

VIOLA SCHUBERT-LEHNHARDT

Mit unserer Gesundheit Kasse machen?

Unter dieser Fragestellung hatte die Bundestagsfraktion DIE LINKE am 19. Januar 2008, also mitten im Hessischen Wahlkampf, nach Marburg eingeladen, um mit Experten aus Politik, Gewerkschaft und Wissenschaft ihr Gegenmodell zum neoliberalen Mainstream im Gesundheitswesen zu diskutieren. Nicht zur Kenntnis genommen durch die örtlichen Medien war die Veranstaltung bei der Bevölkerung durchaus angekommen und wurde rege für Diskussionen und kritische Nachfragen genutzt – wie so häufig in »zentralen Veranstaltungen« der Linken war die Diskussionszeit leider zu knapp bemessen (auch aus eigenen Fehlern könnte man siegen lernen...).

Marburg als Veranstaltungsort war nicht nur aus wahltaktischen Gründen ausgewählt worden, sondern weil damit auch eine Stätte gegeben war, wo sich die Folgen von Privatisierung¹ im Gesundheitswesen vor Ort anschaulich studieren lassen: nach der Fusion der Unikliniken von Marburg und Gießen (beschlossen durch den hessischen Landtag mit der Mehrheit der alleinregierenden CDU Ende 2004) entschied der Hessische Landtag gleich mit die erste Vollprivatisierung einer deutschen Universitätsklinik. Im Oktober 2005 begannen die Verhandlungen mit den Bietern und bereits im Dezember 2005 beschloss die Landesregierung in einer Sondersitzung des Kabinetts, das Angebot der Rhön Klinikum AG anzunehmen. Ab 1. Januar 2006 übernahm diese die volle unternehmerische Verantwortung für das Universitätsklinikum Marburg/Gießen.²

Die Privatisierung eines Universitätsklinikums unterscheidet sich unter anderem dadurch vom Verkauf eines anderen Krankenhauses, dass damit nicht nur die allgemeine gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung (Sicherstellungsauftrag der Kommunen) zur Disposition gestellt werden kann, sondern auch Lehre und Forschung. Diese zählen zu den wesentlichen Aufgaben eines Universitätsklinikums im Gegensatz zu einer kommunalen Einrichtung. Entscheidungen über Lehre und Forschung sind zwar zunächst für die Bevölkerung einer Region nicht unmittelbar sichtbar und gravierend, legen jedoch wesentliche Grundlagen für die künftig mögliche Versorgung beziehungsweise deren Defizite. Diese Zusammenhänge standen nicht unmittelbar mit auf der Tagesordnung der oben genannten Veranstaltung, zumindest im Beitrag von *Fabian Rehm* (ver.di) klangen sie jedoch an.

Im Mittelpunkt der Konferenz standen zwei allgemeinere Aspekte – zum einen die »Transformation des Gesundheitswesens« mit den Schwerpunkten: Kassen als Wettbewerber, der Patient als Kunde,

Viola Schubert-Lehnhardt – Jg. 1955; Dr. phil. habil., studierte in Leningrad Philosophie, war von 1987 bis 1992 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Ethik und Geschichte der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, danach Leiterin verschiedener Projekte im Bildungsverein Elbe-Saale (heute Rosa-Luxemburg-Stiftung Sachsen-Anhalt) zuletzt in UTOPIE kreativ: »Frauen als Täterinnen im Nationalsozialismus«, Heft 185 (März 2006).

1 »Privatisierung gehört zu den Merkmalen unserer Zeit... (Sie) verschieben das Gleichgewicht mächtig vom öffentlichen zum privaten Sektor. Die Auswirkungen dieser dramatischen Verschiebung bekommen nicht nur die heute Lebenden, sondern auch künftige Ge-

Pflegekräfte und Ärzte als Dienstleister und »Wer bezahlt in Zukunft für die Krankenhäuser?« mit den Schwerpunkten: Neoliberale Pläne und linke Alternativen, Unikliniken in privater Hand – Gefahr für Patienten und Personal sowie kommt das Ende der öffentlichen Davsorge?

