Durch die geplante Übernahme der Rhön Klinikum AG durch die zum Fresenius Konzern gehörende Helios-Gruppe nimmt der seit Jahren zu beobachtende Konzentrierungsprozess im privatisierten Krankenhaussektor gehörig Fahrt auf. Zugleich hat die Politik durch die Schuldenbremse und die fortwährende Unterfinanzierung der kommunalen Krankenhäuser bereits die Weichen für weitere Privatisierungen gestellt. Anstatt Alarm zu schlagen, verbreiten Teile der Medien lieber Mythen und Lügen, um den berechtigten Widerstand der Bevölkerung gegen den Ausverkauf unseres Gesundheitssystems zu brechen. Von **Jens Berger**

Hintergründe und vertiefende Informationen: 15% Rendite auf Kosten der Patienten – ein Irrweg der Privatisierung.

Mit dem Artikel „Gut für Patienten“ eröffnete die WELT in der letzten Woche die manipulative Begleitmusik zur sich momentan abzeichnenden Privatisierungs- und Konzentrationswelle des Krankenhaussektors. Springer-Autor Daniel Zwick hält nicht viel von Fakten, sondern verbiegt sich die Wirklichkeit nach Lust und Laune so lange, bis sie in sein privatisierungsfreundliches Weltbild passt. In seinem Artikel wirft Zwick die steile These in den Raum, dass „Kliniken in privater Hand nicht nur für Aktionäre und die Krankenkassen, sondern auch für die Patienten und Versicherten [attraktiv seien]“. Als zentrales Argument führt er dabei die „enormen Kostenvorteile“ ins Feld, die „ein Konzern wie Helios-Rhön gegenüber staatlichen Krankenhäusern [habe]“. Schließlich könnten „die fast 200 Kliniken und Versorgungszentren […] gemeinsam Medikamente einkaufen und bei Pharmakonzernen hohe Rabatte aushandeln“.

Mythen, Lügen, Verdrehungen

Offenbar hat sich Herr Zwick noch nicht sonderlich ausgiebig mit der Thematik befasst. Selbstverständlich handeln fast alle Krankenhäuser, egal ob privat, kommunal oder freigemeinnützlich (z.B. kirchlich), solche „hohen Rabatte“ über sogenannte Einkaufsgemeinschaften aus. So sind beispielsweise mehr als 70 Kliniken mit zusammen mehr als 65.000 Betten in der EKK eG des Deutschen Städtetages organsiert. Andere Häuser schließen sich oft regional zusammen oder werden Mitglieder einer kommerziellen Einkaufsgemeinschaft. Eine Studie der Universität Bayreuth ergab, dass im Jahr 2009 mehr als 80% aller Krankenhäuser Mitglied mindestens einer Einkaufsgemeinschaft waren. Der Eindruck, dass Häuser, die zum gleichen Konzern gehören, automatisch auch einer konzernweiten Einkaufsgemeinschaft angehören, ist überdies falsch. Aus rechtlichen Gründen firmieren die privatisierten Krankenhäuser in nahezu allen Fällen als unabhängige Unternehmen, die in der Praxis nur selten Kernaufgaben an die Holding abgeben. Meist betrifft dies klassische Controlling-Aufgaben, wie das Aufstellen konzernweiter Benchmarks,

mit denen vor Ort das Personal unter Druck gesetzt werden kann.

Der von der WELT als Fakt dargestellte Kostenvorteil ist ohnehin ein sorgsam gepflegter Mythos. Wie eine groß angelegte Vergleichsstudie [PDF – 1.3 MB] des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) aus dem Jahre 2010 belegt, gibt es bei den Betriebskosten in toto keinen nennenswerten Kostenvorteil bei den privaten Trägern. Der einzige Kostenfaktor, der bei den Privaten deutlich geringer ausfällt, sind – wen wundert es – die Personalkosten. Pro Pflegedienst-Vollkraft zahlen die privaten Träger ganze 10% weniger, hinzu kommt, dass der Personalschlüssel bei den Privaten geringer ist und die Mitarbeiter nicht von der vorbildlichen betrieblichen Altersvorsorge kommunaler Träger profitieren, die für die kommunalen Häuser einen gewaltigen Kostenfaktor darstellt. Dafür haben die privaten Träger höhere Zinskosten, die sich nicht zuletzt aus dem teilweise horrenden Fremdkapitalanteil ergeben. Die Krankenhauskonzerne wachsen nämlich nicht aus der eigenen Substanz heraus, sondern auf Pump – und die Zinsen wollen bedient werden. Was die kommunalen Häuser ihren Mitarbeitern mehr auszahlen, zahlen die Privaten den kreditgebenden Banken und den Aktionären.

