

Das deutsche Krankenhauswesen befindet sich im Umbruch. Neue Rahmenbedingungen wie die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) haben in den vergangenen Jahren einen tief greifenden Veränderungsprozess im stationären Sektor in Gang gesetzt. Von der Finanzkrise der öffentlichen Haushalte und dem politisch gewollten, durch das DRG-System forcierten Wettbewerb profitieren vor allem private Krankenhauskonzerne. Die Privatisierungswelle der letzten

Jahre ist zwar etwas abgeebbt, der Trend zur Ökonomisierung des Krankenhauswesens bleibt jedoch ungebrochen. In einer aktuellen Analyse plädiert die Bundesärztekammer deshalb für ein Monitoring zur qualitativen Bewertung von Krankenhäusern, das über eine bloße Gegenüberstellung ökonomischer Budget- und Bilanzdaten hinausgeht.

Steigender Investitionsbedarf bei sich rasch verschärfender Wettbewerbssituation und sinkende Eigenfinanzierungskraft sind wesentliche Faktoren für die oft beklagte chronische Unterfinanzierung im Krankenhaussektor. Die seit Jahren rückläufige Investitionsfinanzierung der Länder führt dazu, dass nur noch rund 20 Prozent der Kliniken eine gesicherte Investitionskostenfinanzierung durch öffentliche Mittel vorweisen können. Bundesweit wird der investive Nachholbedarf auf mehr als 30 Milliarden Euro beziffert. Vor diesem Hintergrund sind selbst früher undenkbare Transaktionen möglich: Der Verkauf der Universitätsklinik Mittelhessen Gießen-Marburg an die Röhn-Klinikum AG zeigt, dass nach großen städtischen Betrieben wie dem LBK in Hamburg nun auch Häuser der Maximalversorgung in den Fokus der Konzerne geraten.

Hälfte aller Kliniken in privater Hand?

Private Investoren werben damit, jedes noch so defizitäre städtische Krankenhaus innerhalb von drei bis fünf Jahren rentabel zu machen. Für leidgeprüfte Verwaltungschefs kommunaler Häuser klingen solche Aussichten verlockend. Bis 2020 sollen 40 bis 50 Prozent

„Kliniken sind keine Fabriken“

Bundesärztekammer analysiert Folgen der zunehmenden Krankenhausprivatisierung

*von Jana Kromer**

investitionskraft gegenüber Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft deutliche Wettbewerbsvorteile. Zwar sind die ökonomischen Herausforderungen unter dem DRG-Finanzierungssystem in allen Trägergruppen gleich. Die Bundesärztekammer weist in ihrem Bericht mit dem Titel „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland“ jedoch auf einen markanten Unterschied zwischen privaten und anderen Krankenhausträgern hin: Während private Krankenhausträger ihre betrieblichen Ziele ohne „politisches Widerlager“ unmittelbar durchsetzen können, müssen kommunale und freigemeinnützige Träger ihr Vorgehen gegenüber politischen oder auch kirchlichen Instanzen rechtfertigen. „Dies hat zur Folge, dass die Geschwindigkeit von Reorganisationsprozessen in aller Regel bei privaten Krankenhausträgern deutlich höher ist als bei öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Trägern“, konstatiert die Bundesärztekammer.

der Krankenhäuser in privater Hand sein, prognostizieren Experten. Der Anteil privatisierter Universitätsklinik soll sich bereits bis 2015 auf 50 Prozent erhöht haben. Dabei konzentriert sich der private Krankenhausmarkt auf vier große Konzerne: Asklepios, Rhön, Helios und Sana.

Wie viele der kommunalen Krankenhäuser noch an private Investoren verkauft werden oder schließen müssen, ist nicht absehbar. Die privaten Krankenhauskonzerne haben aber nicht nur wegen ihrer vergleichsweise hohen In-



Folgen für Versorgung und Arztbild

Welche Folgen aber hat die zunehmende Privatisierung für den Umfang und die Qualität der stationären Versorgung, für die ärztliche Tätigkeit und das

Der Bericht der Bundesärztekammer „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland – Folgen für die ärztliche Tätigkeit“ ist im Internet verfügbar unter www.bundes-aerztekammer.de/downloads/Ergebnisbericht_final.pdf

* Jana Kromer ist Mitarbeiterin in der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft.

zukünftige Arztbild? In ihrem 120 Seiten starken Bericht ist die Bundesärztekammer dieser Frage nachgegangen. Nach einjähriger Analyse und Diskussion mit führenden Repräsentanten von Verbänden, Ministerien, wissenschaftlichen Einrichtungen und privaten Unternehmen wurde der Bericht einer Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer Ende Juni in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt.