In den Begrüßungen von *Pit Metz* (DIE LINKE; Marburg), *Frank Spieth* (gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion DIE LINKE) und *Sabine Lösing* (Mitglied des Parteivorstandes) wurde herausgehoben, dass das Ziel der Konferenz nicht lediglich im Beschreiben negativer Symptome liegen kann, sondern vor allem im Aufzeigen von Alternativen und »dem Deutlich-Machen«, für wen eigentlich Politik betrieben wird. Hierzu sei an die Grundsatzposition aus der vorangegangenen, größeren Konferenz der Linkspartei im Deutschen Bundestag »Gesunde Republik Deutschland« erinnert. Dort wurde klar herausgestellt, dass die Erzielung von Gewinn oder Profit kein Anliegen des Gesundheitssystems oder Richtungspunkt von linker Gesundheitspolitik sein kann – weder im Gesamtsystem noch in einzelnen Bereichen. Vielmehr ist das Ziel moderner Gesundheitspolitik (inklusive notwendiger Reformen) im Kontext mit den anderen Politikbereichen Lebensbedingungen und –verhältnissen zu entwickeln, »die krankheitsbedingte Einschränkungen der Lebensqualität und das vorzeitige Sterben von Menschen verhindern und allen die Chance eröffnen, gesund auf die Welt zu kommen, darin möglichst lange und gut zu leben und mit Würde zu sterben«.³

Trotz des Verweises auf die Zielstellung »Alternativen entwickeln« war natürlich zunächst die Beschreibung und die Auseinandersetzung mit den Veränderungen im Gesundheitswesen notwendig, die in den letzten Jahren stattgefunden haben. *Hans-Ullrich Deppe*⁴ untersuchte dazu den Lieblingsbegriff aller Neoliberalen – den Wettbewerb – und die Auswirkungen einer Sicht- und Arbeitsweise von Krankenkassen als Wettbewerber.

Wettbewerb bedeute »wirtschaftliche Konkurrenz«. Konkurrenz wiederum sei jedoch kein Sachzwang, sondern historisch vermittelt und habe sich erst im 19. Jahrhundert vollständig durchgesetzt. Er verwies dazu auf die anschauliche Beschreibung in Friedrich Engels *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* – diese historischen Überlegungen sowohl zur Entwicklung der Konkurrenz als auch der Krankenkassen⁵ sollen hier ausgespart bleiben. Kern ihrer Vergangenheit war, dass die Kassen als Sachwalter des Solidargedankens aufgetreten sind (Anspruch auf gleiche Leistungen trotz unterschiedlicher Beiträge). Außerdem waren sie als Non-Profit-Organisationen konzipiert, die paritätisch finanziert werden.

Dies alles steht mit der gegenwärtigen Entwicklung zur Disposition. Wenn Kassen sich im Wettbewerb untereinander befinden, bedeutet dies, dass sich einzelne Kassen Vorteile gegenüber anderen schaffen wollen (und es somit Gewinner und Verlierer geben wird). Diese Vorteile einzelner Kassen werden durch die Liberalisierung des Vertragsrechts und die Individualisierung von Versicherungskonditionen möglich. Dadurch verändert sich der Sozialcharakter der Kassen hin zu einem Versicherungsunternehmen. Das Handeln einer Kasse wird dann in Zukunft von der Interessenlage des Unternehmens bestimmt und nicht von den Interessen der Kassenmitglie-

nerationen zu spüren.« (Aus dem Vorwort des Berichtes an den Club of Rome: Grenzen der Privatisierung. Wann ist des Guten zuviel?)

2 Überregionale Berichte zu diesen Vorgängen sind unter anderem erschienen in: Jan Schmmidt: Operation ohne Narkose, in: Die Zeit, Nr. 42, 2005 und Jens Flintrip: Ein neuer Geist hält Einzug, in: Deutsches Ärzteblatt, 104 (2007) 9.

3 Vgl. Gesunde Republik Deutschland, hrsg. von der Fraktion Die Linke im deutschen Bundestag, Berlin, 2006, S. 101.

4 Em. Direktor für Medizinische Soziologie an der Uniklinik Frankfurt/M. und Vorstandsmitglied des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ).

