

Hintergründe der Krankenhausfinanzierung und –privatisierung

1.

Kurze Geschichte der Krankenhausfinanzierung

1.1

Vor 1972: Kameralistik

Die Krankenhäuser bekamen von den Krankenkassen einen Pflegesatz für jeden Belegungstag. Was vom Pflegesatz nicht abgedeckt war, übernahm der Staat.

1.2

Nach 1972, bis Anfang der 90'er Jahre: Krankenhausfinanzierungsgesetz

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde mit den staatlichen Zuzahlungen Schluss gemacht. Der Pflegesatz sollte jetzt „die laufenden Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses“ decken. Die Investitionskosten sollten weiter von Staat getragen werden. Was der Staat jedoch nicht tat, war investieren. Dabei war die Bausubstanz der meisten öffentlichen Krankenhäuser schon zu dieser Zeit reif für gründliche Sanierungen. Beispiele für Hamburg: Das AK Barmbek stammt aus dem Jahr 1913, das AK St. Georg aus dem Jahr 1873.

Die Deckung der laufenden Kosten aus dem Pflegesatz hatte Folgen:

Die bisher vom Staat übernommenen Kosten wurden den Krankenkassen aufgebürdet, wodurch deren Ausgaben sprunghaft anstiegen. Das war aber eben nicht wesentlich Folge gestiegener Kosten des Gesundheitswesens, sondern des Verschiebepunktes.

Man begann von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zu reden. Dies, obwohl seit Mitte der 70'er Jahre der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt nur zwischen 5,8% und 6,8% schwankt. Die absoluten Kosten sind zwar gestiegen, aber nicht schneller, als das Volkseinkommen.

Die Krankenkassen begannen die Krankenhäuser auf Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und weigerten sich in manchen Fällen bei „Unwirtschaftlichkeit“, das Budget zu finanzieren. Die Krankenhäuser hatten dann Schulden.

1.3

Seit ca. 1992: Abschied vom Kostendeckungsprinzip

Zunächst wurde das Budget gedeckelt. Das heißt: Die Ausgaben für die Krankenhäuser durften nicht schneller steigen als die Grundlohnsumme. Dahinter steckt die Koppelung der Krankenhausfinanzierung an die Einnahmesituation der Krankenkassen. Und das bei insgesamt steigenden Fallzahlen, vermehrt multimorbiden Patienten und komplizierter werdender Medizin.

Bei insgesamt gedeckeltem Budget geht man seither in mehreren Schritten dazu über, vom Pflegesatz auf ein System von Preisen für bestimmte Leistungen umzusteigen. Dieser Prozess wird 2007 vorläufig abgeschlossen sein, dann sind die DRGs („Diagnostic Related Groups“) flächendeckend eingeführt.

Der entscheidende Unterschied liegt in Folgendem:

Ein Pflegesatz erbringt im Lauf eines Jahres das Budget eines Krankenhauses, das mit den Krankenkassen verhandelt wurde, indem für jeden Behandlungstag ein Durchschnittswert gezahlt wird. Für verschiedene Krankenhäuser mit unterschiedlichen Kostenstrukturen und –belastungen muss er daher verschieden sein. Bei einem System von Preisen, die für eine Leistung immer gleich sind, geraten daher Krankenhäuser in „Pavillonbauweise“ notwendigerweise ins Hintertreffen. Das sind genau die alten öffentlichen Krankenhäuser. Private Unternehmer nutzten schon die ersten Modelle der Bezahlung über Preise, indem sie Spezialitäten vermarkteten, die z.B. keine Öffnung rund um die Uhr erfordern (Herzkatheter,

Dialyse, geplantes Einsetzen künstlicher Gelenke). In diesem Konkurrenzkampf mussten die öffentlichen Krankenhäuser unterliegen.

Inzwischen ist es so, dass private Unternehmer die gesamte Palette von Krankenhausleistungen in modernen Neubauten anbieten und zudem oft nicht an die Tarifbestimmungen des öffentlichen Dienstes gebunden sind. D.h.: Private Krankenhäuser machen Gewinne, öffentliche Verluste. Republikweit werden öffentliche Krankenhäuser von Krankenhauskonzernen für Spottpreise aufgekauft.

1.4

Fazit und Thesen

Seit Jahrzehnten wurden die öffentlichen Krankenhäuser systematisch heruntergewirtschaftet und gleichzeitig Rahmenbedingungen geschaffen, die diesen Markt für die Kapitalverwertung erschlossen haben. Dies geschah unabhängig davon, welche Partei gerade an der Regierung war und den Gesundheitsminister oder die Gesundheitsministerin gestellt hat.

