

Systemwechsel in der Krankenhausversorgung Klinikkonzerne profitieren von politischen Weichenstellungen und Privatisierungswelle bei öffentlichen Krankenhäusern

junge welt 15.03.2006 / Thema / Seite 10

Unter dem Titel »Innovation und Öffentlichkeit – Herausforderungen für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft« lud die Financial Times Deutschland am 14. und 15. März 2006 zu ihrer ersten »FTD-Konferenz Gesundheitswirtschaft« ein. Eingeladen waren in erster Linie »Entscheider aus der ersten und zweiten Führungsebene von Kliniken, Krankenkassen, Pharma- und Medizintechnikunternehmen, Dienstleistern, Beratungsfirmen, Banken und Investoren.« Neben der Suche nach »lukrativen Geschäftsfeldern«, ging es bei der Konferenz um Öffentlichkeitsarbeit und Krisen-PR in der Gesundheitsbranche. Die Privatisierung oder das Schließen von Krankenhäusern will der Öffentlichkeit schließlich gut vermittelt sein, um Reibungsverluste zu vermeiden. Der Veranstaltungsort könnte mit der Repräsentanz von Bertelsmann in Berlin-Mitte denn auch nicht besser gewählt sein. Bei dem Medienkonzern und Think Tank versteht man sich bestens auf gute Geschäfte und deren mediale Aufbereitung. Im Gesundheitswesen agieren die Bertelsmänner mit dem Centrum für Krankenhausmanagement (CKM) und dem »Health Policy Monitor«, welcher im internationalen Vergleich nach den profitabelsten Reformideen Ausschau hält. Mit Brigitte Mohn sitzt zudem eine führende Frau der Bertelsmann-Stiftung im Aufsichtsrat der Rhön-Klinikum AG. Der Vorstandsvorsitzende des Krankenhauskonzerns ist seit Juli 2005 der CDU-Mann und ehemalige Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wolfgang Pföhler. Laut Deutschem Ärzteblatt prägte Pföhler seit Jahren die Krankenhauspolitik auf Bundes- und Landesebene. Auf der FTD-Konferenz soll er zum Thema »Neue Anreize – Wie sich mehr Wettbewerb in das Gesundheitssystem bringen läßt« referieren.

Ohne Wenn und Aber

Einen »neuen Anreiz« für Kapitalanleger bietet der börsennotierte Konzern in seiner Selbstdarstellung im Internet: »Wir würden den Versuch, uns auf BAT-Niveau binden zu wollen, als Angriff auf die Zukunft unserer Krankenhäuser betrachten.« Gängig sind in den Rhön-Kliniken Haustarifverträge, die unter anderem die jeweiligen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und die Betriebsstrukturen vor Ort berücksichtigen bzw. ausnutzen. »Als problematisch«, so das Rhön-Management, »haben wir immer empfunden, wenn Personalvertretungen bis zum letzten Tag gegen die Privatisierung kämpfen, um dann, wenn sie beschlossen ist, den neuen Herausforderungen unvorbereitet gegenüberzustehen.« Bis zum letzten Tag kämpften im letzten Jahr die Belegschaften und die Bürgerinitiative »Rettet die Klinika« gegen den Verkauf des

Universitätsklinikums Gießen-Marburg an Rhön. Zwar konnte die Privatisierung, die unter der politischen Schirmherrschaft des hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch stand, nicht verhindert werden, aber der Protest war bundesweit vernehmbar, und die Belegschaften haben eine breite Solidarität erfahren. Von der Initiative »Rettet die Klinika« wurde angekündigt, zukünftig die Rolle »des Wächters über die Privatisierung« einzunehmen. Diese Aufgabe wird dringend notwendig sein. Kurz nach dem spektakulären Deal verkündete der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Rhön AG und neue Arbeitsdirektor des Uniklinikums, Gerald Meder, man wolle nun »rasch an die Arbeit gehen«. Zu dieser Arbeit gehört zunächst ein »Personalentwicklungskonzept«, nach dem Stellenkürzungen durch einen Sozialfonds abgedeckt werden sollen, und der Abschluß eines »dynamischen Haustarifvertrages«. Letzteres bevorzugt Rhön im Regelfall bereits vor einer solchen Übernahme zu bewerkstelligen, »damit alle Beteiligten ohne WENN und ABER wissen, was geschieht und was zu erwarten ist.«

Was auf dem »Krankenhausmarkt« derzeit geschieht und welche Negativbilanz für die Beschäftigten und Patienten verstärkt zu erwarten ist, erklärt sich aus den Renditeerwartungen der Kapitalmärkte und der willfährigen Entsprechung dieser Interessen durch landes- und bundespolitische Weichenstellungen. Die »wettbewerbliche Ausrichtung« des Gesundheitssystems, wie sie von der SPD-Grünen-Bundesregierung eingeleitet und im Koalitionsvertrag von SPD/CDU/CSU verankert wurde, hat einen Systemwechsel der Krankenhauslandschaft zum Ziel. Dies kommt nicht von ungefähr, da mit 500 Milliarden Euro jährlichem Umsatz die Gesundheitswirtschaft zu den ausgemachten Zukunftsmärkten privaten Kapitals gehört. Allein 90 Milliarden Euro macht dabei die stationäre Krankenhausversorgung aus.

Schließen oder verkaufen

In der Praxis realisiert sich der angestrebte Wechsel durch ein neues System der Krankenhausfinanzierung, die bislang auf einem dualen System der privaten und gesetzlichen Krankenkassen sowie der Bundesländer basierte. Über die Pflegesätze der Krankenkassen wurden die Betriebsmittelkosten der Krankenhäuser entsprechend den Liegezeiten der Patienten gedeckt, was mit der Einführung des Diagnosis-Related-Groups-Systems (DRG) radikal verändert wurde. Mit der bundesweit verbindlichen Einführung der Vergütung nach DRG-Fallpauschalen werden die Krankenhausleistungen nicht mehr nach der Verweildauer im Krankenhaus, sondern nach festgelegten Pauschalen für definierte Krankheitsbilder vergütet. Für die nicht auf Profitmaximierung ausgelegten Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft führt dieser Systemwechsel unweigerlich zu massiven Einnahmeverlusten.