5 Der Referent ging dazu in drei Abschnitten vor:
1. Was waren die Krankenkassen (Erläuterung des Bismarckschen Modells der Krankenversicherung),
2. Was sind die Krankenkassen heute und
3. Was werden sie in Zukunft sein?

der her. Auch das Vorenthalten bestimmter Leistungen kann zur besseren Wettbewerbsposition führen – Versuche dazu sind jetzt schon zu beobachten. Damit werden Kassen zunehmend private Unternehmen, die Risikoselektion betreiben und konsequent betriebswirtschaftlich denken. Dies kann dann auch zu entsprechenden Konsequenzen nach dem europäischen Vertragsrecht führen (z. B. Kollektivverträge wären dann nicht mehr rechtmäßig).

Eine solche Entwicklung muss gestoppt werden, denn die Verhinderung von Krankheit (Prävention) und das Erbringen von Fürsorgeleistungen ist eine gesellschaftliche Aufgabe.

Diese Konsequenzen wurden vom Arzt und Gesundheitswissenschaftler *Jens Holst* weiter ausgeführt. Schwerpunkt seines Beitrages waren die Auswirkungen einer Sichtweise, die den Patienten als Kunden definiert. Die Rede- und Denkweise vom »Gesundheitsmarkt« bestimmte zunehmend das Verständnis vom Gesundheitswesen. Bereits diese Semantik ist jedoch verräterisch – »Patient« bedeutet »leidend« – der betroffene Mensch erwartet Fürsorge und Hilfe. »Kunde« oder »Klient«, von dem neuerdings gesprochen wird, bedeute dagegen »Dienstmann«, »halbfreier Mensch«, »Abhängiger«. »Zumindest in der Wortwahl erweisen sich die BefürwortInnen von mehr Markt im Gesundheitswesen als treffsicher« – so Jens Holst. Im Einzelnen verwies der Referent auf die schon stattfindende Zunahme solcher marktwirtschaftlichen Elemente wie Zuzahlungen im Krankheitsfall und IGeL-Leistungen⁶. Das Motiv für die Einführung dieser, ausschließlich durch die Versicherten zu finanzierenden Leistung, lag eindeutig in der erwarteten Einnahmesteigerung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und nicht in einer besseren Gesundheitsvorsorge für die betroffenen Menschen. Da hier der Leistungserbringer zugleich der finanzielle Nutznießer ist, besteht ein hohes Risiko fehlerhafter und irreführender Informationen.

Und auch die Zuzahlungen haben nicht zu den gewünschten Effekten (Einnahmesteigerung und Steuerungsfunktion für in Anspruch genommene Leistungen) geführt, sondern vielmehr zur Benachteiligung der armen Bevölkerung. Es sind gerade die einkommensschwachen Menschen, die Arztbesuche verschieben oder vermeiden.⁷ Die Gesundheit des Einzelnen beziehungsweise die Leistungen für Gesundheitsvorsorge sind erheblich von sozialen Faktoren bestimmt. Außerdem kommt es durch die vordergründig kurzfristige Einsparung zu Unterversorgungen mit hohen Folgekosten.

*Hagen Kühn*⁸ beschäftigt sich in seinem Beitrag mit den Folgen einer Sichtweise auf Pflegekräfte und Ärzte als Dienstleister⁹. Unabhängig von deren subjektivem Wissen und Wollen ist die Beziehung von Ärzten und Pflegekräften zu den Patientinnen und Patienten zum Austragungsort ökonomischer und politischer Konflikte geworden. Einerseits lastet auf den Krankenhäusern ein ökonomischer Druck, den diese Institution an ihre Beschäftigten weitergibt. Dieser Druck (Aufforderung, mit möglichst geringen Kosten zu heilen und zu helfen, sowie Loyalitätserwartungen der Einrichtung an ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) steht im Widerspruch zu berufsethischen Werten und dem Versorgungs- und Schutzinteresse der Kranken. Der Paradigmenwechsel, der hier stattgefunden hat, könnte durchaus so beschrieben werden: Früher hatten Krankenhäuser ei-

6 IGeL = individuelle Gesundheitsleistungen. Sie sind prinzipiell vom Betroffenen selbst zu bezahlen. Seit 1998 dürfen sie nicht nur Mitgliedern der privaten Krankenkassen sondern auch GKV-Mitgliedern angeboten werden. Sie gehören aus unterschiedlichsten Gründen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen.

