor in Nordhessen plötzlich mehr als 150 Augenarzt-MVZs in ganz Deutschland betreiben. Diese investorenbetriebenen MVZs suchen sich lukrative Sparten aus, also Augenheilkunde und Orthopädie, wo inzwischen schon ein Fünftel der ambulant tätigen Ärzte in investorenbetriebenen, oder besser investorengetriebenen MVZs arbeiten. So entstehen immer neue, immer größere Konstruktionen: Ein augenärztliches Oligopol wie die Ober-Scharrer-Gruppe hatte in einem Jahrzehnt vier verschiedene Eigentümer und wurde zuletzt im Dezember 2021 an den kanadischen Pensionsfonds Ontario Teacher’s Pension Plan Board bei einer Gewinnerwartung von 125 Millionen Euro für geschätzte zwei Milliarden Euros verkauft. Man könnte das unterbinden, wenn auch MVZs der Gemeinnützigkeit unterliegen würden. Mit einer derart kleinen Gesetzesänderung wäre dem Spuk ein Ende gesetzt.

Wir müssen uns darauf besinnen, worum es in der Medizin eigentlich geht. Wir müssen uns daran erinnern, dass wir eine Aufgabe haben. Diese Aufgabe droht unterzugehen, in Management-Programmen, in Codierungen, in Konzerninteressen, in Studien und im Kampf ums Geld. Wenn wir Ärzt*innen unsere Patient*innen zu Sachen, zu Werkstücken machen lassen, ist es aus mit der Medizin. Man müsste Ärzt*innen dann in die Rote Liste der bedrohten Arten aufnehmen. Unsere Aufgabe ist die Begleitung unserer Patient*innen in der einsamen Welt der Krankheit, oder im günstigen Fall aus der einsamen Welt der Krankheit – so weit es eben geht – wieder zurück in die Welt der Gesundheit. Und deswegen lautet die immer wieder gleiche Botschaft:

Es geht um die Rettung des solidarischen Gesundheitswesens und der Humanmedizin vor dem Würgegriff des Kapitalismus.

Im Frühjahr 2022 ist Bernd Hontschiks Buch „Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie“ im Westend-Verlag erschienen. Hontschik sprach auch als Referent beim IPPNW-Kongress „Medizin und Gewissen“ 2022 in Nürnberg.

Mehr unter: chirurg.hontschik.de

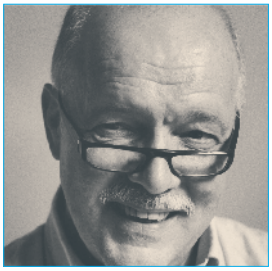

Foto: © Barbara Klemm

Dr. Bernd Hontschik ist Chirurg und Publizist.