Erschwerend kommt für die öffentlichen Häuser hinzu, daß sie trotz steigendem Investitionsbedarf immer weniger Investitionen tätigen können, vor allem »weil die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung kaum noch

nachkommen«, wie das Deutsche Ärzteblatt kürzlich bemerkte. Der aktuelle Haushaltsentwurf des Landes Nordrhein-Westfalen bestätigt diese Tendenz. In einer Presseerklärung vom 22. Februar 2006 fordert der Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) die Landesregierung auf, »ihrer Verantwortung und der gesetzlichen Verpflichtung, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen, nachzukommen.« Vorgesehen ist eine Kürzung des Landeskrankenhausetats um knapp 90 Prozent von 255 auf 30 Millionen Euro. »Mit dieser Kürzung und dem damit verbundenen Bewilligungsstopp würden dringend notwendige Neubau-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahmen verhindert«, so der Präsident der KGNW. Nach einer Untersuchung der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat sich durch die Etat Kürzungen der Länder bundesweit ein Investitionsstau von rund 50 Milliarden Euro aufgebaut, wodurch mittelfristig zu befürchten sei, daß eine hochwertige Versorgung nicht mehr flächendeckend zur Verfügung stünde. Die unmittelbare Folge skizziert ein Arbeitspapier der Allianz Group und Dresdner Bank. Dieses sieht in der Finanzknappheit und dem dadurch »enorm hohen Kapitalbedarf für Investitionen die wesentliche Triebfeder für die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser.« Gegenüber öffentlichen Häusern hätten private »klare Vorteile« beim Zugang zum Kapitalmarkt, die sich aus dem besseren »Rating« ergeben würden. Aus den politisch verursachten »Sachzwängen« werden der Öffentlichkeit nur noch die Optionen vermittelt: Verkaufen oder Schließen.

Von den im Jahr 2004 gezählten 2 166 Krankenhäusern werden nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft in den nächsten zehn Jahren 15 Prozent ihre Pforten schließen müssen, pessimistischere Prognosen gehen sogar von 25 bis 30 Prozent aus. »Dieser Marktberreinigung werden in erster Linie öffentliche Krankenhäuser zum Opfer fallen«, schreiben Allianz und Dresdner Bank, wodurch sich die Marktposition für private Krankenhausgesellschaften deutlich verbessern wird. Deren Anteil an Krankenhäusern erhöhte sich zwischen 1991 und 2004 von 14,8 auf 25,6 Prozent und soll bis 2015 die 40-Prozent-Marke erreichen. In absoluten Zahlen verringerte sich die Anzahl öffentlicher Häuser im genannten Zeitraum von 1 110 auf 780, während die privaten von 358 auf 555 zulegten. 831 Krankenhäuser werden von freigemeinnützigen Trägern wie dem Deutschen Roten Kreuz oder der Arbeiterwohlfahrt gehalten.

Die großen Vier

Mit großem Abstand zur Konkurrenz beherrschen vier private Krankenhauskonzerne das derzeitige Marktgeschehen. Zusammen wollen Rhön, Fresenius, Asklepios und Sana mit ihren Kliniken in diesem Jahr an die sieben Milliarden Euro umsetzen. In der strategischen Ausrichtung unterscheiden sich die Konzerne unter anderem in der Auswahl der bevorzugten Klinikgrößen. Rhön übernimmt in der Regel kleinere Häuser, um das Konzept der Tele-Portal-Klinik umzusetzen. Dabei dienen große Kliniken, wie das Universitätsklinikum Gießen-Marburg als Basis, von der aus über

Onlineverbindungen zu kleineren Häusern Spezialistenwissen rund um die Uhr abgerufen werden kann. Der Einsatz von »virtuell anwesenden Spezialisten« soll Diagnoseverfahren ermöglichen, die in früheren Krankenhäusern der Grundversorgung nicht möglich gewesen wären, wie Wolfgang Pföhler im Deutschen Ärzteblatt erklärt. Eine andere Strategie verfolgen die Helios-Kliniken, die in erster Linie große Akut-Krankenhäuser mit regionalen Schwerpunkten aufkauften. Den Konzernen gemein ist ihr guter Zugang zum Kapitalmarkt, der sich häufig durch direkte Beteiligungen von Investment- oder Versicherungsgesellschaften wie der Allianz herstellt. Übernahmen auch ganzer Klinikketten sind dadurch jederzeit möglich. Wie z. B. Ende letzten Jahres, als neben Rhön auch die Fresenius AG für Schlagzeilen sorgte. Für 1,5 Milliarden Euro übernahm der weltweit tätige Gesundheitskonzern im Oktober 2005 die Fuldaer Helios-Kliniken, einen der bis dahin bundesweit größten Krankenhauskonzerne. Unter dem Dach der Fresenius-Tochtergesellschaft Fresenius Pro Serve werden die Helios-Kliniken mit den zuletzt defizitären Wittgensteiner Kliniken zusammengeführt. Ein Grund für den Zukauf mag laut Deutschem Ärzteblatt gewesen sein, »daß Helios-Kliniken ihre Patienten bald in Wittgensteiner Kliniken zur Rehabilitation schicken können.« Absehbar sei auch, auf wessen Produkte Helios künftig bei Patienten mit chronischen Nierenversagen zurückgreift, da Fresenius der weltweit führende Anbieter von Dialyseprodukten ist. Wie die anderen Klinikkonzerne setzt Fresenius auf Wachstum und spekuliert auf günstige Einkaufsmöglichkeiten im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser.

Ein Schnäppchen dieser Art konnte vor einem Jahr die Asklepios Kliniken GmbH in Hamburg machen. Nach dem üblichen Privatisierungsmuster wurden die sieben zum Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) zusammengefaßten Krankenhäuser vor dem Verkauf wirtschaftlich rentabel aufgestellt und in eine GmbH überführt. Gegen einen Volksentscheid und den Widerstand der Belegschaften wurde der LBK zu einem Schleuderpreis an Asklepios verkauft und soll möglicherweise schon im nächsten Jahr an der Börse plaziert werden. Unter der neuen Leitung hat der LBK im Juni 2005 den Arbeitgeberverband verlassen und ist bestrebt, die 42-Stunden-Woche ohne Lohnausgleich, weniger Urlaub und andere Einschnitte gegen die Beschäftigten durchzusetzen.

Kurzer Weg zum Friedhof

Der vierte große Klinikkonzern ist auf Grund seiner Eigentümerstruktur ein Sonderfall. 1976 wurde die Sana Kliniken GmbH von privaten Krankenversicherungen gegründet, um ein Gegengewicht zum »klassenlosen Krankenhaus« zu schaffen und der Klientel der Privatversicherten eine komfortable stationäre Versorgung zu gewährleisten. Zu den größten der heute 33 Anteilseigner gehören die Deutsche Krankenversicherung (DKV), Signal, Allianz und Continentale Versicherung. Zuletzt übernahm Sana im Februar die fünf Krankenhäuser des Paritätischen Unternehmensverbundes (PUV), die jetzt unter dem Namen »Sana Kliniken Berlin-Brandenburg« firmieren. »Durch den Ausbau der bereits eingeleiteten Vernetzung zwischen den bestehenden ambulanten

und stationären Strukturen könnten«, so der Sana-Generalbevollmächtigte Otto Melchert, »in Berlin und Brandenburg zukunftsweisende Versorgungsangebote geschaffen werden.«

Zukunftsweisendes sollte auch in Remscheid entstehen, wo Sana mit dem »Klinikum der kurzen Wege« ein Krankenhaus baute, das »Modellcharakter« für die deutsche Krankenhauslandschaft haben sollte. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ließ es sich im Mai letzten Jahres nicht nehmen, zur Einweihung von »Europas modernstem Krankenhaus« nach Remscheid zu reisen und »den Remscheider Weg der Privatisierung« in ihrer Festrede zu loben. Doch die Feierstimmung hielt nicht lange an, da sich das »Klinikum der kurzen Wege« innerhalb kurzer Zeit zu einem Verweilort des kürzesten Weges auf den Friedhof zu entwickeln schien.