7 Siehe dazu: Hartmut Reiners: Was bewirkt der Wegezoll? und Jens Holst: Zur Kasse, bitte! beide in: Gesundheit und Gesellschaft. AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, 11 (2008) 1.

8 Mitglied der Forschungsgruppe Publik Health am Wissenschaftszentrum Berlin.

9 Die Auswirkungen von Privatisierung auf weitere Beschäftigungsgruppen im Gesundheitswesen sind leider nicht thematisiert worden.

nen Versorgungsauftrag, heute haben sie einen Profitauftrag. Zielgröße für Planungen und Entscheidungen ist damit nicht mehr die Versorgung der Bevölkerung in einer bestimmten Region, sondern der Gewinn.¹⁰ Dies hat Auswirkungen sowohl auf die Qualität der Behandlung – dazu gibt es in Deutschland derzeit keine Begleitforschung; offensichtlich sei dies auch gar nicht gewünscht, so Hagen Kühn. Es verändert jedoch auch das Selbstverständnis, die Handlungs- und Entscheidungsspielräume des Personals und auch deren Arbeitsmarktsituation (in Folge des Abbaus von 60 000 Pflegekräften im Zeitraum von 1995 bis 2005 waren diese in den Erhebungen nur sehr eingeschränkt auskunftsbereit). Es zeigte sich jedoch, dass sich Pflegekräfte nach wie vor gegenüber ihren Patientinnen und Patienten sowie deren Erwartungen verpflichtet fühlen – diese sind Tätigsein im Interesse des individuellen Patienten, im Konfliktfall müsse die Einrichtung bereit sein, ihre materiellen Interessen hinter die des Patienten zurückzustellen sowie Wahrung des Arztgeheimnisses.

Es wurde zudem der große Druck angesprochen, unter dem die Beschäftigten stehen, wenn sie diesen Werten gemäß weiterhin handeln wollen. Dies führe subjektiv zur Wahrnehmung von verstärkter Arbeitsbelastung (zum Beispiel bei administrativen Aufgaben, obwohl diese teilweise gar nicht zugenommen haben).

*Fabian Rehn*¹¹ untermauerte diese Ausführungen in seinem Beitrag zum Thema »Unikliniken in privater Hand – Gefahr für Patienten und das Personal.«¹² Er beschrieb zunächst detailliert den Fusionsprozess der Unikliniken Marburg und Gießen – dem »Leuchtturmprojekt« von Roland Koch. Anhand konkreter Zahlen ging der Referent auf den Personalabbau beziehungsweise die Verschiebung von Stellen für examinierte Pflegekräfte hin zu Kräften in einem »zuarbeitenden Bereich« ein. Die Beschäftigten charakterisieren deshalb die Situation schon jetzt (das heißt nach nur zwei Jahren) als *gefährliche Pflege*. Gleichzeitig wurde in diesem Beitrag auch die Gefährdung der Wissenschaftsfreiheit thematisiert. Zum einen, darf laut dem ausgehandeltem Konsortialvertrag »keine Beeinträchtigung der Krankenversorgung durch den Einsatz von Personal in Forschung und Lehre stattfinden« (was in dieser breiten Formulierung den generellen Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Lehre und Forschung behindern kann), vor allem aber ist kritisch (auch für künftige ähnliche Vorhaben) zu bewerten, dass das Universitätsklinikum ein Vetorecht bei Berufungen im klinischen Bereich hat (Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die als nicht genügend gewinnorientiert bekannt sind, können also abgelehnt werden, obwohl sie in bezug auf Lehre und Forschung als exzellent eingestuft wurden). Den Dekanen (das heißt den Verantwortlichen für Forschung und Lehre) dagegen ist ein Stimmrecht in der Geschäftsführung verwehrt. Die Mitbestimmung anderer universitärer Gruppen wurde noch nicht einmal diskutiert.