Vollends grotesk mutet daher auch die WELT-These an, die vermeintlichen Kostenvorteile würden „der Krankenhaus AG [den] finanziellen Spielraum [geben], um mehr Ärzte und Pfleger einzustellen“. Ein solcher Satz muss sich für jeden Beschäftigten eines privatisierten Krankenhauses wie blanker Hohn anhören. Es wird nicht eingestellt, stattdessen werden die „Betriebsabläufe optimiert“, wie es im Branchenjargon euphemistisch heißt. Auslaufende Stellen werden nicht neu besetzt, Zeitverträge nicht verlängert, examinierte Krankenpfleger gegen schnell angelernte und billige Pflegeassistenten ersetzt und – vor allem im ärztlichen Bereich – auf zweitklassiges Personal ausgewichen. Ob es für die Patienten von Vorteil ist, von einem unzureichend ausgebildeten Arzt aus Albanien behandelt zu werden, ist mehr als fraglich. Offiziell wird dann vom Fachkräftemangel schwadroniert. Dabei handelt es sich hierbei um einen der wenigen Sektoren, auf denen der Arbeitsmarkt noch funktioniert. Wer kein gutes Geld zahlt, kriegt auch keine guten Leute. Sich dann über einen Fachkräftemangel zu beklagen, ist unseriös bis peinlich.

Wenn Sie eine Stellenanzeige aufgeben und eine Putzfrau für 50 Cent die Stunde suchen, beklagen Sie auch keinen Fachkräftemangel, wenn sich niemand bei Ihnen meldet. Springer-Mann Daniel Zwick würde sich wahrscheinlich beklagen. Er ist ja auch der Ansicht, dass die privatisierten Häuser „direkt mit den Krankenkassen über Leistungspakete verhandeln [können]“. Wahrscheinlich hat es sich noch nicht bis zum Springer-Verlag durchgesprochen, dass in Deutschland die Honorierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen geregelt wird. Wer „besser“ wirtschaftet, als es die Fallpauschalen vorsehen, macht Überschüsse – Überschüsse, die bei kommunalen Trägern in die Rücklage

für Investitionen gehen und bei den privaten Trägern entweder an die Aktionäre ausgeschüttet oder für den weiteren Wachstum eingesetzt werden. Egal, wie man es dreht oder wendet – der Patient hat dadurch keinen Vorteil.

Helios-Rhön – Marktkonzentration zum Nachteil der Allgemeinheit

Die Privatisierungsbefürworter argumentieren gerne mit dem Argument, Privatisierungen würden die Konkurrenz beleben und zu einem „funktionierenden Markt" führen. Im Krankenhaussektor fehlen jedoch die elementaren Voraussetzungen für einen echten Markt. In einem echten Markt können die Anbieter ihr Leistungsspektrum frei zusammenstellen und die Leistungen frei bepreisen. Beides ist im streng regulierten Krankenhaussektor nicht der Fall. In einem echten Markt kann der Kunde zwischen verschiedenen Anbietern wählen und gegebenenfalls auch auf den Kauf verzichten. Auch dies ist im Krankenhaussektor in der Regel nicht der Fall. Der Kunde hat ja noch nicht einmal einen Einblick in die Preise des Anbieters.

Selbst wenn man für einen Moment die „Marktlogik" ernst nehmen würde, gäbe es keinen Grund, die Übernahme der Rhön-Kliniken durch Helios zu bejubeln, da eine Anbieterkonzentration der „Marktlogik" zuwider läuft, können marktbeherrschende Konzerne doch ihre Position gegen die Interessen des Kunden einsetzen. Durch die Übernahme entsteht nicht mehr, sondern weniger Konkurrenz. Die WELT begrüßt die Übernahme der Rhön-Kliniken jedoch ausdrücklich, was zeigt, dass es dem Autor nicht um die „Konkurrenz" oder den „Markt", sondern um den Ausverkauf des Gesundheitssystems geht. Mit der „Ware" Gesundheit lässt sich sehr viel Geld verdienen. Im Jahr 2009 wurden in Deutschland 278 Milliarden Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Damit rangiert der Gesundheitsbereich noch vor der deutschen Automobilindustrie, die im gleichen Jahr „nur" 263 Milliarden Euro Umsatz (weniger als die Hälfte davon im Inland) erzielen konnte. Private Krankenhauskonzerne streben eine Umsatzrendite von 15% an. Das heißt, dass von jedem Euro, den die Krankenkassen an die privaten Träger überweisen, 15 Cent in die Taschen der Aktionäre wandern sollen.