»Chaotische Verhältnisse« im Sana-Klinikum« titelte der Remscheider Generalanzeiger nur zwei Monate nach der Einweihung. Teile der Remscheider Ärzteschaft würden das Sana-Klinikum bereits boykottieren, so der Generalanzeiger, »aus Sorge um das Wohl ihrer Patienten.« Es sei zu »offensichtlichen Fehldiagnosen bei Herzinfarkt, Brustkrebs oder Thrombose, Vernachlässigung bettlägeriger Patienten, fataler Fehler bei der Versorgung gekommen«, zitierte das Blatt den stellvertretenden Sprecher der Remscheider Ärzteschaft.

Doch es kam noch dicker: »Kripo bei Sana: Noch ein Fall«, so der Titel vom 20. September. »Nur vier Tage nach dem Tod eines 38jährigen bei einer Routineoperation vermeldete das Sana-Klinikum gestern einen weiteren ungeklärten Todesfall.«

Als sich das Image des Konzerns endgültig der Talsohle näherte, ging Sana in die Offensive und erhielt für ihre Krisen-PR politischen Rückenwind von CDU und SPD. »Nach den Erläuterungen von Sana-Regionaldirektor Jacob A. Bijkerk und dem Remscheider Geschäftsführer Richard Kreutzer in nicht-öffentlicher Sitzung herrschte im Rat allenthalben Zufriedenheit«, kommentierte der Generalanzeiger am 21. September und zitierte den CDU-Fraktionschef Karl Heinz Humpert mit den Worten: »Ich hatte den Eindruck, daß Sana die Probleme sehr offen und konsequent angeht.« Der SPD-Kollege Hans Peter Meinecke schloß sich der Imagepolitik für Sana mit den lapidaren Worten an: »Daß im Krankenhaus jemand stirbt, kommt immer mal wieder vor.«

Profit im Fallpauschalensystem

Daß mit der profitorientierten Umstrukturierung der Krankenhäuser die Qualität der Versorgung Einbußen erleiden muß, wird nicht nur in NRW kaschiert. Und daß Tariffucht und Stellenabbau nicht nur eine Erscheinung bei den privaten Klinikbetreibern ist, belegt die Situation in Berlin. Wie die Privaten es gerne tun, stieg auch der SPD/Linkspartei-Senat aus dem Flächentarifvertrag aus und betreibt seither – unter den Vorgaben der Berater von Roland Berger und McKinsey – massiven

Stellenabbau in der Charité und den Vivantes-Kliniken, privatisiert Unternehmensteile oder gliedert sie aus.

Die mit der Einführung des oben erwähnten Fallpauschalensystems entstandene Verbetriebswirtschaftlichung der stationären Krankenversorgung, wirkt im Zusammenspiel mit dem Rückzug der Finanzierung der Länder insbesondere auf die Löhne der Beschäftigten. Da rund zwei Drittel der Kosten im Krankenhausbereich Personalkosten sind, bestehen hier die größten Einsparpotentiale. Auf Kostenstrukturen und Einsparungen im DRG-Fallpauschalensystem spezialisiert ist das Institut für Medizinisch-ökonomisches Consulting (IMC) des früheren Vivantes-Sanierungschefs Wolfgang Schäfer. In einer Informationsschrift des Instituts heißt es bezüglich der Lohnkosten: »Mit der Finanzierung der Krankenhausleistungen über DRG wird faktisch für jeden Fall nur noch ein normierter Personalkostenanteil vergütet. Das bedeutet, der Erlös und nicht der Aufwand für die Einzelleistung bestimmen maßgeblich den Stellenplan.« Als Lösung des entstehenden Kostenproblems bietet das IMC mit dem Programm »Personal+« »ein Planungs- und Steuerungsinstrument, das Ihnen auf Ihr Leistungsspektrum zugeschnitten abteilungsgenau den finanziellen Rahmen für Ihre Personalkosten aufzeigt.« Bezüglich der Qualität der Patientenversorgung, den Löhnen, der Beschäftigtenzahl und den Arbeitsbedingungen weist der Name des Programms in die völlig verkehrte Richtung, denn ein Plus ist hier nirgends zu erwarten, allenfalls in der Geschäftsbilanz.

Ein Blick in die Krankenhauskalkulation für Fallpauschalen soll dies verdeutlichen: Auf Grundlage der Behandlungs- und durchschnittlichen Kostenstruktur der Krankenhäuser werden die DRG-Fallgruppen (Krankheitsbilder und deren Schwere) definiert und für jedes Bundesland sogenannte Basisfallwerte vorgeschrieben (für Berlin sind das derzeit 3 000 Euro). Je nach Aufwand zur Behandlung einer Krankheit werden bundeseinheitliche Kostengewichte festgelegt. Die Vergütung einer Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation des Fallwertes mit dem für jede Fallgruppe festgelegten Kostengewicht. So würde z. B. eine leichte Beinverletzung mit dem Kostengewicht von 0,43 multipliziert mit 3 000 eine Vergütung von 1 290 Euro für ein Krankenhaus in Berlin erbringen, wohingegen aus der Transplantation einer Niere mit dem Kostengewicht 12,975 ein Erlös in Höhe von 38 925 Euro resultieren würde. Von den Erlösen sind die Material- und Betriebskosten sowie die Personalkosten abzuziehen, um den Gewinn zu ermitteln. Den größten Kostenfaktor stellt das Pflegepersonal dar. Deren Arbeitszeit am einzelnen »Fall«, wie auch die des ärztlichen Personals, wird auf Minuten heruntergerechnet und geht mit 50 bis 60 Cent pro Pflegeminute in die Kostenrechnung ein. Was in der Industrie die Lohnstückkosten sind im DRG-System die Lohnfallkosten, die es aus der Warte des Managements zu reduzieren gilt. Die Stellschrauben zur Senkung der Lohnfallkosten sind wie in der Industrie schnell ausgemacht: Reduzierung der Löhne und die Verkürzung der Taktdauer, sprich der Arbeitszeit am einzelnen »Fall«. Die Pflegearbeit untersteht somit einem strikten Zeitregime, dem auch die Patienten unterworfen sind, deren möglichst frühe Entlassung aus Kostengründen angestrebt wird. Das führt wiederum dazu, daß die Arbeitsintensität auf den Stationen immens zunimmt.