Diese erheblichen Demokratiedefizite haben mit zu einer breiten Protestbewegung gegen den Verkauf des fusionierten Uniklinikums beigetragen. Der Referent warf deshalb die interessante Frage auf, was eigentlich mit den Angehörigen solcher Protestbewegungen bei erfolglosem Widerstand passiert. Ein Teil resigniert und ergibt sich

10 Wie sich dieser Paradigmenwechsel auf das Selbstverständnis, die Situation und Entscheidungen von Beschäftigten auswirkt, wurde von der Forschungsgruppe Public Health 2004 und 2006 untersucht. Die Ergebnisse sind veröffentlicht in: Sebastian Klink: Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, in: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 2007.

11 Politikwissenschaftler, jetzt Jugendbildungsreferent bei ver.di Frankfurt/M.

12 Siehe auch Fabian Rehn: Krankenhausprivatisierung. Ein Beispiel für die neoliberale Umstrukturierung öffentlicher Dienste, Tectum Verlag, Marburg 2007.

13 Die Bürgerinitiative »Rettet die Klinika« wird ab Sommer 2008 im Internet zu finden sein unter www.rettet-die-klinika.de.

14 Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie an der Uniklinik Frankfurt/M.

den Bedingungen, ein Teil verlässt die Einrichtung, wie aber geht es mit den anderen Kräften weiter (der Protest im Raum Marburg, Gießen speiste sich nicht nur aus den Angehörigen der beiden Kliniken). Wo orientieren sie sich hin, welche neuen Aufgabenfelder suchen sie sich, wem schließen sie sich künftig an? Fragen, die gerade für linke Politikerinnen und Politikern lohnenswert sein könnten.¹³

*Thomas Gerlinger*¹⁴ stellte abschließend in seinem Referat die Frage, ob mit den Privatisierungen im Gesundheitsbereich das Ende der öffentlichen Daseinsvorsorge gekommen sei. Zahlen geben hierzu einen Anhaltspunkt.

Gleichzeitig sind jedoch auch die unterschiedlichen Trends bei der Privatisierung für die Beurteilung ihrer Folgen zu beachten. Waren es in den 1970er und 1980er Jahren vor allem kleine Häuser, mit einem hohen Spezialisierungsgrad, die überwiegend von Ärzten gekauft wurden, sind es heute zunehmend größere Häuser, die in der »normalen Krankenversorgung« aktiv seien und wegen der hohen Renditeerwartungen von Aktiengesellschaften gekauft würden.

Weiterhin zeige sich, dass Ökonomisierung im Gesundheitswesen die beschriebenen Auswirkungen (Entlassungen von Beschäftigten, Tariffucht, Outsourcing, Verdichtung der Arbeit, wie auch Standardisierung, Bedeutungsverlust persönlicher Zuwendung, Gefahr minderer Versorgungsqualität) nicht nur auf private Häuser habe. Die Überformung der Krankenversorgung durch ökonomische Ziele zeigt sich auch bereits in den Häusern öffentlicher Träger (insbesondere durch den Druck der Budgetierung und Einführung der Fallkosten bezogenen Abrechnung). Außerdem gäbe es auch hier Versuche durch Änderungen der Rechtsform, den Einfluss von Landkreisen und Kommunen zurückzudrängen. Auch diese Verhandlungen müssen sehr genau beobachtet und analysiert werden.

Generell ist die Debatte um die Krankenhausplanung aufmerksam zu verfolgen und ein wichtiges Feld linker Politik. Insbesondere die Krankenkassen möchten die Planungskompetenz von den Ländern übernehmen (auf Seiten der Länder zeichne sich durchaus Bereitschaft ab, solche Kompetenzen abzugeben) und zu einer monistischen Finanzierung übergehen. Die Folgen eines Rückzugs der Länder aus der Krankenhausplanung wären zum einen die Gefährdung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung und die Verschlechterung der Versorgung vor allem in ländlichen Regionen. Der Referent machte deutlich, dass er Krankenkassen unter Wettbewerbsbedingungen nicht für geeignet hält als Träger der öffentlichen Daseinsvorsorge zu agieren. Diese seien ökonomisch rational handelnde Akteure, die Orientierung der Funktionäre an den Erwartungen und Bedürfnissen der Mitglieder verliere immer mehr an Bedeutung.

