

Der große Ausverkauf: Politik und Ideologie der Krankenhausprivatisierung

Th. Böhm
16.09.2020



Neoliberalismus - Ideologie der Privatisierung

- Hauptvertreter: Milton Friedman und Friedrich von Hajek
- Der Markt ist allen anderen Formen des Wirtschaftens überlegen, in ihn darf deshalb nicht eingegriffen werden.
- Einzige akzeptable Aufgabe des Staates ist die Aufrechterhaltung des Privateigentums und des freien Marktes
- Aus allen anderen Aufgaben muss er sich zurückziehen („schlanker Staat“), weil nur ohne „äußere Eingriffe“ die Überlegenheit des Marktes gewährleistet werden kann.
- Abbau von Regelungen und Vorschriften, damit die Marktmechanismen ungestört wirken können („Standard-Pranger“)
- Menschenbild eines nutzenoptimierenden „homo oeconomicus“ ohne soziale Eigenschaften und nur von Eigennutz getrieben
- Freiheit als Abwesenheit von gewolltem Zwang. Soziale Zwänge gibt es nicht. Die Verhältnisse bzw. der Markt können keinen Zwang ausüben.
- Demokratiefeindlich, weil die Demokratie auf „die Unterstützung auch der Schlechtesten“ angewiesen ist.
- **Übertragung der Prinzipien des Marktes auf alle Lebensbereiche**

Was ist Ökonomisierung?

*„Der Begriff der **Ökonomisierung** bezeichnet die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren; (...)*

(Wikipedia)

➤ **Private sind Vorreiter der Ökonomisierung**

Historie: 1985 – 2004: Beginn neoliberale Deregulierung

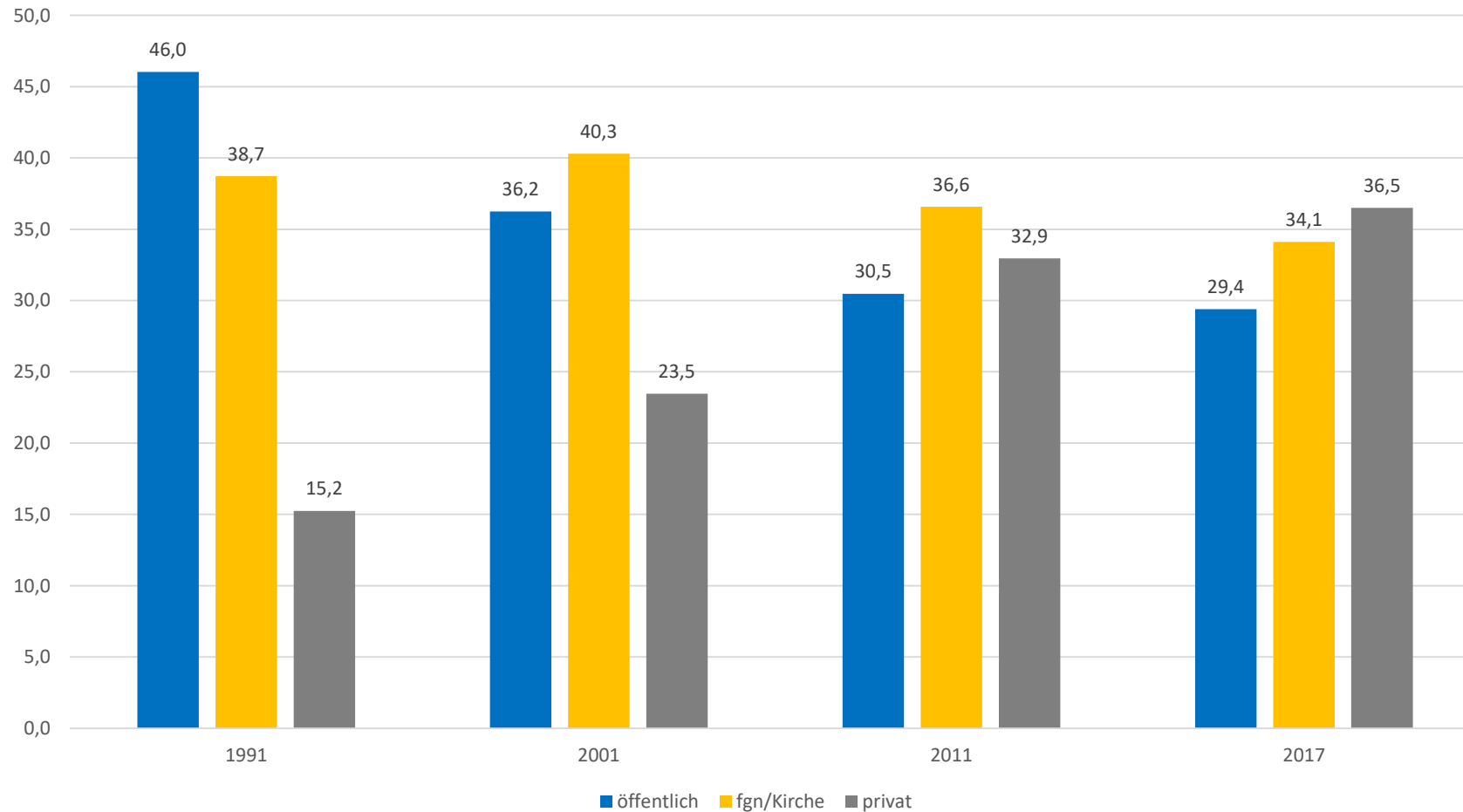
- Ende der Selbstkostendeckung
 - Verpflichtung der Kassen zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Selbstkosten von bedarfsgerechten, wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern, Tagespflegesätze nur als Abrechnungseinheit (Abschlagszahlungen)
 - Spitzabrechnung am Jahresende mit Gewinn-/ Verlustausgleich
 - **Gesetzliches Verbot Gewinne zu machen**
- Schlagworte der Debatte: Kostenexplosion im Gesundheitswesen
- Ziel: Kostendämpfung
- „prospektives Budget“
- immer mehr Fallpauschalen und Sonderentgelte, Pflegesätze verlieren an Bedeutung
- **Gewinne und Verluste werden ermöglicht**