Zur Gewinnmaximierung gehören außerdem die Erhöhung der Fallzahlen und die Optimierung des sogenannten Casemix, der sich aus dem durchschnittlichen Kostengewicht errechnet. Je nach strategischer Ausrichtung spezialisieren sich die Krankenhauskonzerne auf bestimmte Krankheitsbilder, die entweder durch ein hohes Kostengewicht bei relativ geringem Pflegeaufwand oder durch fließbandartige Massen-Behandlungsoptimierung für steigende Gewinne sorgen. In ihrem Geschäftsbericht 2004 heben die Sana-Kliniken dementsprechend hervor, daß »mehr als 65 Prozent der Umsätze in vier Hauptdiagnosegruppen generiert« wurden. Zudem sei die durchschnittliche Verweildauer von 7,8 auf 7,6 Tage gesenkt worden. Derlei Kennziffern stimulieren die Investoren, während sich manch Patient oder Patientin über gestreßtes Pflegepersonal ärgert und sich über eine frühzeitige Entlassung in die ambulante Versorgung wundern dürfte.

Ein Wachhund für den Extraprofit

DRG-Watchdog nennt sich ein für den Klinikbetrieb entwickeltes kostenlos beziehbares Programm der Trillium GmbH. Gefördert wird der Wachhund von der Diagnostica-Industrie, deren Umsätze mit dem kleinen Hilfsmittel beflügelt werden sollen. Krankenhäuser haben mit dem Programm, das in der neuesten Version seit Mai 2005 herunterzuladen ist, die Möglichkeit profitable Nebendiagnosen ausfindig zu machen. In Tausenden von Kombinationen mit einer Haupterkrankung können die Ergebnisse zu Erlössteigerungen von bis zu mehreren tausend Euro pro Fall für ein Krankenhaus ausmachen. Wie einfach das funktioniert, erklärt die Industrie an dem Beispiel einer Hepatitis: »Die Vergütung für einen Kranken erhöht sich um rund 1 000 Euro, wenn gleichzeitig eine behandlungsbedürftige Herzinsuffizienz oder eine Hypokaliämie plus Hyperthyreose vorliegen. Die Kosten für die nötigen Untersuchungen sind dagegen gering. Zur Feststellung der Hypokaliämie genügen Kaliumbestimmungen, die weniger als einen Euro kosten. Für die Erkennung der Herzinsuffizienz ist ein Labortest nötig, der rund zehn Euro kostet sowie eventuell ein Echokardiogramm für rund 100 Euro.« Farbige Säulen signalisieren dem gewieften Chefarzt unübersehbar, mit welcher Haupt- und welchen Nebendiagnosen die höchsten Erlöse zu erzielen sind.

„Nach der Reform ist vor der Reform“

Wie die Bertelsmann-Stiftung die Ökonomisierung des Gesundheitswesens vorantreibt und engagiert ist, wenn Krankenhäuser privatisiert werden

„Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung bestätigen meinen Kurs der Reformen in der Gesundheitspolitik. Unser Gesundheitssystem ist gut, erfordert aber Reformen, um Bewährtes zu erhalten und Qualität zu verbessern. Mit der Gesundheitsreform haben wir für mehr Transparenz im Gesundheitswesen gesorgt und die Qualität gestärkt.“

Die hier aus einer Pressemitteilung vom 9. Dezember 2004 zitierten Worte der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt klingen alltäglich. Denn es ist inzwischen eher die Regel als die Ausnahme, dass Stellungnahmen von privaten Beraterfirmen, Instituten oder Stiftungen die Grundlage politischer Entscheidungsprozesse darstellen. Dass aber Untersuchungsergebnisse einer einzigen privaten Institution zum Gradmesser von Erfolg oder Mißerfolg politischer Reformen erhoben werden, läßt aufhorchen. Noch dazu, wenn diese von der Bertelsmann-Stiftung geliefert werden. Der Einfluß der Stiftung auf die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland vollzieht sich indes nicht nur über die regelmäßig erstellten Gesundheitsmonitore und internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen. Mit dem Centrum für Krankenhaus-Management (CKM) verfügt Bertelsmann zudem über ein Universitätsinstitut, welches den Wettbewerb zur Grundlage des Krankenhaussystems erhebt und die Privatisierung von Krankenhäusern aktiv begleitet.

I. Gesundheitsministerium und Bertelsmann – Eine strategische Kooperation

Auf die Verschleierung von Interessenslagen und das Verschießen von Nebelkerzen versteht sich Bertelsmann auf das Beste – es stellt sozusagen das Kerngeschäft des Konzerns und der Stiftung dar. Wirken die Bertelsmann Massenmedien unmittelbar in die breite Öffentlichkeit, so verortet die Stiftung ihr Wirken in strategische Räume: „In strategischen Räumen wollen wir die Kurzatmigkeit des politischen Tagesgeschäftes hinter uns lassen und gemeinsam mit Entscheidern tragfähige Lösungen erarbeiten, von denen wir alle profitieren,“ so der Vorstand der Stiftung im Vorwort zum Jahresbericht 2005 (Bertelsmann Stiftung Jahresbericht 2005: 4).

Im Gesundheitswesen wirkt die Stiftung auf verschiedenen Wegen in diese strategischen Räume. Diese sind u.a.:

- persönliche Kontakte;
- Treffen und Konferenzen;
- die Schriftenreihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“;
- der regelmäßig erscheinende „Gesundheitsmonitor“;
- die Verleihung des „Deutschen Präventionspreises“;
- das „Centrum für Krankenhaus-Management“ (CKM)

Auf alle der hier aufgeführten Aspekte werde ich an dieser Stelle nicht eingehen, sondern mich exemplarisch auf den Präventionspreis, den Gesundheitsmonitor und das CKM beschränken.