Dieser Rückzug des Staates lässt sich m.E. nur rational erklären, wenn man von der Vorstellung Abschied nimmt, der Staat sei dem Gemeinwohl verpflichtet. Er war es immer nur so weit, wie soziale Bewegungen Zugeständnisse erkämpfen konnten.

Die Erklärung für diesen Prozess, aus meiner Sicht und etwas holzschnittartig:

Das Kapital braucht ein Gesundheitswesen für die Reparatur der Ware Arbeitskraft. Daher ist bei uns jemand gesund, der arbeitsfähig ist, nicht, wer die WHO-Definition erfüllt. Wer „krankgeschrieben“ wird, erhält eine „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“. In dieser Logik „herrscht Übereinstimmung darin, dass die Erfolge gesundheitspolitischer Programme erstens als Rückgang der Verluste bzw. der Ausfälle des Produktionsfaktors Arbeit und zweitens als Einsparungen künftiger Ausgaben für die Gesundheit definiert werden können“. (Jürgen Wolfslast, Cost-Benefit-Analyse, Hamburg 1968, Verlag Weltarchiv GmbH, S. 57) Die Zitate führender Gesundheitsökonomien in diese Richtung lassen sich in einer langen Liste sammeln. Gesundheitsausgaben sind für das Kapital also einerseits notwendig, um Profite zu erwirtschaften, andererseits bilden sie bei einem öffentlichen Gesundheitswesen eine Belastung der durchschnittlichen Profitrate und damit ein krisenförderndes Moment. Daher wird einerseits versucht, die Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen herunterzuschrauben, bis die Anforderungen an den Reparaturbetrieb für die Ware Arbeitskraft gerade eben noch ausreichend erfüllt werden können. Andererseits lässt sich das Dilemma aber auch lösen, indem einfach möglichst viel der (profitorientierten) Kapitalverwertung zugeführt wird. Das hat die Auswirkung, dass die Durchschnittsprofitrate nicht weiter belastet wird.

(Analoge Überlegungen lassen sich natürlich für alle Bereiche, in denen privatisiert wird, anstellen).

2.

Aus der Geschichte der LBK-Privatisierung in Hamburg

Hier werden nicht alle Einzelheiten dargestellt, der Volksentscheid fehlt hier z.B. ganz. Es sind nur einige bezeichnende Schlaglichter.

2.1

1995: Erster Rückzug des Staates aus der Verantwortung für die Krankenhäuser

Bis Mai 1995 waren die Krankenhäuser weit überwiegend Dienststellen der Gesundheitsbehörde. Daneben gab es noch einige kirchliche Krankenhäuser. Schon einige Jahre vorher war immer wieder darüber diskutiert worden, dass ein Rückzug der Stadt aus den Häusern anstünde.

Mit dem Segen der ÖTV, die über die SPD enge Verbindungen zur städtischen Verwaltung und Regierung hatte, wurde 1995 der LBK als Anstalt öffentlichen Rechts ausgegliedert. Ein paritätisch besetzter Aufsichtsrat wurde gebildet, in dem allerdings der jeweilige

Gesundheitssenator oder die Senatorin ein Doppelstimmrecht hatte. Mit diesem Doppelstimmrecht wurde z.B. das Hafenkrankenhaus geschlossen, kurz nachdem man gerade 150 Mio. DM investiert hatte.

Die Angestellten, die bis dahin Angestellte der Stadt waren, hatten nach dem Hamburgischen Ruhegeldgesetz Ansprüche auf eine Zusatzrente zur BfA- bzw. LVA-Rente erworben. Diese Ansprüche sollte jetzt nicht die Stadt sondern der neugegründete LBK befriedigen. Dies gelang, bis die Krankenkassen sich (zu Recht) weigerten für diesen Teil des Budgets aufzukommen. Die Folge: Der LBK musste Schulden machen, die sich bis kurz vor der Privatisierung auf ca. 500 Mio. Euro ansammelten. Die Stadt weigerte sich hartnäckig, die Rentenzahlungen zu übernehmen, obwohl es doch eigentlich „ihre“ Rentner waren.

2.2

Versuche, den LBK zu „sanieren“

Die Schulden wurde der LBK also nicht los, außerdem hatte er weitere Budgetkürzungen durch die Krankenkassen zu verkraften. Es wurden gewaltige Sanierungsprogramme losgetreten, in deren Folge massiv Stellen abgebaut wurden. Waren es bei der Gründung noch 15.000, so sind wir heute bei etwas über 11.000 angekommen. Dieser Stellenabbau wurde von der ÖTV, später von Ver.di und auch von der Mehrheit der Personalräte und im Gesamtpersonalrat mit getragen. Die Argumentation lautete (und lauter immer noch): Es gebe keine Alternative, Proteste nützten nichts, weil damit die Notwendigkeit der Sanierung nicht beseitigt würde, man begeben sich damit aber in die Situation nicht mehr auf das Geschehen Einfluss nehmen zu können.