Ähnlich verhält es sich mit den Zinskosten. Fresenius will für die Übernahme der Rhön-Kliniken nach eigenen Worten „wie in der Vergangenheit möglichst viel Fremdkapital und möglichst wenig Eigenkapital einsetzen". Wenn man einmal mit einer Fremdkapitalquote von 75% und einem Zinssatz von 5% kalkuliert, hieße dies, dass der Konzern beim geplanten Kaufpreis von 3,2 Mrd. Euro jährlich rund 160 Mio. Euro für den Zinsdienst bezahlen muss – dieses Geld stammt aus dem Topf der Krankenkassen und ist eigentlich für die Gesundheitsversorgung und nicht für das Monopoly-Spiel der Klinikkonzerne gedacht. Alle großen privaten Krankenhauskonzerne sind in den letzten Jahren vor allem durch

Übernahmen anderer privater Häuser gewachsen, so dass der Anteil der Zinskosten mittlerweile einen signifikanten Teil der Bilanzen der Krankenhauskonzerne ausmachen dürfte. Dafür sollte die Allgemeinheit aber keine Krankenkassenbeiträge bezahlen – sie tut es dennoch, da die Politik sich standhaft weigert, hier einen Riegel vorzuschieben.

Wenn die WELT schreibt, dass die Übernahme der Rhön-Kliniken „den wirtschaftlichen Druck auf die fast 1400 Krankenhäuser in staatlicher und freier Trägerschaft steigern [wird] und deren Lobbyisten [es] künftig schwerer haben, mehr Geld von den gesetzlichen und privaten Kassen zu verlangen“, ist dies starker Tobak. Der wirtschaftliche Druck auf die kommunalen Häuser ist politisch gewollt. Die gesetzliche Basis der Krankenhausfinanzierung ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, in dem die Grundlage der dualen Finanzierung eingeführt wurde: Die Betriebskosten sollen durch die Krankenkassen, die Investitionskosten durch die Bundesländer getragen werden. Heute werden die Investitionszuschüsse durch die Krankenhausplanung der Bundesländer festgelegt und zwischen dem Bundesland, den Krankenkassen und dem Krankenhausträger aufgeteilt. Die chronische Unterfinanzierung der Kommunen und die Sparpolitik der Länder haben jedoch dazu geführt, dass die kommunalen Häuser oft noch nicht einmal die dringend notwendigen Investitionen vornehmen konnten. So ist die Investitionsfinanzierung zwischen 1991 und 2006 um 44,3% gesunken.

Alleine der Umstand, dass die privaten Träger einen leichteren Zugang zu Krediten haben, hat so zu dem grotesken Ergebnis geführt, dass die privaten Träger absolut und relativ mehr Investitionszuschüsse durch die Länder bekommen [PDF – 730 KB] als die kommunalen Häuser, die oft den Eigenanteil nicht aufbringen können, da der kommunale Träger keine neuen Schulden aufnehmen darf. Durch die ausbleibenden Investitionen wird das Finanzproblem der kommunalen Häuser zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung und der „weiße Ritter“ steht in Form von Helios, Asklepios, Rhön oder Sana bereits vor der Tür und lässt sich die Übernahme durch die Landeszuschüsse fürstlich versilbern.

Privatisierungswelle oder Privatisierungstsunami?

In einem Punkt sind sich Finanzanalysten und die privaten Krankenhauskonzerne einig: Wir stehen vor einer großen Privatisierungswelle. Alleine die Rhön-Kliniken stehen derzeit bei sechs konkreten Projekten mit 3.000 Betten im Gespräch. Die Grenzen des Expansionsdrangs werden momentan nur durch die Wettbewerbsbehörden festgelegt. Die fokussieren ihren Blick jedoch auf regionale Monopole, so dass die privaten Krankenhauskonzerne bei einer geschickten regionalen Aufteilung des Marktes noch lange nicht an die Grenzen der Expansion stoßen. Ganz anders sieht dies paradoxerweise bei den kommunalen Trägern aus. Hier macht es verständlicherweise wenig Sinn, wenn sich eine

Klinik aus Flensburg mit einer Klinik aus dem Oberammergau zusammenschließen würde. Wenn sich regionale Kliniken zusammenschließen, übertreten sie jedoch bereits schnell die Grenze eines regionalen Monopols.

So hat das Bundeskartellamt beispielsweise 2009 die Fusion der zwei Krankenhäuser des hessischen Werra-Meißner-Kreises mit der kommunalen Gesundheit Nordhessen Holding (GNH) untersagt. Hier ist die Politik dringend gefordert. Es kann nicht sein, dass Zusammenschlüsse kommunaler Kliniken, die im Sinne der Allgemeinheit wären, aus wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten verboten werden. Dies öffnet den privaten Krankenhauskonzernen Tür und Tor, da sie sich so für die klammen Kommunen als letzte Alternative darstellen können. Man kann nicht lautstark über die Synergieeffekte privater Träger jubeln und den kommunalen Häusern verbieten, solche Synergieeffekte zu nutzen.

Sollten den kommunalen Trägern weiterhin Steine in den Weg gelegt werden und sollte sich die öffentliche Hand weiterhin aus der Investitionsfinanzierung kommunaler Krankenhäuser zurückziehen, droht die Privatisierungswelle zu einem Privatisierungstsunami zu werden. Dies muss verhindert werden – zum Wohle der Allgemeinheit.