Parallel dazu geraten Sektoren mit Formen nicht-marktförmiger Steuerung zunehmend durch die europäische Ebene unter Druck. Bekanntlich ist der Gesundheitssektor von der verabschiedeten Dienstleistungsrichtlinie ausgenommen worden. Derzeit bereitet die europäische Kommission aber zwei weitere Richtlinien vor, die eine Liberalisierung des Gesundheitsmarktes bewirken sollen: Eine Richtlinie über Dienstleistungen von allgemeinem Interesse und eine über Gesundheitsdienstleistungen im Binnenmarkt. Da die An-

wendung europäischen Rechts auf die nationalen Gesundheitssysteme zahlreiche derzeit gültige Steuerungsprinzipien in Frage stellt, sollte diesem Aspekt künftig mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. In der Debatte in Marburg wurde er noch kaum aufgegriffen.

Die Diskussion im Plenum konzentrierte sich vor allen Dingen auf das Referat von *Frank Spieth* zum Thema »Neoliberale Pläne und linke Alternativen zur Transformationspolitik«, in dem dieser die zunehmende Privatisierung und Kommerzialisierung als die größte Gefahr für das Gesundheitswesen bezeichnete. Schon jetzt könne der Sicherstellungsauftrag im ländlichen Raum nicht mehr erfüllt werden. Doch nicht nur hier, generell seien die Patientinnen und Patienten die ersten Verlierer dieser Entwicklung – wer heute krank wird, muss Praxisgebühren, Arzneimittelzuzahlungen und Krankenhausgebühren bezahlen können. Und wem das Geld fehlt, der muss verzichten. Insofern sei die Sicherstellung des notwendigen Versicherungsschutzes für alle Bürgerinnen und Bürger (unabhängig auch von ihrem Aufenthaltsstatus) eine erstrangige Aufgabe. Solidarische Bürgerversicherung sei die Antwort der Linken. Dieses Modell wurde auch von verschiedenen Experten durchgerechnet und würde mit einer Abgabe von zehn Prozent der jeweiligen Einnahmen (aber eben aller Einnahmen und nicht nur auf Lohn und Gehalt) funktionieren – läge damit auch noch unter den jetzigen gestiegenen Beitragssätzen der Krankenkassen.

Die wohnortnahe hausärztliche Versorgung ist ein weiterer wichtiger Punkt. Polikliniken (möglichst in öffentlicher Hand) können dazu einen schnellen und effektiven Beitrag leisten. Der Fortbestand der Krankenhäuser dagegen fordere mehr Planung und weniger Wettbewerb. Die Länder müssen ihren Verpflichtungen (und ihrem Wählerauftrag) nachkommen und den Investitionsstau aufheben. Die duale Finanzierung sei beizubehalten.

Und auch der »Dauerbrenner« Positivliste blieb nicht unerwähnt, nur mit dieser und einer wirksamen politischen Einflussnahme auf die Pharmaindustrie werden sich die steigenden Arzneimittelkosten nicht bremsen lassen. Dazu bedürfte es auch einer Demokratisierung im Gesundheitswesen. In regionalen Gesundheitskonferenzen müssen Bürgerinnen und Bürger darüber mitbestimmen können, welche Versorgungsangebote für sie vorgehalten werden und wie die zur Verfügung stehenden Mittel verteilt werden können. Und DIE LINKE muss weitere Bündnispartner für ihr Konzept erschließen – auf der Konferenz wurden dazu vor allem Möglichkeiten zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten angesprochen.

Gegen Mitte 2008 soll eine Broschüre mit allen Beiträgen der Tagung über die Bundestagsfraktion DIE LINKE erhältlich sein.