Die Sanierung gelang insoweit, dass von verschiedenen Wirtschaftsprüfern dem LBK bescheinigt wurde, dass er ohne die Lasten der Altersversorgung wirtschaftlich gesund sei. Einige meinten sogar, dann würde der LBK mit einem leichten Plus abschließen. Damit war der LBK nicht nur saniert, sondern auch privatisierbar gemacht worden.

2.3

Argumentation vor der Privatisierung

Die Lasten der Altersversorgung, welche die Stadt ja auf gar keinen Fall übernehmen wollte, sollten dadurch bewältigt werden, dass ein Kapitalstock gebildet werden sollte, aus dessen Zinsen (und mit allmählichem Verbrauch des Kapitals) die Rentenansprüche abgegolten werden könnten. Der LBK wäre dann von dieser Last befreit und könne wirtschaftlich arbeiten.

2.4.

Der tatsächliche Ablauf der Privatisierung

Die Privatisierung lief in drei aufeinanderfolgenden Schritten ab:

Zunächst wurde die Anstalt öffentlichen Rechts aufgeteilt: In eine Besitz- und eine Betriebsgesellschaft. Die Besitzgesellschaft (LBK Immobilien) besitzt die Häuser und Grundstücke und vor allem die Schulden. Die Betriebsgesellschaft betreibt die Krankenhäuser und ist schuldenfrei.

Im zweiten Schritt wurde die Betriebsgesellschaft in eine GmbH umgewandelt (LBK GmbH). Im dritten Schritt wurden Anteile dieser GmbH an die Asklepios GmbH (Alleingesellschafter ist Dr. Broermann) veräußert.

2.5.

Und die Argumentation nach der Privatisierung

Damit war das geschehen, was nach vorheriger Argumentation nie sein durfte: Die Stadt übernahm die Verbindlichkeiten für die Altersversorgung ganz und gar. Denn die Besitzgesellschaft bleibt bei der Stadt und mit ihr die Schulden.

Deshalb verschwand dieses Argument in der Versenkung. Stattdessen wurde behauptet, auch ohne die Renten sei der LBK ein marodes Unternehmen, welches einen potenten Investor brauche. Dem Argument wurde schnell von den Sachverständigen, die den LBK untersuchten entkräftet.

Dann wurde behauptet, der LBK müsse modernisiert werden, um Spitzenmedizin und eine gute Versorgung in Hamburg zu behalten. Eine Begründung, wieso das ein privater Unternehmer besser können solle, als eine Anstalt öffentlichen Rechts, gab es nie.

Peinlichkeit am Rande: In öffentlichen Veranstaltungen nannte der zuständige Staatsrat Dr. Wersich ausgerechnet die Einführung der Telemedizin (z.B. die Online-Befundung von Röntgenbildern durch einen Facharzt an einem anderen Ort) als Beispiel und musste sich vorhalten lassen, dass die Telemedizin im LBK schon ein alter Hut war.

Es gibt inzwischen kein Argument des Senats mehr, das nicht von Kennern der Materie widerlegt worden wäre.

Die Fähigkeiten des Investors Asklepios GmbH erscheinen auch in einem ganz anderen Licht, wenn man weiß, dass die Asklepios GmbH kein einziges Krankenhaus in der Größe eines der LBK-Häuser betrieben hatte. Die meisten Häuser des Asklepioskonzerns haben um die 200 Betten, das größte hatte 400 Betten, beim LBK fängt es mit 600 Betten an. Außerdem gibt es bei Asklepios keine Erfahrungen mit einem Verbund mehrerer Krankenhäuser, wie es der LBK ist.

2.6

Aus den Bedingungen des Kaufvertrages

Der LBK hatte zur Zeit der Privatisierung eine Bilanzsumme von 1,2 Milliarden Euro. In zwei Tranchen sollen 74,5% der Anteile zur Asklepios GmbH wechseln. Der Kaufpreis dafür soll 318 Millionen Euro betragen. Außerdem bringt Asklepios zwei kleinere Häuser (Rissen und eine kleine ReHa-Klinik in Bad Schwartau) in den LBK ein.