Historie: 2004 bis heute: DRGs als Preissystem

- „Leistungsorientierte“ Vergütung auf Grundlage medizinischer Diagnosen, Operationen- und Prozeduren (**Fallpauschalen - DRGs**)
- Schrittweise Einführung mit finanzieller Schonphase (bis 2010)
- **Gewinne/Verluste als integraler Bestandteil des „Qualitätswettbewerbs“**

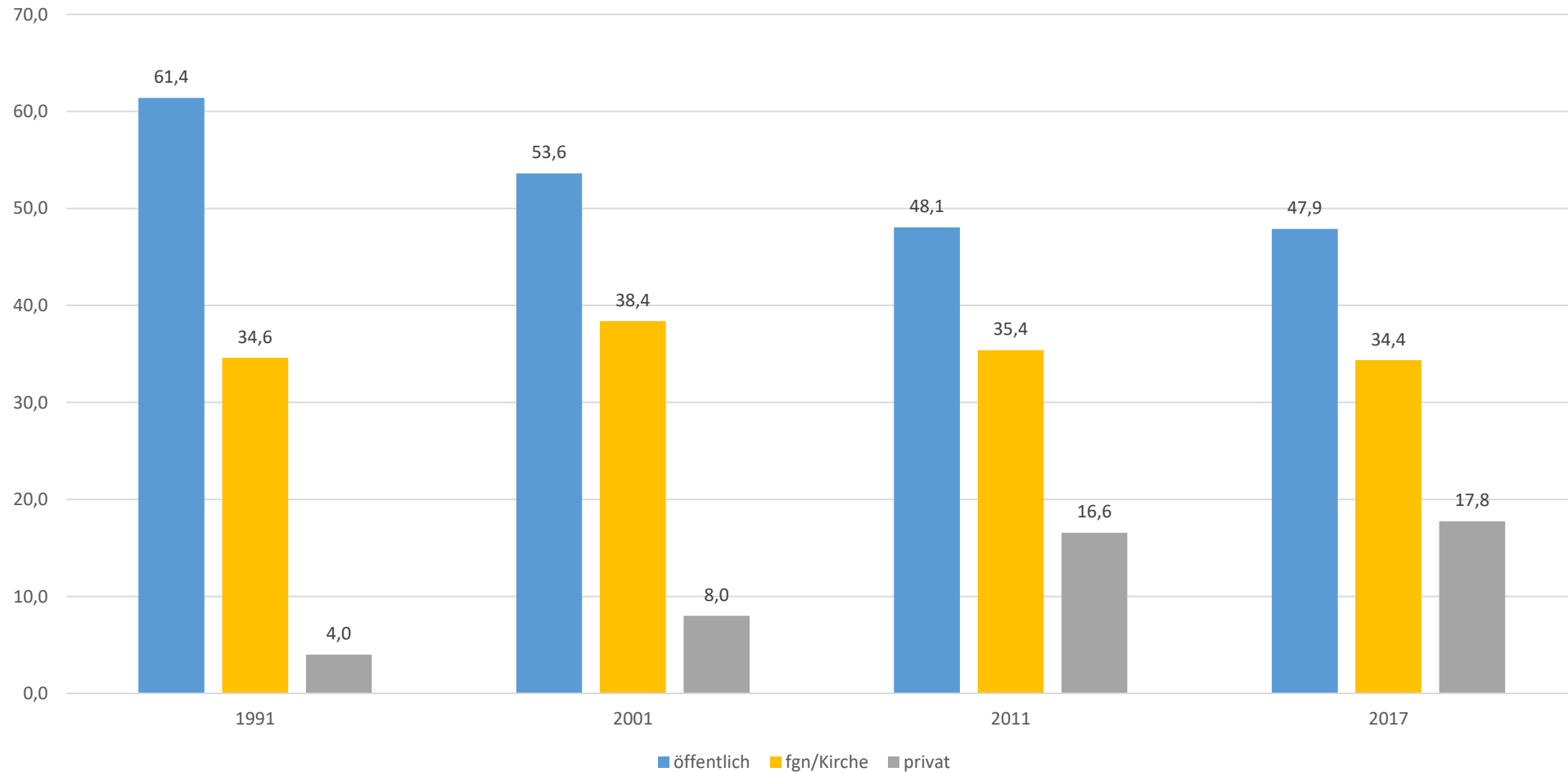
➤ **Damit Anreiz für Private zum Einstieg in diesen neuen Markt**