Eine illustre Runde – Das Bertelsmann Kuratorium

Der „Deutsche Präventionspreis“ wird seit 2003 jährlich für „herausragende und vorbildliche Ansätze und Beiträge zur Prävention und Gesundheitsförderung“ verliehen, so eine Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums. Im letzten Jahr war der Preis für das Thema „Gesund in der zweiten Lebenshälfte – 50+“ ausgeschrieben und wurde öffentlichkeitswirksam von Dr. Brigitte Mohn und Dr. Elisabeth Pott von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an ein Zentrum für Geriatrie überreicht. Schirmherrin des Preises ist Ulla Schmidt, Trägerinnen sind ihr Ministerium, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Bertelsmann-Stiftung. Dass diese enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Stiftung keine flüchtige Kooperation darstellt, zeigt sich nicht zuletzt an einer ganz speziellen Personalie. Bertelsmann-Stiftung und Konzern werden quasi wie ein erweiterter Familienbetrieb geführt, was dem Gesamtkomplex Bertelsmann den Beinamen „Mohnsekte“ einbrachte. Im fünfköpfigen Vorstand finden sich derzeit neben Dr. Gunter Thielen, Dr. Johannes Meier und Dr. Jörg Dräger zwei Angehörige der Familie Mohn: die Dame von Welt, Liz Mohn und ihre Erbin Brigitte Mohn, die seit 2001 Vorstandsvorsitzende der Stiftung „Deutsche Schlaganfall-Hilfe“ und seit 2002 innerhalb der Bertelsmann-Stiftung die Leiterin des Themenfeldes „Gesundheit“ ist. Interessanter als die Zusammensetzung des Vorstands, ist die illustre Runde von Persönlichkeiten, die das Kuratorium der Stiftung stellen. Dessen 14 Mitglieder sollen - ähnlich wie ein Aufsichtsrat - beratend und kontrollierend tätig sein, wie der Jahresbericht vorgibt. Es stellt sich allerdings die Frage, wer hier wen beraten, geschweige denn kontrollieren soll. Schließlich ist das Kuratorium lediglich genehmen Freunden und Freundinnen des Hauses vorbehalten, „die durch ihre Tätigkeit besonderes Interesse und praktischen Bezug zu den Aufgaben der Stiftung nachgewiesen haben und über Führungserfahrung und Verständnis für die Fortschreibung von Ordnungssystemen verfügen“ (Bertelsmann Stiftung Jahresbericht 2005: 83). Das Kuratorium ist also weniger Aufsichtsrat als vielmehr eine Versammlung von Eliten aus Politik und Wirtschaft. Anders ausgedrückt: das Kuratorium ist der personelle Ausdruck des Wirkens der Stiftung in strategische Räume. Einer dieser strategischen Räume ist das Bundesgesundheitsministerium und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, deren Direktorin Elisabeth Pott Mitglied des Kuratoriums ist. In treuer Ergebenheit bedankt sich Frau Pott in einem Grußwort zum Präventionspreis bei der Stiftung: „Ich freue mich über die Partnerschaft mit der Bertelsmann Stiftung, die in der qualitätsgesicherten Abwicklung von bundesweiten Wettbewerben Standards gesetzt hat und engagiert in der gesundheitlichen Prävention tätig ist. Darüber hinaus ist die Stiftung ein konsequenter Verfechter der Evaluation aller Maßnahmen. Von diesem Engagement wird der Präventionspreis profitieren. Für die kooperative und produktive

Zusammenarbeit in der Vorbereitungsphase möchte ich der Bertelsmann Stiftung noch einmal ganz herzlich danken“. (Die ursprüngliche Quelle dieses Zitats aus dem Internet ist leider heute nicht mehr verfügbar)

Neben Elisabeth Pott und drei Bertelsmann-Leuten - Reinhard und Liz Mohn sowie Dieter H. Vogel - finden sich in diesem Gremium außerdem:

- der Generaldirektor der Nestlé AG, Werner J. Bauer;
- der Vorstandsvorsitzende der E.ON AG, Wulf Bernotat;
- Wolf Bauer (Vorsitzender der Geschäftsführung der UFA Film und TV Produktion);
- Prof. Drs. Uwe Bicker (Vorsitzender des Kuratoriums der Aventis Foundation);
- Dr. Karl-Gerhard Eick (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Telekom AG);
- Prof. Dr. h. c. Klaus-Dieter Lehmann (Präsident des Goethe-Instituts);
- Eduardo Montes (Präsident FerroAtlántica-Gruppe, Executive Advisor des Vorstandsvorsitzenden Siemens);
- Prof. Dr. Thomas Rauschenbach (Vorstandsvorsitzender und Direktor des Deutschen Jugendinstituts);
- Dr. Wolfgang Schüssel (ehemaliger Bundeskanzler Österreichs);
- Klaus-Peter Siegloch (Stellvertretender Chefredakteur des ZDF);

Der Gesundheitsmonitor und das Ende der Solidarität

Enge Zusammenarbeit mit Bertelsmann pflegt das Gesundheitsministerium aber nicht nur bei der Vergabe des Präventionspreises, wie die eingangs zitierte Bezugnahme der Gesundheitsministerin auf den „Gesundheitsmonitor“ zeigt. Dass sich die Ministerin ihre Reformpolitik von Bertelsmann gerne bestätigen läßt, liegt auf der Hand – eine bessere PR-Agentur ließe sich kaum finden. Fundamentale Kritik ist zudem ausgeschlossen, entsprechen die „Reformen“ doch den Vorgaben und Grundwerten der Stiftung: „Freiheit“ und „Wettbewerb“ sowie den Forderungen der Kapitaleseite nach neuen Bereichen der Verwertung.

Der „Gesundheitsmonitor“ erscheint seit 2001 in regelmäßigen Abständen und befragt Versicherte und Ärzte zu „ihren Erfahrungen im deutschen Gesundheitswesen“. Dabei legt die Bertelsmann-Stiftung in ihrem Magazin „Forum“ Wert darauf zu betonen, dass sie als „neutrale Institution Umfragen jenseits von Partikularinteressen durchführen und darauf aufbauend unabhängige Reformvorschläge entwickeln“ würde (Forum 4/2005: 36). Doch mit dem Gesundheitsmonitor will die Stiftung nach eigenen Angaben gar nicht neutral sein. Vielmehr gibt sie vor, sich auf die Seite der Versicherten zu schlagen, wenn es in dem bereits erwähnten Jahresbericht heißt: „Verbände und Interessengruppen von Ärzten, Krankenhäusern, Krankenversicherungen, der Medizintechnik und der Pharmaindustrie üben großen Einfluß auf die Gesundheitspolitik in unserem Land aus. Die Versicherten als wichtigste Gruppe finden allerdings kaum Gehör: Dabei finanzieren sie das Gesundheitssystem durch ihre Beiträge und kennen die Bedingungen aus der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gut“ (Bertelsmann Stiftung Jahresbericht: 25).

Bertelsmann: das Sprachrohr der unterdrückten und entrechteten Versicherten?
Brigitte Mohn auf den Spuren Robin Hoods?

Natürlich nicht, das Geschriebene ist der reine Etikettenschwindel. Bertelsmann ist weder neutral, noch nimmt diese Stiftung Position für die Versicherten oder Lohnabhängigen ein – ganz im Gegenteil.

Der Gesundheitsmonitor entpuppt sich als eine Art Frühwarnsystem, das anhand von Umfragen die Stimmungslage bezüglich geplanter Reformen erkundet. Damit wird die Stiftung zu einem wichtigen Informationsbeschaffungsinstrument für die Politik, ganz so, wie es sich die für den Gesundheitsbereich zuständige Brigitte Mohn vorstellt: „Unser übergeordnetes Ziel ist es, die Befragungsergebnisse Funktionsträgern in Politik und Selbstverwaltung zur Verfügung zu stellen. (...) Damit geben wir ihnen eine solide, aussagekräftige und unabhängige Basis für die Verbesserung des deutschen Gesundheitssystems aus Versichertenperspektive an die Hand“ (Forum 4/2005: 36). Doch die Stiftung leistet noch mehr. Zusätzlich zu den Ergebnissen bezüglich der Akzeptanz gegenüber Reformvorhaben liefert sie schmissige und Hegemonie fähige Schlüsselbegriffe und Kernsätze, mit denen sich Politik verkaufen lässt. „Eigenverantwortung“ (siehe der Beitrag von Matthias Volke) ist einer davon, einer der wichtigsten der letzten Jahre, der sich im gesamten sozial- und arbeitspolitischen Feld rund um die Hartz-Gesetze wiederfindet.