Angesichts des erhöhten Wettbewerbsdrucks sieht die Bundesärztekammer in der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen im Krankenhaus ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Schon jetzt müssten medizinisches Vorgehen, ärztliches Handeln und organisatorische Abläufe gegenüber ökonomischen Prämissen begründet werden. „Ärztinnen und Ärzte sind bereit zur Mitgestaltung auch ökonomischer Prozesse, aber wir dürfen nicht zum kritiklosen Objekt standardisierter Produktionsprozesse werden. Krankenhäuser sind keine Fabriken und Patienten keine Werkstücke“, sagte Rudolf Henke, Vorsitzender der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer, bei der Vorstellung des Berichts. Ärztliche Führungskräfte könnten den medizinischen Erfordernissen einer individuell ausgerichteten Patientenversorgung und den wirtschaftlichen Erfordernissen des Krankenhauses nur dann gleichermaßen gerecht werden, wenn ihnen genügend Entscheidungsautonomie bleibe. „Es ist richtig, Behandlungsabläufe vorzubereiten und zu planen, es ist falsch, den einzelnen Patienten der Planung unterzuordnen“, warnte Henke vor Industrialisierungstendenzen im Krankenhauswesen.

Unterschiedliche Bewertung des Arztberufes

Dem Bericht der Bundesärztekammer zufolge wird die ärztliche Profession von den privaten Trägern sehr unterschiedlich bewertet. Mitunter kommt ein reduktionistisches Arztbild zum Tragen. Der Arzt übernimmt dann nur noch die ihm zugewiesenen „Verrichtungsaufgaben“; Planung, Controlling und Strategiefindung sind davon strikt abgekoppelt. Für andere private Träger dagegen hat die konzerninterne ärztliche Qualifikation sowie Fort- und Weiterbildung eine deutlich höhere Bedeutung. Sie haben erkannt, dass durch eine gute ärztliche Qualifikation zusätzliche Einnahmen erzielt werden können.

Personalintensive Investitionen geraten allerdings unter den Bedingungen eines forcierten Preiswettbewerbs unter erheblichen Begründungszwang. Als entscheidender Faktor der „Kostenoptimierung“ gilt inzwischen trägerübergreifend die Höhe der Personalkosten in den Kliniken. Insbesondere private Träger versuchen, diese Budgetanteile schnell und deutlich zu reduzieren. Waren bisher Personalkostenanteile von 65 bis 70 Prozent in den Krankenhausbudgets die Regel, werden in



*Rudolf Henke,
Vorsitzender der Krankenhausgremien der
Bundesärztekammer:
„Patienten sind keine
Werkstücke.“*

Kliniken unter privater Trägerschaft Anteile von 60 Prozent und weniger realisiert.

Die Bundesärztekammer warnte davor, den Stellenwert der ärztlichen Arbeit aus den Augen zu verlieren. Die Ärzte setzten sich seit Jahren dafür ein, die Patienten als Partner im Behandlungsprozess zu begreifen. „Da macht es keinen Sinn, sie jetzt in den Schraubstock betriebswirtschaftlicher Rationalität zu zwingen“, sagte Henke. Kliniken müssten daher stärker anhand von Kriterien wie medizinische Qualität und Patientenzufriedenheit bewertet werden.

Methoden zur qualitativen Bewertung

In ihrem Bericht spricht sich die Bundesärztekammer für eine neue Methodik zur qualitativen Bewertung von Krankenhäusern aus. Es müsse ein System aufgebaut werden, das es der

Ärzeschaft gestatte, der heute weit verbreiteten ausschließlichen ökonomischen Orientierung ein ebenfalls auf leicht interpretierbare Indikatoren gestütztes Monitoring der Gemeinwohlzwecke eines Krankenhauses und seiner medizinischen Aufgabenerfüllung beizufügen, heißt es in dem Bericht. Zu möglichen Kriterien einer Bewertung der Krankenhausqualität zählt die Bundesärztekammer unter anderem Wartezeiten der Patienten, Wiederaufnahmeraten, Patientenzufriedenheit, Fluktuations- und Krankheitsraten des Personals und die Anzahl erfolgreich absolvierter Weiterbildungen.

Wesentlichen Einfluss auf das Verhältnis von Medizin und Ökonomie im Krankenhausbereich wird die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009 haben. Die Bundesärztekammer hat die Bundesländer bereits davor gewarnt, die Verantwortung für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung preiszugeben. Die Gewährleistung einer wohnortnahen, leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge müsse Sache der Länder bleiben. Anlässlich der Gesundheitsministerkonferenz der Länder kürzlich in Ulm appellierte BÄK-Krankenhausexperte Henke an den Bund und die Länder, weiterhin gemeinsam daran zu arbeiten, eine Krankenhausversorgung auf hohem Niveau flächendeckend zu erhalten: „Absolut notwendig ist es, die unangemessene Deckelung der Krankenhausbudgets zu beenden, das jährliche Krankenhaus-Sonderopfer für die gesetzlichen Krankenkassen rückgängig zu machen und die deprimierend schlechte Investitionskraft der meisten Krankenhäuser zu stärken.“

Weitere Informationen zum Thema Krankenhausfinanzierung auf den Internetseiten der Bundesärztekammer im Bereich „Ärzte“: www.bundesaerztekammer.de