Privatisierung: Allg. Krankenhäuser nach Träger (%)



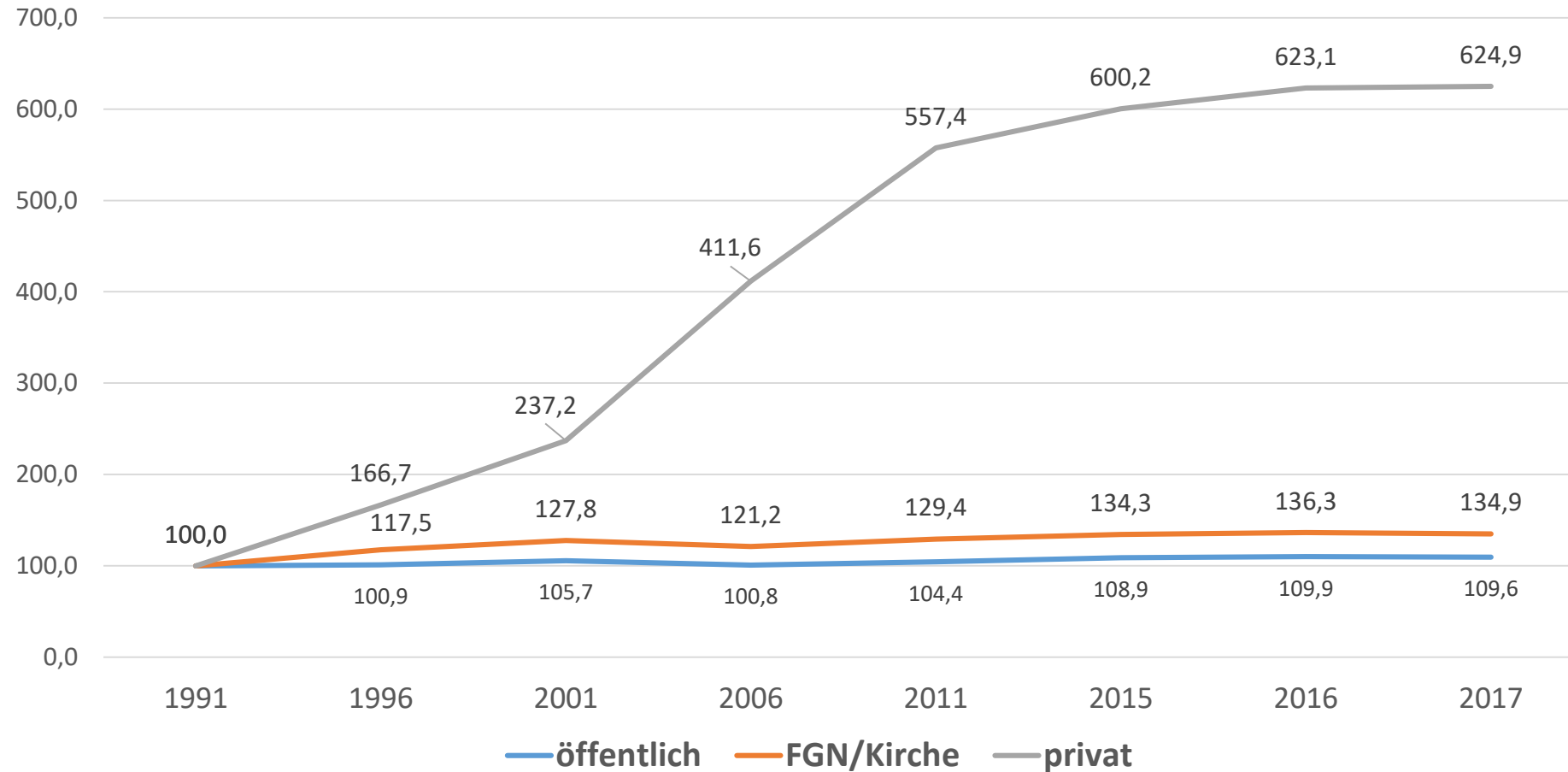
Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Betten allg. KHs nach Trägerschaft (%)