Schlüsselbegriffe und Kernaussagen werden bei Bertelsmann nicht aus dem hohlen Bauch erfunden, sondern sie werden systematisch entwickelt. Die Systematik und die Funktion des Monitors als Frühwarnsystem beschreiben Henrik Brinkmann und Melanie Schnee von der Bertelsmann-Stiftung in ihrem Text „Eigenverantwortung im Gesundheitswesen“: „Ziel dieses Beitrages ist es, die verschiedenen Reformoptionen, die unter dem Etikett Eigenverantwortung angeboten werden, zu ordnen und durch den Spiegel des Gesundheitsmonitors bewerten zu lassen. Welche Formen der Eigenverantwortung finden die Zustimmung von Versicherten und Ärzteschaft, wo ist mit Widerständen und Vorbehalten zu rechnen?“ (http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_5947_2.pdf).

Bei den Befragungen geht es also nicht darum, die Meinungen der Versicherten auszuwerten, um sie dann deren Vorstellungen entsprechend in Politik umzusetzen. Es geht vielmehr darum, Stimmungen auszuloten. Und zwar in der Hinsicht: Wie weit können wir mit den nächsten Reformen gehen? Nach der Arbeitsweise professioneller PR-Agenturen wird erkundet, bei welchen Stichworten die Probanden gelassen, nervös oder emotional reagieren, um dann vorgegebene Lösungsansätze abzufragen.

Laut Brinkmann/Schnee wird das solidarische Versicherungssystem, „die Unterstützung der Alten durch die Jungen, der Kranken durch die Gesunden und der Einkommensschwachen durch die Einkommensstärkeren weiterhin durch die Bevölkerung getragen.“

Ein erfreuliches Ergebnis, könnte man meinen, doch nicht so für die Bertelsmann-Strategen. Deren weitergehende Frage lautet an dieser Stelle: „Doch welche Grenzen hat die Solidarität?“ Anschließend folgt der Katalog der Fragen, die „ganz neutral“ zu ermitteln helfen, wo Leistungen abgebaut werden können, bzw. Eigenbeteiligung am

ehesten akzeptiert würden. Bei Brinkmann/Schnee liest sich das so: „Die Ausgliederung bestimmter Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen und die Versicherung dieser Risiken in einer privaten Zusatzversicherung ist eine der häufig diskutierten Maßnahmen, bei der die Grenzen der Solidarität ausgelotet werden. Als Beispiele für mögliche auszugliedernde Leistungen wurden den Befragten des Gesundheitsmonitors Freizeitunfälle, Risikosportarten und Zahnersatz genannt. Die allgemeine Zustimmung zu einer derartigen privaten Zusatzversicherung ist im Vergleich zu der direkten finanziellen Beteiligung durch Zuzahlungen oder Selbstbehalte mit 46 Prozent relativ hoch.“

Es ist keine neue Erkenntnis, dass mit den „richtigen Fragen“ erwünschte Resultate vorprogrammierbar sind. Bei dem Gesundheitsmonitor funktioniert das, indem gut durchdachte Entsolidarisierungsmechanismen angesprochen werden. Das „Ende der Solidarität“ wurde am ehesten festgestellt bei „speziellen Risiken - wie etwa Sportunfälle – oder zusätzlich gewünschte Leistungen – beispielsweise Akupunktur“. Diese Dinge sollten „durch private Zusatzversicherungen eigenverantwortlich bezahlt werden.“

Ulla Schmidt wird es mit Freude zur Kenntnis genommen haben, dass sich laut Monitor in den letzten Jahren ein „Wandel im Anspruchsdenken“ vollzogen habe, „dass mehr eigenverantwortliche Elemente von der Bevölkerung durchaus akzeptiert werden – beispielsweise finanzielle Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten, Anreize für gesundes Verhalten oder mehr Wahlfreiheiten“ und insgesamt mehr „Zahlungsbereitschaft“ bestünde.

Wenig in der Öffentlichkeit zur Kenntnis genommen, geschweige denn diskutiert, wird das „Ende der Solidarität“ gerade in die Form des Gesetzes der geplanten Gesundheitsreform „Zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) gegossen. Dort heißt es nun unter § 52 im Absatz 2: „Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern“ (http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/GV/GT/GK/V/Gesetze/GKV-WSG,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/GKV-WSG.pdf).

Dass sich der Absatz 2 auf Risikosportarten oder andere „individuelle Risiken“ ausweiten lässt, liegt auf der Hand und ganz auf der Bertelsmannlinie der eigenverantwortlichen Vorsorge.

So funktioniert von oben intendierte Entsolidarisierung, eine der Kernstrategien aus dem Hause Bertelsmann – gerne in Anspruch genommen vom Gesundheitsministerium!

Es versteht sich von selbst, dass bei diesen Befragungen auf Hintergründe nicht eingegangen wird. Die Befragten sollen sich in den engen vorgegebenen Denkstrukturen bewegen, die den Ergebnishorizont einengen und keine „Überraschungen“ zulassen. Ursachen der Finanznot der gesetzlichen Krankenversicherung werden quasi als naturgesetzlich – demographisch oder durch

die Globalisierung bedingt - hingenommen und bilden so den Nährboden für Sparzwänge, die es zu bewältigen gilt. Natürlich wird bei den Befragungen auch nicht darauf hingewiesen, dass mit den zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen „Reformen in der Gesundheitspolitik“ den Versicherten bereits über 11 Milliarden Euro Mehrbelastungen aufgebürdet wurden. Pro Haushalt sind das jährliche Mehrkosten von 400 bis 500 Euro, die durch Praxigebühr, höhere Zuzahlungen oder Streichung bzw. Kürzung von Leistungen anfallen (vgl. isw: 48). Dass viele Menschen deshalb auf medizinische Versorgung verzichten oder mindere Qualität in Kauf nehmen müssen, d.h. die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland wieder bittere Realität geworden ist, soll die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors ebenfalls nicht trüben.

In enger Kooperation mit dem Gesundheitsministerium werden mit dem Gesundheitsmonitor ganz nach der Bertelsmann-Devise, „Nach der Reform ist vor der Reform“, die nächsten Einschnitte in der gesetzlichen Krankenversicherung vorbereitet.

II. Wie Kliniken privatisiert werden - Das Centrum für Krankenhaus Management

Während die aktuellen „Reformen“ im Gesundheitswesen gerade auf dem Wege sind, wurden im Bereich der Krankenhausversorgung wichtige Weichen schon gestellt. Von den in 2004 gezählten 2.166 Krankenhäusern werden nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft in den nächsten zehn Jahren 15 Prozent ihre Pforten schließen müssen, pessimistischere Prognosen gehen sogar von 25 bis 30 Prozent aus. Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft erhöhte sich indes zwischen 1991 und 2004 von 14,8 auf 25,6 Prozent und soll bis 2015 die 40 Prozent-Marke erreichen. In absoluten Zahlen verringerte sich die Anzahl öffentlicher Häuser im genannten Zeitraum von 1.110 auf 780, während die privaten von 358 auf 555 zulegten. 831 Krankenhäuser werden von Freigemeinnützigen Trägern wie dem Deutschen Roten Kreuz oder der Arbeiterwohlfahrt gehalten.