Bis zum 1. Januar 2007 hat die Stadt noch die Mehrheit der Anteile. Aber sämtliche unternehmerischen Entscheidungen trifft Asklepios jetzt schon allein.

Die LBK GmbH zahlt – anders als zuvor vom Senat dargestellt – keine Miete oder Pacht an die LBK Immobiliengesellschaft. Dies sei mit dem Kaufpreis für 99 Jahre abgegolten.

Der Kaufpreis darf um 70 Mio. Euro gemindert werden, wenn in den nächsten Jahren der LBK nicht die Gewinnerwartungen von Asklepios erfüllt.

Ein Krankenhaus aus dem LBK soll weiterverkauft werden. Inzwischen ist heraus, dass es das AK Eilbek sein soll.

Für die Beschäftigten dieses Krankenhauses soll es nicht das „kleine Rückkehrrecht“ aus dem alten LBK Gesetz geben, d.h. sie dürfen nicht im LBK bleiben.

2.7

Die jetzige Lage im LBK

Asklepios stellt jetzt den LBK wieder als ein sanierungsbedürftiges Unternehmen hin, weil er schuldenbelastet sei. Das kommt aber nur daher, dass Asklepios von dem Kaufpreis tatsächlich nur 19,2 Millionen Euro zahlt. Der Rest soll vom LBK selber erwirtschaftet werden. Daher müssen Kredite aufgenommen werden, mit der Folge, dass die LBK GmbH mit einem Minus von ca. 250 Mio. Euro startet. Das hält jetzt als Begründung dafür her, dass die Beschäftigten Verzicht leisten sollen.

Asklepios beginnt jetzt schon mit massivem Stellenabbau. Den Beschäftigten des AK Eilbek wird angedroht, wenn sie nach § 613a BGB dem Betriebsübergang widersprechen, sie zu kündigen.

Zum 30. 6. 2005 hat der LBK den Arbeitgeberverband verlassen und inzwischen gemeinsam mit dem UKE und einigen Wurmfortsätzen beider Hauptakteure einen neuen Arbeitgeberverband gegründet. Die Wirkung für die bisherigen Beschäftigten ist die statische

Fortgeltung des alten Tarifvertrags, bis ein neuer abgeschlossen wird (Nach dem Tarifvertragsgesetz).

Der neue Arbeitgeberverband versucht mit dem Marburger Bund oder dem Beamtenbund einen neuen Tarifvertrag abzuschließen. Jetzt hat dieser Arbeitgeberverband „Verbandsrichtlinien“ beschlossen, die zum einen die Basis für den künftigen Tarifvertrag bilden sollen, zum anderen bei Neueinstellungen per Einzelarbeitsvertrag den Beschäftigten aufgedrückt werden.

Einige wesentliche Bestandteile:

- Es wird grundsätzlich nur noch befristet eingestellt.
- Erhöhung der Arbeitszeit auf 42 Stunden pro Woche. Auf „freiwilliger“ Basis auch bis zu 48 Stunden.
- Wegfall des Weihnachts- und Urlaubsgeldes.
- Wegfall eines Großteils der Zeitzuschläge, Schichtzuschläge und aller Überstundenzuschläge.
- Kürzung des Jahresurlaubs um 3 oder 4 Tage (je nach Altersstufe).
- Wegfall des Zusatzurlaubes für Wechselschichtarbeit (bisher bis zu 4 Tagen im Jahr).
- Verkürzung der Kündigungsfristen.
- 39% des Gehalts wird als Leistungszulage gezahlt, die aber vom Gewinn des Betriebes abhängt. Mit anderen Worten: Man kann nur mit 61% des Gehalts fest rechnen, der Rest unterliegt der Willkür.
- Absenkung der verbleibenden Grundgehälter im Durchschnitt in einer Größenordnung von ca. 10%.

Einige Beispielrechnungen ergeben jeweils Verluste in Höhe von mehreren hundert Euro, in Einzelfällen auch über 1.000 Euro.

Ver.di verhandelt (zu Recht) darüber nicht. Leider verhandelt der Marburger Bund, offenbar in der Absicht, für die Ärzte auf Kosten des anderen Personals einen Gehaltszuwachs herauszuholen. Es soll auch Verhandlungen mit dem Beamtenbund geben. Diese Verhandlungen sind eine ernsthafte Bedrohung, weil so ein Tarifvertrag die statische Fortgeltung des alten beenden würde. Die Kampfkraft des Beamtenbundes und die Interessenlage des Marburger Bundes sprechen nicht dafür, dass dabei für die Masse der Beschäftigten etwas anderes herauskommen würde, als die Arbeitgeber jetzt schon per Verbandsrichtlinie tun.