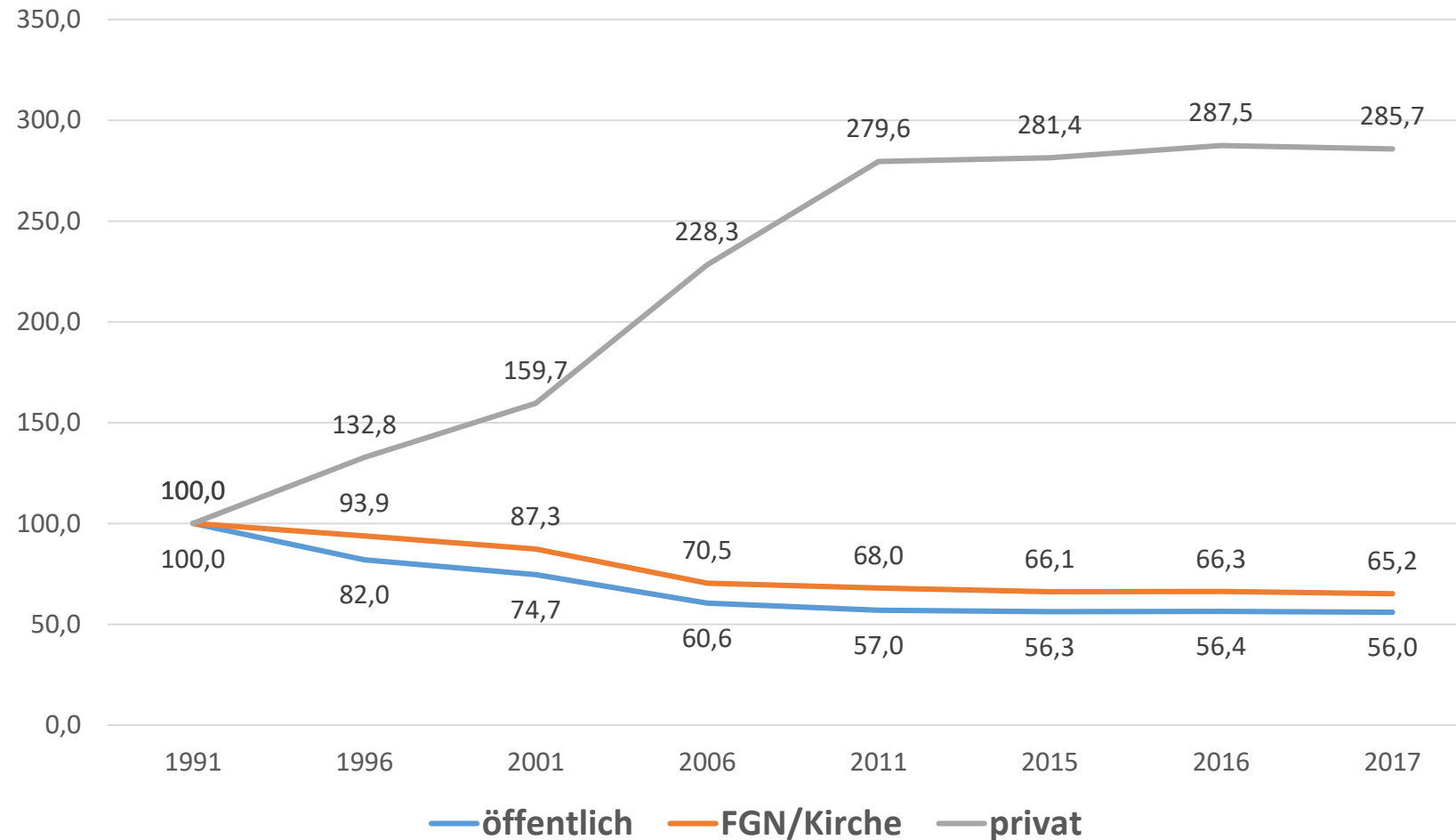
Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Fälle nach Träger (1991 = 100%)



Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Belegungstage nach Träger (1991 = 100%)



Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Sind Private wirklich besser und wirtschaftlicher?

Privatisierung und Personaleinsparungen

**Belastungskennziffer
(Patienten pro Beschäftigter),
Allg. KHs nach Träger**

	2017	Diff. in %*
Personal Gesamt		
öffentlich	20,0	
FGN/Kirche	25,8	
privat	26,4	32,1
Ärzte		
öffentlich	107,9	
FGN/Kirche	142,3	
privat	136,0	26,0
Pflege		
öffentlich	60,1	
FGN/Kirche	66,5	
privat	67,2	11,8
Med. techn. Dienst		
öffentlich	105,8	
FGN/Kirche	181,1	
privat	189,8	79,3
Funktionsdienst		
öffentlich	166,5	
FGN/Kirche	196,2	
privat	178,5	7,2
Verwaltung		
öffentlich	270,1	
FGN/Kirche	361,4	
privat	397,4	47,1

* = Mehrbelastung in % öffentlich/privat

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12
Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung und Lohndumping

Kosten pro Beschäftigter nach Beschäftigtengruppe und Trägern 2017

	öffentlich	fgn/Kirche	privat	Diff. in Euro
Personalkosten insg.	71.987	72.926	69.725	2.262
Ärztlicher Dienst	124.895	130.832	131.492	-6.598
Pflegedienst	59.386	59.021	53.664	5.722
Medizinisch-technischer Dienst	59.663	57.178	52.974	6.688
Funktionsdienst	60.504	60.863	54.920	5.584
Klinisches Hauspersonal	38.768	35.706	31.128	7.641
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	44.497	42.707	37.875	6.622
Technischer Dienst	60.460	60.722	53.104	7.355
Verwaltungsdienst	64.668	61.708	59.778	4.890

- **275 Mio. € Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Private**
- **1,04 Mrd. € Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Öffentliche**

Privatisierung: „Rosinenpicken“

Quelle: Destatis,
eigene Berechnung

Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe* in den Krankenhäusern 2012 nach Art des Trägers						
Deutschland insgesamt						
Rang	öffentlicher Träger		freigemeinnütziger Träger		privater Träger	
	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl
1.	Z38 (Geburt)	219.724	Z38 (Geburt)	192.600	I50 (Herzinsuff.)	62.267
2.	F10 (Alkohol)	187.904	I50 (Herzinsuff.)	140.511	Z38 (Geburt)	61.922
3.	I50 (Herzinsuff.)	183.306	F10 (Alkohol)	106.885	F10 (Alkohol)	50.085
4.	S06 (intrakran. Verletzung)	143.019	I48 (Vorhofflat/flim)	98.155	M17 (Gonarthrose)	48.652
5.	I48 (Vorhofflat/flim)	131.104	I20 (Angina pectoris)	87.181	I48 (Vorhofflat/flim)	48.026
6.	I63 (Hirnfarkt)	129.775	K80 (Gallensteine)	86.404	I83 (Varizen)	45.308
7.	I20 (Angina pectoris)	116.848	I10 (Hypertonie)	86.175	I20 (Angina pectoris)	44.082
8.	I21 (Herzinfarkt)	115.283	J18 (Pneumonie)	85.924	I63 (Hirnfarkt)	43.493
9.	J18 (Pneumonie)	108.352	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	84.139	M54 (Rückenschmerzen)	42.964
10.	I10 (Hypertonie)	107.786	M17 (Gonarthrose)	78.269	I25 (chron. isch. HK)	40.964
11.	K80 (Gallensteine)	102.196	S06 (intrakran. Verletzung)	75.323	M51 (Bandscheibe)	38.685
12.	I25 (chron. isch. HK)	89.415	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	75.254	M16 (Coxarthrose)	38.173
13.	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	86.810	K40 (Leistenbruch)	73.023	I21 (Herzinfarkt)	35.875
14.	I70 (Atherosklerose)	83.155	I21 (Herzinfarkt)	71.623	S06 (intrakran. Verletzung)	35.714
15.	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	81.299	M54 (Rückenschmerzen)	70.042	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	35.314
16.	R55 (Ohnmacht)	79.879	I70 (Atherosklerose)	69.170	I10 (Hypertonie)	35.145
17.	S72 (OS-Bruch)	78.784	I63 (Hirnfarkt)	66.594	I70 (Atherosklerose)	34.225
18.	M54 (Rückenschmerzen)	77.945	M16 (Coxarthrose)	66.484	F33 (rez. Depression)	33.339
19.	E11 (Diabetes)	76.821	E11 (Diabetes)	63.432	K80 (Gallensteine)	32.576
20.	G40 (Epilepsie)	75.450	S72 (OS-Bruch)	62.598	J18 (Pneumonie)	32.556
Alle Fälle		9.296.561		6.571.056		3.171.516