Hintergrund der Privatisierungswelle ist das neue Finanzierungssystem nach Fallpauschalen (siehe unten) sowie die „wettbewerbliche Ausrichtung“ des Gesundheitssystems insgesamt, welches mit 500 Milliarden Euro jährlichem Umsatz zu einem der ausgemachten Zukunftsmärkte für Investoren gehört. Allein 90 Milliarden Euro macht dabei die stationäre Krankenhausversorgung aus. Knapp 8 Prozent davon erwirtschaften die vier größten privaten Klinikkonzerne Fresenius/Helios, Asklepios, Sana und Rhön, die stark auf Expansionskurs sind und von weiteren Privatisierungen profitieren möchten.

Eine der spektakulärsten Privatisierungen stellt der Verkauf der fusionierten Universitätskliniken Gießen und Marburg Ende 2005 dar. Spektakulär deshalb, weil damit die ersten zwei von 34 Universitätskliniken in Deutschland komplett an eine private Klinikette verkauft wurde. Gegen die starke Konkurrenz, insbesondere von Helios und Asklepios, setzte sich die Rhön-Kliniken AG beim Bieterverfahren um die fusionierten Kliniken durch.

Eine Braut schön machen

„Der heutige Tag ist ein guter Tag für die Hochschulmedizin in Gießen und Marburg, er ist ein guter Tag für das ganze Land. Ein Jahr, nachdem die Landesregierung sich entschlossen hat, die Universitätsklinika in Gießen und Marburg zu fusionieren und dann einen strategischen Partner zu gewinnen, der das fusionierte Universitätsklinikum betreibt, stelle ich für die Landesregierung fest: Das ehrgeizige Vorhaben ist gelungen; es ist gelungen mit einem Ergebnis, das der Hochschulmedizin in Mittelhessen hervorragende Zukunftsperspektiven gibt. Die Ziele der Landesregierung, die Ministerpräsident Koch in seiner Regierungserklärung vom 14. Dezember 2004 vor diesem Hause vorgetragen hat, sind alle erfüllt worden.“ Gar nicht zu bremsen war die Lobhudelei des Staatsministers Udo Corts am 31. Januar 2006 anlässlich der Debatte über die Privatisierung der Kliniken im hessischen Landtag. Hervorgehoben wurde von Corts außerdem das Investitionskonzept von Rhön, das „mit Abstand“ das beste gewesen sei, so wie auch die „beste Kapitalausstattung“ von Rhön geboten worden wäre. Außerdem hätte Rhön einen Sozialfonds zugesichert, mit dem MitarbeiterInnen „Fort-, Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen“ finanziert bekommen sollen. Diejenigen, die sich eine solche Maßnahme finanzieren lassen, müssen allerdings „auf den Schutz vor betriebsbedingter Kündigung bis 2010 verzichten.“ Eine Klausel, die der Staatsminister „nicht für illegitim“ hält, weswegen er sich auch explizit beim stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Rhön-Klinikum AG, Herrn Meder, bedankte. In der langen Rede des Herrn Corts konnte nur noch eine weitere Person soviel überschwenglichen Dank für seine Mitwirkung erheischen, und zwar für die Konzeption der hessischen Hochschulmedizin und den Erhalt der fachlichen Breite vor dem Hintergrund struktureller Veränderungen. „In diesem Zusammenhang“, so Corts, „möchte ich dem Sachverständigen, der die Landesregierung in dieser Frage beraten hat, Herrn Professor von Eiff, für seine Arbeit sehr herzlich danken. Herr von Eiff hat in der Tat ein überzeugendes Medizinkonzept entwickelt, basierend auf der ‚Quertapete‘ und unter Einbeziehung struktureller Entwicklungen in der Krankenversorgung. Seine besondere Leistung liegt darin, die Anforderungen aus Forschung und Lehre konstruktiv und kreativ mit den Notwendigkeiten eines innovativen Medizinkonzeptes zu verbinden“ (alle Zitate: <http://starweb.hessen.de/cache/PLPR/16/3/00093.pdf>).

Professor von Eiff ließ sich seinerseits nicht lumpen und revanchierte sich in einem Interview, welches auf der Seite www.krankenhaus-management.de nachzulesen ist. In Hessen hätte man nicht nur Mut bewiesen, „sondern insbesondere Weitblick und Sensibilität gezeigt. Dieses Projekt wurde von den beteiligten Ministerien perfekt organisiert und professionell gesteuert. Alleine die Tatsache, dass ein solches Großvorhaben, das mit seiner sachlichen und politischen Komplexität im deutschen Gesundheitswesen ohne Erfahrungsbeispiel ist, innerhalb von 6 Monaten umgesetzt wurde, verdient uneingeschränkte Anerkennung.“

Der Mann muß es wissen. Schließlich leitet er seit seinem Bestehen das Centrum für Krankenhaus-Management, das 1994 von der Bertelsmann-Stiftung gegründet wurde. Nach leitenden Funktionen am Institut für Industriewirtschaft, am Klinikum Gießen, in der Automobilindustrie und einem internationalen Consulting-Unternehmen ist von Eiff

seit 1994 außerdem Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Münster, wo auch das CKM als Institut für Krankenhaus-Management (IKM) angegliedert ist. Laut Selbstdarstellung des CKM ist das Ziel seiner Arbeit, „Wege aufzuzeigen, wie praxisbewährte Management-Methoden aus Industrie, Handel und Dienstleistungsbranche in Krankenhäusern und anderen Institutionen des Gesundheitswesens genutzt werden können. Wir stellen uns der Aufgabe, vermeintlich Unvereinbares in Einklang zu bringen: Qualitätssteigerung bei tendenziell sinkenden Kosten.“

An der Universität Münster werden unter Bertelsmann-Regie Krankenhausmanager herangezogen, wie sie sich die privaten Klinikkonzerne wünschen. Damit das künftige Spitzenpersonal nicht mit unnötigem Ballast behelligt wird, werden bestimmte Fächerkombinationen ausgeschlossen. So heißt es beim IKM: „Nicht möglich ist die Kombination des Schwerpunktfaches ‚Krankenhausmanagement‘ mit dem Schwerpunktfach ‚Öffentliche Betriebe und Verwaltung‘“. In der von allen Regulierungen befreiten Bertelsmann-Welt sind Öffentliche Betriebe Relikte vergangener Zeit und die Verwaltung derselben einer der entscheidenden Kostenfaktoren, der überwunden werden muß. Dies sei ein Paradigmenwechsel „vom Verwaltungs- zum Management-Denken“, wobei nach Professor von Eiff „Management heißt: vermeintlich gegensätzliche Ziele miteinander in Einklang zu bringen.“ Das was der Professor realisieren möchte, ist eine höhere medizinische Qualität bei tendenziell sinkenden Kosten. Um dieses Ziel zu erreichen, haben auch die Ärzte umzudenken und sich als Manager zu verstehen: „als Manager der Versorgungskaskade, als Manager der Leistungsprozesse im Regionalen Gesundheitsnetzwerk, als Standardisierungsmanager im Bereich der Logistik von Medikalprodukten“ usw..