Privatisierung: „Rosinenpicken“

Private behandelten 2017 **17 % aller Patienten**, aber

- **46,3% aller Varizen (Krampfadern-Erkrankungen),**
- **25,9% aller Kniegelenksarthrosen,**
- **24,9% aller Hüftarthrosen,**
- **35,1% aller Bandscheibenschäden,**
- **24,8% aller Rückenschmerzen**

Die großen Player

Rekommunalisierung - aber wie?

- **Hohe Hürden:**
 - GG Art. 12 (Berufsfreiheit)
 - EU-Wettbewerbsrecht
 - Finanznot der Kommunen verhindert Rückkauf
- **Aber: Ohne Gewinne kein privates Engagement**
- **Deshalb: Gewinnverbot und Abschaffung der DRGs**

Der Weg zur Abschaffung der DRGs:

- **Wiedereinführung von Elementen der Selbstkostendeckung**
 - Zuschläge für Maximalversorgung, Ausbildung usw.
 - Auskömmliche Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in ländlichen Regionen
 - Finanzierung von best. Kosten außerhalb DRGs (Extremkostenfälle)
 - Automatischer Ausgleich für Preissteigerungen und Tariferhöhungen
 - Finanzierung für Vorhaltung von Behandlungskapazitäten für Notfälle und Katastrophensituationen (personelle und räumliche Ressourcen)
- **Gesetzliche Personalbedarfsvorgaben mit voller Refinanzierung**

Alternativen - 1

- **Trennung der Leistungserbringung von der Bezahlung der Leistungserbringer**
 - Vergütung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Kosten der Krankenhäuser
 - Verbot von Bonuszahlungen an leitende Ärzte/Ärztinnen für die Erfüllung betriebswirtschaftlicher Ziele
 - Festgehalt auch für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Alternativen - 2

- **Steuerung der Solidarsysteme über **Regelungen, Vorgaben, Aushandlungsprozesse** nicht über Preise und Geld**
 - Regionale Ermittlung des Bedarfs
 - Festlegung der notwendigen Versorgungseinrichtungen
 - Zuweisung der notwendigen Mittel
 - Qualitätskontrolle und Wirtschaftlichkeitskontrolle

Forderungen unseres Bündnisses

- Krankenhäuser müssen wieder Einrichtungen der öffentlichen Daseinsfürsorge werden
- Verbot der Gewinnerzielung
- Volle Finanzierung der für die Behandlung erforderlichen Personal- und Sachkosten (**Selbstkostendeckung**)
- Gesetzliche Festsetzung der Personalbemessung für alle Berufsgruppen
- Planung des Bedarfes und der Ausstattung der Krankenhäuser durch Länder, Kommunen und betroffene gesellschaftliche Gruppierungen nach den Regeln der demokratischen Beteiligung und Kontrolle
- Gesetzliche Garantie für die vollständige Übernahme der Investitionskosten der im Landeskrankenhausplan genehmigten Krankenhäuser durch die Länder
- Stopp der Privatisierung und Rekommunalisierung