Zu den weiteren Tätigkeiten des CKM gehören die für Bertelsmann übliche Methode internationaler Vergleiche nach „Best-Practices“, die auf Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen überprüft werden. Des Weiteren wurde das CKM von der Bertelsmann-Stiftung beauftragt, ein internationales „Reformnetzwerk“ und eine „Reformwerkstatt: Gesundheitswesen“ aufzubauen, welches „Hilfestellung für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen“ geben soll.

Die Landesregierung Hessens unter Ministerpräsident Koch erhielt die Hilfestellung für den Verkauf des Uni-Klinikums jedoch nicht von der Reformwerkstatt, sondern direkt von Professor von Eiff, dem Experten für Krankenhausprivatisierungen schlechthin.

Für von Eiff dürfte die Aufgabe - als Gutachter für die hessische Landesregierung zu arbeiten - auch deshalb von besonderem Interesse gewesen sein, weil er im Aufsichtsrat der Kerckhoff-Klinik sitzt. Diese ist „seit 1978 strategischer Kooperationspartner der Universität Gießen auf den Gebieten der Kardiologie und der Herzchirurgie“, wie von Eiff in seinem Gutachten betont und in seiner abschließenden Empfehlung darauf hinweist, dass „in die strukturpolitischen Überlegungen“ z.B. auch die Kerckhoff Klinik einzubinden sei. Eine weitere Empfehlung des Professors lautet: „vor einem Verkauf ‚die neue Braut schön zu machen‘“, wozu unter anderem gehören würde, „von dem leistungsfeindlichen Bequemlichkeitstarif des BAT Abschied zu nehmen“

http://www.krankenhaus-management.de/conpresso/ data/Verschmelzung_GI-MR.pdf).

Derlei Empfehlungen stoßen bei einem Ministerpräsidenten Koch auf offene Ohren und bei potentiellen Investoren kommt dabei richtig Freude auf. 100-prozentig paßt die „schön gemachte Braut“ zu der Selbstdarstellung der Rhön-Kliniken: „Wir würden den Versuch, uns auf BAT-Niveau binden zu wollen, als Angriff auf die Zukunft unserer Krankenhäuser betrachten. (...) Wir versuchen, mit den Gewerkschaften neue Haustarifverträge zu verhandeln und würden dies im Idealfall gegebenenfalls sogar prophylaktisch vor der Übernahme machen, damit alle Beteiligten ohne WENN und ABER wissen, was geschieht und was zu erwarten ist“ (http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/33348.html).

Auch hinsichtlich der Versorgungsplanungen passen das Gutachten von Professor von Eiff und das Konzept der „Tele-Portal-Kliniken“ der Rhön AG bestens zueinander. So heißt es in dem Gutachten, dass verhindert werden müsse, „dass die übernehmende Privatkette herzchirurgische Leistungen reduziert und Patientenströme in andere Regionen lenkt, in denen diese Kette über herzchirurgische Kapazitäten verfügt; Rehabilitationsleistungen nicht im Sinne der integrierten Versorgung in der Region anbietet, sondern eine Verlegung der Patienten in andere Rehabilitationszentren dieser Krankenhauskette in anderen Regionen (außerhalb von Hessen) bevorzugt (...)“

Der zweite Punkt hätte den Vorstellungen des größten Widersachers von Rhön, der Helios-Kliniken GmbH, entgegenstehen können, da Helios (inzwischen von Fresenius übernommen) diverse Reha-Einrichtungen u.a. in Nordrhein-Westfalen betreibt.

Unter der Leitung der Rhön AG ist vorgesehen, das Universitätsklinikum zu einem „Schwerpunkt Krankenhaus“ auszubauen, von dem aus über Onlineverbindungen zu kleineren Häusern Spezialistenwissen rund um die Uhr abgerufen werden kann. Der Einsatz von „virtuell anwesenden Spezialisten“ soll Diagnoseverfahren ermöglichen, die in früheren Krankenhäusern der Grundversorgung nicht möglich gewesen wären, wie Wolfgang Pföhler, der Vorstandsvorsitzende von Rhön im Deutschen Ärzteblatt erklärte. Die Konzeption von Tele-Portal-Kliniken, an die kleinere Krankenhäuser angedockt und in dem Fach- und Hausärzte integriert sind, werden dem im Eiff-Gutachten vorgesehenen Modell einer integrierten Versorgung vollkommen gerecht. (Näheres zu dem Konzept der Tele-Portal-Kliniken finden sich u. a. im Geschäftsbericht 2004 der Rhön AG, Seite 28f: http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/download/RKA_GB2004_de.pdf).

Recht nahe kommt die Versorgungsplanung der Rhön AG auch den Vorstellungen der Bertelsmann Stiftung. In deren Namen forderte unlängst Brigitte Mohn den „Generalunternehmer Gesundheit“ in Deutschland zu etablieren. Durch ihn erhielten Patienten „endlich eine Gesundheitsversorgung aus einem Guss.“ Bisher gäbe es aber nur wenige Akteure, „die sich zutrauen, die Gesamtverantwortung für die Gesundheitsversorgung einer Bevölkerungsgruppe zu übernehmen“ bedauert Frau Mohn und sieht vielleicht die Rhön-Klinikum AG in dieser Vorreiterrolle. Vielleicht in der Hoffnung darauf, erwarb Brigitte Mohn im Mai 2006 Rhön-Aktien im Wert von 36.795,-

Euro. Finanzieren konnte sie dieses kleine Aktienpaket ganz bequem aus der Aufwandsentschädigung, die sie für ihren Posten im Aufsichtsrat der Rhön-Klinikum AG erhält. In 2005 waren das immerhin 48.000 Euro nach 51.000 Euro im Vorjahr. Was eine Frau Mohn so nebenher kassiert, kann eine Pflegevollkraft vielleicht in drei bis vier Jahren verdienen. Und das unter zunehmend erschwerten Bedingungen, die sich aus dem Finanzierungssystem nach Fallpauschalen ergeben.

Literatur

Informationen zu den Aktivitäten bei der Stiftung unter:

<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-2BFCBF5C/bst/hs.xsl/274.htm>

Wiki über die Privatisierung im Gesundheitswesen der Initiative ungesund-leben.org:

<http://www.ungesundleben.org/privatisierung/index.php/PrivatisierungsWiki:Portal>